

Cari lettrici e lettori,

Ricordatevi di sostenerci!

Non potremo durare a lungo
senza un vostro piccolo
contributo

Modalità a pag. 4 e 5

PANORAMA LEGISLATIVO

ISTISSS

Anno IX – n. 197

Care lettrici e cari lettori,

in relazione al complesso processo di riforma dello Stato, avviato già con la legge 59/97, con la legge 127/97, con il d.lgs.112/98, con la legge 133/99 e il d.lgs. 56/00, e concluso con le leggi costituzionali n. 1/99, n. 2/99 e n. 3/01 e, a seguire, la legge 138/03, l'ISTISSS si è impegnato fin dal 2007 a seguire con tempestività la legislazione statale e regionale, e i conseguenti atti amministrativi, nelle materie indicate dall'art. 117 della Costituzione.

Infatti, nel corso di oltre quaranta anni le Regioni in particolare hanno sviluppato una lunga attività legislativa, programmatoria e di alta amministrazione (con specifici atti di indirizzo) che le ha portato ad esprimere una propria "cultura" di governo che senz'altro costituisce un patrimonio storicamente acquisito, da tenere nella dovuta considerazione, anche nella prospettiva del federalismo e del rafforzamento delle autonomie locali, secondo il principio di sussidiarietà verticale sancito dall'Unione Europea.

Tenendo conto delle crescenti funzioni che le Regioni vanno più assumendo nel quadro delle politiche sociali e di welfare, gli atti delle Regioni, espressi, come è noto negli atti di legislazione, di programmazione, di controllo e di indirizzo, rappresentano il risultato di notevoli elaborazioni concettuali e dottrinali, che portano a definire un quadro che si caratterizza come un processo in continua evoluzione, e che sottolinea la diversità e la peculiarità delle singole Regioni, pur nell'osservanza di una unità di fondo che è riferibile alla garanzia data dalla Costituzione della Repubblica con i suoi principi e le sue idealità.

Pertanto PANORAMA LEGISLATIVO ISTISSS sono illustrati e commentati (per gli atti più importanti e significativi) la legislazione e gli atti amministrativi statali e della legislazione e degli atti amministrativi delle Regioni, articolati per aree tematiche riferite sia alla articolazione funzionale che si collega alle materie indicate nel d.lgs.112/98, sia a più specifici approfondimenti di campi più "mirati" in rapporto alle realizzazioni delle politiche sociali e di welfare.

La fonte primaria per la redazione del "Panorama legislativo di politiche sociali" è data sia dalla Gazzetta Ufficiale della Repubblica, per lo Stato, sia dai Bollettini Ufficiali Regionali delle Regioni per ciò che concerne le leggi regionali, gli atti di programmazione, gli atti di indirizzo e di amministrazione.

La cadenza di PANORAMA LEGISLATIVO ISTISSS ha una frequenza quindicinale e viene edito di norma il PRIMO e il SEDICI di ogni mese.

Tale strumento di conoscenza, oltremodo faticoso ed impegnativo per chi lo redige, è pubblicato in modo assolutamente gratuito sul sito ISTISSS: www.istiss.it .

PANORAMA LEGISLATIVO ISTISSS E' IMPAGINATO, REDATTO, ILLUSTRATO E COMMENTATO DA LUIGI COLOMBINI*

***Già docente di legislazione ed organizzazione dei servizi sociali – Università statale Romatre**

NB

L'illustrazione dei provvedimenti, pur redatti e commentati, ha solo valore informativo, e in ogni caso si rinvia alla lettura ufficiale ed integrale dei documenti nella Gazzetta Ufficiale e nei Bollettini Ufficiali Regionali

Per comunicazioni, chiarimenti, osservazioni, suggerimenti: l.colombini@istiss.it

Al fine di sostenere lo sforzo e l'impegno che sta dietro alla redazione di **PANORAMA LEGISLATIVO**, si richiede pertanto la sottoscrizione dell'abbonamento alla RIVISTA DI SERVIZIO SOCIALE, che rappresenta l'unica fonte di riferimento per dare continuità al tema delle problematiche connesse allo svolgimento dell'attività professionale degli operatori sociali, con puntuali aggiornamenti e approfondimenti specifici.

La Rivista è disponibile a pubblicare testimonianze ed articoli degli operatori sociali ("buone pratiche") in base alla valutazione del Comitato scientifico

Care lettrici e cari lettori,

L'abbonamento annuale è:

- di 40 euro per gli Enti (Comuni, Province, Regioni Consorzi, Enti Assistenza sociale, IPAB, ASP, ASL, INAIL, INPS e relative sedi decentrate, Università, Istituti Professionali di servizio sociale, ecc.
- di 38 euro per operatori singoli;
- di 25 euro per studenti di Istituti Professionali di servizio sociale, iscritti al corso di Laurea di Servizio Sociale, Sociologia, Educatori Professionali, Psicologia, Laurea Specialistica in MASSIFE, ecc. (NB: Occorre indicare nella causale il Corso di Laurea e il numero di matricola)

l'Abbonamento decorre da qualsiasi mese e dà diritto alla ricezione dei quattro volumi della Rivista.

NB

Per coloro che procurano 10 abbonamenti viene rilasciato un abbonamento gratuito!

Il conto corrente è il seguente: 41135005 Intestato a: LA RIVISTA DI SERVIZIO SOCIALE

Care lettrici e cari lettori,
IN OCCASIONE DELLA PROSSIMA
DENUNCIA DEI VOSTRI REDDITI 2015,
VI INVITIAMO A DESTINARE IL 5 PER
MILLE ALL' ISTISSS IN QUANTO ONLUS
PER LO SVOLGIMENTO DELLE
ATTIVITÀ ISTITUZIONALI.
PERTANTO, POTETE SOSTENERE
L'ISTISSS CON QUESTA SEMPLICE
OPERAZIONE:
INDICARE NELL'APPOSITA CASELLA IL
CODICE FISCALE DELL'ISTISSS:
00898470588
ED APPORRE LA FIRMA
TALE SEMPLICISSIMA OPERAZIONE A
VOI NON COSTA ASSOLUTAMENTE
NULLA, SENZA ALCUN AGGRAVIO DI
TASSE O DI SPESA, DA PARTE VOSTRA,
MA PER NOI E' UN PICCOLO RISTORO
CHE CI CONSENTE DI SOSTENERE I
COSTI DELLE NOSTRE ATTIVITA'
TANTISSIME **GRAZIE!**

INDICE N. 197

PANORAMA STATALE

BILANCIO

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Conto riassuntivo del Tesoro al 31 ottobre 2015. Situazione del bilancio dello Stato. (GU n. 294 del 18.12.15 – S.O)

LEGGE 28 dicembre 2015, n. 208.

Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016). (GU n. 302 del 30.12.15)

Legge 28 dicembre 2015, n. 209.

Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2016 e bilancio pluriennale per il triennio 2016-2018. (GU n. 302 del 30.12.15)

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Decreto 28 dicembre 2015 - Ripartizione in capitoli delle Unità di voto parlamentare relative al bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2016 e per il triennio 2016-2018. (GU n. 303 del 31.12.15)

EDILIZIA

ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA

Indici dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati, per il mese di novembre 2015, che si pubblicano ai sensi dell'art. 81 della legge 27 luglio 1978, n. 392 (Disciplina delle locazioni di immobili urbani), ed ai sensi dell'art. 54 della legge del 27 dicembre 1997, n. 449 (Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica).(GU n- 302 del 30.12.15)

ENTI LOCALI

MINISTERO DELL'INTERNO

MINISTERO DELL'INTERNO

DECRETO 3 dicembre 2015 - Anticipazione delle somme da destinare ai comuni in stato di dissesto finanziario. (GU n. 293 del 17.12.15)

Determinazione della sanzione al Comune di Vallerotonda per il mancato rispetto del patto di stabilità interno, relativo all'anno 2014.

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

DECRETO 9 dicembre 2015 - Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio delle Regioni, delle Province autonome di Trento e di Bolzano, e dei loro organismi ed enti strumentali. GU n. 296 del 21.12.15)

DECRETO 1° dicembre 2015- Aggiornamento degli allegati al decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle regioni, degli enti locali e dei loro organismi. (GU n. 297 del 22.12.15)

MINORI

LEGGE 16 novembre 2015, n. 199.

Ratifica ed esecuzione del Protocollo opzionale alla Convenzione sui diritti del fanciullo che stabilisce una procedura di presentazione di comunicazioni, adottato dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite il 19 dicembre 2011. (BUR n. 293 del 17.12.15)

MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

DECRETO 30 ottobre 2015 - Ripartizione delle risorse finanziarie afferenti al Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza finalizzato alla realizzazione di interventi nei comuni riservatari di cui alla legge 28 agosto 1997, n. 285, per l'anno 2015. (GUn. 301 del 29.12.15)

PRIVATO SOCIALE

MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

Scioglimento dell'Istituto di patronato e di assistenza sociale «C.L.A.A.I.» e nomina del liquidatore.

MINISTERO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

DECRETO 25 novembre 2015 - Scioglimento della «Il Girasole società cooperativa sociale », in Benevento e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 297 del 22.12.15)

DECRETO 25 novembre 2015 - Scioglimento della «Villanova 2000 cooperativa sociale a r.l.», in Guidonia Montecelio e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 297 del 22.12.15)

DECRETO 20 novembre 2015 - Liquidazione coatta amministrativa della «Energia Sociale società cooperativa sociale organizzazione non lucrativa di utilità sociale», in Feltre e nomina del commissario liquidatore.. (GU n. 298 del 23.12.15)

DECRETO 27 novembre 2015 - Liquidazione coatta amministrativa della «Meridiana società cooperativa sociale onlus», in Lecce e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 301 del 29.12.15)

PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 25 novembre 2015 , n. 202 .

Regolamento recante determinazione del trattamento economico dei docenti della Scuola nazionale dell'amministrazione. (GU n. 295 del 19.12.15)

DECRETO-LEGGE 30 dicembre 2015 , n. 210 .

Proroga di termini previsti da disposizioni legislative. (GU n. 302 del 30.12.15)

DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA

Decreto 17 novembre 2015 - Organizzazione interna del Dipartimento della funzione pubblica. (GU n. 303e del 31.12.15)

SANITÀ

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 3 dicembre 2015 .- Conferma del riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS di diritto privato «Fondazione G.B. Bietti» di Roma. (GU n. 301 del 29.12.15)

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 14 novembre 2015.

Definizione delle modalità di attuazione del comma 2 dell'articolo 13 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modifi che, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, in materia di prescrizioni farmaceutiche in formato digitale. (GU n. 303 del 31.12.15)

PANORAMA REGIONALE

AMMINISTRAZIONE REGIONALE

MARCHE

DGR 30.11.15, n. 1046 - Costituzione del Comitato tecnico-consultivo per la legislazione L.R. n. 20/2001, art. 20. (BUR n. 113 del 17.12.15)

PUGLIA

DGR 30.11.15, n. 2154 - Sistema di Misurazione e Valutazione della performance organizzativa e individuale adottato con D.G.R. n. 1520 del 24 luglio 2014 - Adozione direttive

ANZIANI

EMILIA-ROMAGNA

DGR 24.11.15, n. 1913 - Programma di riqualificazione urbana per alloggi a canone sostenibile. Approvazione delle proposte di accordo di programma integrativo dei Comuni di Mesola per la realizzazione dell'intervento c2 ex Osteria Gatto Nero, C.U.P.. F41H15000030006 e Sala Baganza per la realizzazione dell'intervento recupero edificio per Centro Sociale Anziani C.U.P. E47F12000260007. (BUR n. 324 del 16.12.15)

SICILIA

DASS 19.11.15 - Standard regionali per la gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore. **DD 23.11.15** - Elenco aggiornato delle associazioni di solidarietà

familiare iscritte nel relativo registro previsto dall'art. 16 della legge regionale 31 luglio 2003, n. 10. (GURS n. 53 del 18.12.15)

BOLZANO

DGP 22.12.15, n. 1548 - Residenze per anziani dell'Alto Adige. (BUR n. 52 del 29.12.15)

ASSISTENZA PENITENZIARIA

ABRUZZO

DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA 30.11.2015 N. 117 - Rete regionale per l'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti

EMILIA-ROMAGNA

DD 13.10.15, n. 13295 - Ripartizione assegnazione e concessione di fondi ai Comuni sede di carcere per la realizzazione degli interventi rivolti alle persone sottoposte a limitazioni della libertà personale in attuazione della delibera dell'Assemblea legislativa 117/2013 e della delibera di Giunta regionale 921/2015 assunzione impegno di spesa (BUR n. 326 del 17.12.15)

PUGLIA

DGR 30.11.15, n. 2133 - D.P.C.M. 1/4/2008. Osservatorio regionale permanente sulla sanità penitenziaria istituito con DGR n. 941 del 4/06/2009. Integrazione e modifica dei componenti

BILANCIO

CALABRIA

L.R. 15.12.15, N. 26 - approvazione rendiconto generale relativo all'esercizio finanziario 2014

EMILIA-ROMAGNA

L.R. 29.12.15 n. 22 - Disposizioni collegate alla legge regionale di stabilità per il 2016. (BUR n. 338 del 29.12.15)

L.R. 29.12.15, n. 23 - Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2016-2018 (legge di stabilità regionale 2016). (BUR n. 338 del 29.12.15)

L.R. 29.12.15, n. 24 - [Bilancio di previsione della regione emilia-romagna 2016-2018](#), (BUR n. 340 del 29.12.15)

TOSCANA

L.R. 28.12.15, n. 81 - Legge di stabilità per l'anno 2016. (BUR n. 57 del 29.12.15)

L.R. 28.12.15, n. 83 - Bilancio di previsione per l'anno finanziario 2016 e pluriennale 2016 - 2018.

VENETO

L.R. n. 21 16.12.15 - Rendiconto generale della Regione per l'esercizio finanziario 2014. (BUR n. 120 del 22.12.15)

DIFESA DELLO STATO

FRIULI V.G.

Decreto del Presidente della Regione - Commissario delegato 14 dicembre 2015, n. 300 - Decreto di nomina del dott. Aldo Berti, quale Responsabile per la trasparenza e della prevenzione della corruzione, ex art. 43 DLgs. 14 marzo 2013, n. 33 ed art. 1, comma 7, L 6 novembrem 2012, n. 190. (BUR n. 51 del 23.12.15)

LAZIO

DGR 14.12., n. 724 - Percorso di formazione in materia di anticorruzione e antimafia a favore dei dipendenti dei Comuni del Lazio. Capitolo R41900 "Concorso regionale agli oneri per l'esercizio delle funzioni proprie e conferite e spese per supporti e controlli (Parte corrente)" (Missione "18", Programma "01", Aggregato "1.04.01.02.017"), dell'esercizio finanziario 2015. Importo di € 50.000,00. (BUR n. 103 del 24.12.15)

LOMBARDIA

Comunicato regionale 15 dicembre 2015 - n. 179 - Nomina di cinque componenti del comitato tecnico-scientifico, in materia di contrasto e prevenzione dei fenomeni di criminalità organizzata e di stampo mafioso, nonché di promozione della cultura della legalità. (BUR n. 51 del 17.12.15)IL

DIPENDENZE**LAZIO**

Determinazione 11 dicembre 2015, n. G15633 - Attuazione deliberazione di Giunta Regionale del 27 ottobre 2015 n.585. Approvazione del progetto operativo del Comune di Poggio Mirteto, capofila del distretto socio-sanitario RI/2, relativo alla misura 5 "Contrasto alle dipendenze" del Piano Sociale di Zona 2015. Autorizzazione all' utilizzo della somma di euro 31.663,40 a valere sul "Fondo per la programmazione e il governo della rete dei servizi socio sanitari e sociali". (BUR n. 102 del 22.12.15)

Determinazione 11 dicembre 2015, n. G15634 - Attuazione deliberazione di Giunta Regionale del 27 ottobre 2015 n.585. Approvazione del progetto operativo del Comune di Vetralla, capofila del distretto socio-sanitario VT/4, relativo alla misura 5 "Contrasto alle dipendenze" del Piano Sociale di Zona 2015. Autorizzazione all'utilizzo della somma di euro 31.312,37 a valere sul "Fondo per la programmazione e il governo della rete dei servizi socio sanitari e sociali".(BUR n. 102 del 22.12.15)

UMBRIA

DGR 29.10.15, n. 1246 - Piano operativo per la prevenzione, il contrasto e la cura del gioco d'azzardo patologico, in applicazione della legge regionale 21 novembre 2014, n. 21. (BUR n. 64 del 16,12,15)

EDILIZIA**LAZIO**

DGR 1.12.15, n. 688 - Fondo destinato agli inquilini morosi incolpevoli di cui all'art. 6, comma 5 del decreto legge 31 agosto 2013, n. 102, convertito con modificazioni dalla Legge 28 ottobre 2013, n. 124. Assegnazione definitiva del contributo relativo all'annualità 2014 sulla base del fabbisogno comunicato dai Comuni ammessi a finanziamento con DGR 749/2014. (BUR n. 100 del 15.12.15)

LOMBARDIA

DGR 10.12.15 - n. X/4531 - Determinazioni conseguenti alla d.g.r. n. 4131/2015 di riparto delle risorse del fondo sociale regionale 2015 in conto capitale. (BUR n. 53 del 28.12.15)

DD 18.12.15 - n. 11551 - Approvazione del terzo elenco dei beneficiari e contestuale autorizzazione al pagamento dei contributi regionali agli inquilini assegnatari di alloggi di edilizia residenziale pubblica di proprietà di aler milano e loro familiari, volti a facilitare l'acquisto dell'alloggio sociale, al sensi della d.g.r. n. 2841/2014 (legge regionale 5 agosto 2014, n. 24 articoli 13 e 14) (BUR n. 53 del 28.12.15)

PUGLIA

DGR 9.12.15, n. 2216 - D.L. 31/08/2013, n. 102 art. 6, comma 5 convertito con modificazioni dalla L. 28/10/2013, n. 124 - Fondo per inquilini morosi incolpevoli. Variazione al bilancio di previsione 2015 per aumento di stanziamento

ENTI LOCALI**CALABRIA**

DGR n. 403 13.10.15 - Approvazione accordo con la Provincia di Reggio Calabria sul trasferimento delle funzioni ed approvazione del disegno di legge. (BUR n. 89 del 18.12.15)

LAZIO

DPGR 16.12.15, n. T00258 - l.r. 26 febbraio 2007, n. 1 – Nomina nel Consiglio delle Autonomie Locali (CAL), del Commissario Straordinario del Comune di Roma Capitale, Francesco Paolo Tronca, e del Vice Sindaco della Città Metropolitana di Roma Capitale, Mauro Alessandri, a seguito della decadenza di Ignazio Marino dalla carica di Sindaco del Comune di Roma Capitale e di Sindaco della Città Metropolitana di Roma Capitale. (BUR n. 101 del 17.12.15)

DPGR 18.12.15, n. T00275 - Nomina rappresentante della Regione Lazio nel Comitato Regionale di "ANCI LAZIO" (BUR n. 104 del 29.12.15)

DGR 18.12.15, n. 744 - Attuazione dell'Accordo per la ricollocazione del personale degli enti di area vasta e della Città metropolitana di Roma capitale, sottoscritto in data 2 novembre 2015, tra la Regione Lazio, i predetti enti e le Organizzazioni sindacali. Rimborso degli oneri di personale relativi all'anno 2015. (BUR n. 104 del 29.12.15)

DPGR 28.12.15, n. T00277 - l.r. 26 febbraio 2007, n. 1 – Nomina di Patrizia Befani quale componente del Consiglio delle Autonomie Locali (CAL), in luogo di un componente cessato dalla carica. (BUR n. 104 del 29.12.15)

FAMIGLIA**EMILIA-ROMAGNA**

DD 9.10.15, n. 13113 - Assegnazione, concessione e impegno di spesa dei contributi per lo sviluppo e la qualificazione dei Centri per le famiglie. Attuazione D.G.R. 921/2015. (BUR n. 326 del 17.12.15)

PIEMONTE

DGR 23.11.15, n. 35-2469 - Art. 1, comma 1252 della Legge n.296/2006-Approvazione scheda attuativa in materia di politiche per la famiglia-Anno 2015. Spesa totale euro 624.000, di cui

finanziamento statale euro 359.000,00 e finanziamento regionale euro 265.000 (Cap.179629/2015). (BUR n. 50 del 17.12.15)

PUGLIA

DGR 30.11.15, n. 2141 - Intesa approvata in sede di Conferenza Unificata 5 agosto 2014 concernente l'utilizzo delle risorse stanziato sul Fondo per le Politiche della Famiglia anno 2014. Approvazione Programma attuativo - Variazione al Bilancio di previsione 2015, art. 42 - L.R. n. 28/2001 e art. 14 - L.R. n. 53/2014 e iscrizione somma relativa al finanziamento del Ministero del Lavoro e Politiche Sociali. (BUR n.162 del 18.12.15)

SICILIA

DD 23.11.15 - Elenco aggiornato delle associazioni di solidarietà familiare iscritte nel relativo registro previsto dall'art. 16 della legge regionale 31 luglio 2003, n. 10. (GURS n. 53 del 18.12.15)

GIOVANI

BASILICATA

DGR 24.11.15, n. 1538 - Intesa Fondo Nazionale Politiche Giovanili 80/CU 10 luglio 2014. D.G.R. n. 1431/2014. Bando per il finanziamento di interventi mirati a realizzare centri/forme di aggregazione. Progetto Regionale "Centro anch'io".

EMILIA-ROMAGNA

DGR 2.11.15, n. 1697 - Assegnazione e concessione contributi regionali di spesa corrente ai soggetti pubblici beneficiari per attività a favore dei giovani in attuazione della L.R. 14/08 e della propria deliberazione n. 745/2015. (BUR n. 324 del 16.12.15)

DGR 12.11.15, n. 1778 - Approvazione della proposta progettuale in materia di politiche giovanili per l'anno 2015 denominata GECCO 5, ai sensi del comma 7 art. 2 dell'Intesa, rep. 41/CU del 7/05/15 e dell'Intesa rep. 66/CU del 16/07/15, tra il governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano e gli enti locali, Fondo nazionale per le politiche giovanili anno 2015 e la riassegnazione delle quote 2013 e 2014 non erogate. (BUR n. 324 del 16.12.15)

PIEMONTE

DD 16.12.15, n. 1026 - Attuazione DGR n. 3-667 del 27 novembre 2014, scheda intervento cod.01-2014/2015. Affidamento d'incarico al CSI- PIEMONTE per il progetto "Sistema informativo regionale on line per i giovani" per euro 40.100,00. (BUR n. 51 del 24.12.15)

PUGLIA

DGR 27.11.15, n. 2062 - Programmazione Fondo Nazionale Politiche Giovanili annualità 2015. (BUR n. 159 del 15.12.15)

IMMIGRATI

EMILIA-ROMAGNA

Determinazione del responsabile del servizio politiche per l'accoglienza e l'integrazione sociale 4 dicembre 2015, n. 17443 - Ripartizione, assegnazione, concessione e relativa assunzione impegno di spesa dei contributi a favore dei soggetti pubblici della rete regionale del progetto "Oltre la strada" in attuazione della delibera di A.L. n. 117/2013 e della delibera di Giunta regionale n. 921/2015. (BUR n. 326 del 17.12.15)

PUGLIA

DGR 9.12.15, n. 2208 - Approvazione Protocollo d'intesa tra le Regioni Calabria, Campania, Puglia e Sicilia per la collaborazione a livello interregionale in materia di immigrazione. (BUR n. 162 del 18.12.15)

VENETO

DGR 9.12.15, n. 1838 - Rimodulazione degli interventi finanziati in attuazione del programma di iniziative ed interventi in materia di immigrazione per l'anno 2005 in materia di alloggio e realizzati dall'azienda territoriale per l'edilizia pubblica territoriale della provincia di Belluno. conferimento alle finalità di cui alla l. 10/1996. (BUR n. 121 del 24.12.15)

DGR 9.12.15, n. 1839 - Sperimentazione di nuovi sistemi di accoglienza in strutture residenziali in semiautonomia per i minori stranieri non accompagnati appartenenti alla fascia di età dai 16 ai 17 anni. (BUR n. 121 del 24.12.15)

INTERVENTI ASSISTENZIALI
BASILICATA

DGR 17.11.15, n. 1485 - LL.RR. 30/81, 22/82, 26/89, 5/2015 (art. 21) e 18/2015 - Determinazione dei benefici economici da corrispondere ai dializzati, ai talassemici e ai cittadini affetti da altre malattie del sangue, nonché sottoposti a trapianto renale o di midollo osseo e che necessitano di interventi terapeutici e di controllo in forma continuativa. Anno 2015. (BUR n. 52 del 16.12.15)

CAMPANIA

REG.REG. 23.12.15, n. 6 - "Regolamento di attuazione di cui all'articolo 5, comma 1 della Legge regionale 9 novembre 2015, n. 13 (Istituzione del fondo regionale per il sostegno socio-educativo, scolastico e formativo dei figli delle vittime di incidenti mortali sul lavoro)".

ISTRUZIONE
PUGLIA

DGR 30.11.15, n. 2108 Piano regionale per il diritto allo studio per l'anno 2015.

MINORI
LAZIO

Determinazione 14 dicembre 2015, n. G15718 - Approvazione dello "Schema di Accordo", tra la Regione Lazio con La Città Metropolitana di Roma Capitale per la realizzazione del Programma "Rete di centri regionali di eccellenza per il contrasto degli abusi e maltrattamenti". (BUR n. 102 del 22.12.15)

Determinazione 14 dicembre 2015, n. G15721 - Approvazione dello "schema di protocollo d'intesa per il centro di giustizia riparativa e di mediazione penale tra Regione Lazio, Tribunale per i Minorenni di Roma, Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni di Roma, Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità"(BUR n. 102 del 22.12.15)

LIGURIA

DGR 23.11.15, n. 1289 - L.R. 12/2007 - "Interventi di prevenzione della violenza di genere a sostegno delle donne e dei minori vittime di violenza"- Impegno complessivo di Euro 175.000,00 a favore dei Comuni Capofila delle Conferenze dei Sindaci" e Arsel. (BUR n. 51 del 23.12.15)

NON AUTOSUFFICIENTI

ABRUZZO

DGR 18.11.2015, n. 938 - Approvazione atto di indirizzo applicativo per lo sviluppo locale degli interventi rivolti alle persone non autosufficienti – piano locale per la non autosufficienza – PLNA 2015. (BUR n. 144 del 18.12.15)

REGOLAMENTO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE –

DPGR 10.12.2015, N. 8/REG - Integrazioni al Regolamento regionale n. 4 del 05/08/2015 (Linee Guida per il concorso alla spesa dei Comuni per il sostegno ai costi a carico degli utenti relativi alle prestazioni socio-sanitarie semiresidenziali e residenziali per l'anno 2015). (BUR n. 144 del 18.12.15)

BASILICATA

DGR 24.11.15, n. 1532 - Istituzione delle “Liste di prenotazione per il lavoro di assistente familiare per la cura alle persone anziane, con disabilità o in situazione di non autosufficienza”.

PIEMONTE

DGR 23.11.15, n. 33-2467 - Criteri per l'assegnazione delle risorse a favore degli Enti gestori delle funzioni socio assistenziali per le prestazioni di lungoassistenza nella fase di cronicita' per l'anno 2015 (cap. 152840/2015 - l.r. 10/2010). (BUR n. 50 del 17.12.15)

PUGLIA

DGR 30.12.15, n. 2128 - DGR n. 2530 del 23.12.2013 “Indirizzi attuativi per le ASL delle Linee guida per l'Assegno di Cura per pazienti affetti da SLA/SMA e per pazienti non autosufficienti gravissimi”. Approvazione ulteriori indirizzi attuativi.

TOSCANA

DGR 9.12.15, n. 1194 - Approvazione Progetto di sperimentazione denominato: Percorsi assistenziali per Adulti inabili ed anziani non autosufficienti - Progetto Sole” – presso la Fondazione Casa Cardinal Maf - RSA di San Pietro in Palazzi.

VENETO

DGR N. 1755 12.15 - Approvazione piano attuativo del fondo nazionale per le non autosufficienze anno 2015. (BUR n. 118 del 18.12.15)

PARI OPPORTUNITÀ

LOMBARDIA

DD 4.12.15 - n. 11025 - Approvazione della graduatoria dei progetti ammissibili al contributo dell'iniziativa regionale «Progettare la parità in Lombardia 2015» di cui alla d.g.r. n. x/3944 del 31 luglio 2015 e del decreto n. 6588 del 3 agosto 2015 e contestuale impegno del contributo concesso. (BUR n. 51 del 16.12.15)

PERSONE CON DISABILITÀ

BASILICATA

DGR 10.11.15, n. 1455 - DD.G.R. n. 691 del 10/6/2014 e n. 1106 del 10/08/2015 - Protocollo d'intesa tra la Regione Basilicata e la Fondazione Stella Maris IRCCS di Calambrone. Modifiche ed integrazioni. (BUR n. 52 del 16.12.15)

DGR 24.11.15, n. 1545 - L.R. 20/2007 articolo 4 - Avviso Interventi a favore di soggetti con dislessia e altre difficoltà specifiche di apprendimento. Anno scolastico 2015/16. (BUR n. 52 del 16.12.15)

LAZIO

DGR 3.12.15, n. 702 - Adesione alla sperimentazione del modello di intervento in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità, anno 2015. Finanziamento ministeriale di 1.040.000,00 euro. Cofinanziamento regionale di 260.000,00 euro sul capitolo H 41903 (12 02 1.04.01.02.000), esercizio finanziario 2016. (BUR n. 100 del 15.12.15)

Determinazione 9 dicembre 2015, n. G15371 - Attuazione D.G.R. n. 136/2014. Approvazione delle linee guida per l'utilizzazione dei contributi e per l'avvio e il funzionamento di strutture residenziali destinate all'accoglienza e all'assistenza di persone con disabilità. (BUR n. 101 del 17.12.15)

LOMBARDIA

DD 11.12.15 - n. 11256 - Definizione delle attività regionali per il controllo del requisito di invalidità previsto per il rilascio delle agevolazioni tariffarie di trasporto pubblico locale ai sensi dell'art. 46, c. 2 della legge regionale 4 aprile 2012, n. 6 «Disciplina del settore dei trasporti». (BUR n. 51 del 17.12.15)

DD 18.12.15, n. 11580 - Assegnazione del budget agli ambiti territoriali e rettifica dei termini temporali del d.d.g. 10226/2015 «Approvazione avviso pubblico per l'implementazione di interventi volti a migliorare la qualità della vita delle famiglie e delle persone anziane con limitazione dell'autonomia». (BUR n. 51 del 17.12.15)

DD 18.12.15 - n. 11582 - Assegnazione del Budget agli ambiti territoriali e rettifica dei termini temporali del d.d.g. 10227/2015 «Approvazione avviso pubblico relativo a interventi per lo sviluppo dell'autonomia finalizzata all'inclusione sociale delle persone disabili». (BUR n. 52 del 24.12.15)

SICILIA

CIRCOLARE 3 dicembre 2015, n. 12 - Rete assistenziale per le persone affette da disturbi dello spettro autistico. Direttiva in ordine all'utilizzo delle risorse di cui all'art. 25, comma 8, della legge regionale n. 19/05.

TOSCANA

DGR 30.11.15, n. 1171 - Attivazione procedure ai sensi della Legge 12 marzo 1999 n.68 ai fini del rispetto delle disposizioni in materia di assunzioni delle Categorie protette. (BUR n. 50 del 16.12.15)

DGR 9.12.15, n. 1200 - Approvazione Protocollo di Intesa tra Regione Toscana e Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali finalizzato all'attivazione ed implementazione della proposta progettuale della Regione Toscana in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità ai sensi del Decreto Direttoriale n. 41/77 del 4 agosto 2015. (BUR n. 50 del 16.12.15)

DGR 9.12.15, n. 1197 - POR FSE 2014-2020 Asse B - Attività PAD B.1.1.1.A). Approvazione degli elementi essenziali dell'Avviso pubblico "Servizi di accompagnamento al lavoro per persone disabili e soggetti vulnerabili". (BUR n. 51 del 23.12.15)

VENETO

DGR 9.12.15, n. 1792 - Sperimentazione per la semplificazione ed unificazione del procedimento di accertamento dell'invalidità civile: approvazione proroga tecnica al 31 dicembre 2015 dei protocolli operativi attualmente in essere per l'affidamento, in via sperimentale ad i.n.p.s., delle funzioni inerenti all'accertamento dei requisiti sanitari in materia di invalidità civile relativamente alle aziende u.l.s.s. nn. 10, 12, 14, 20, 21, 22. (BUR n. 121 del 24.12.15)

POLITICHE SOCIALI

EMILIA-ROMAGNA

DD 6.8.15, n 9977 - Fondo sociale regionale L.R. 2/2003 - Anno 2015. Assegnazione, concessione e impegno finanziamento alle Province in attuazione della D.G.R. n. 921/2015.(BUR n. 326 del 17.12.15)

EMILIA-ROMAGNA

DD 6.8.15, n 9977 - Fondo sociale regionale L.R. 2/2003 - Anno 2015. Assegnazione, concessione e impegno finanziamento alle Province in attuazione della D.G.R. n. 921/2015.(BUR n. 326 del 17.12.15)

DD 6.8.15, n. 9978 - Assegnazione concessione e assunzione impegno di spesa della somma spettante agli Enti capofila degli Ambiti Distrettuali per il consolidamento del fondo sociale locale in attuazione della D.A.L. 117/2013 e della D.G.R. 921/2015

LAZIO

DGR 9.12.15, n. 710 - Commissariamento dell'IPAB Casa di Riposo San Raffaele Arcangelo di Bagnoregio (Viterbo). (BUR n. 101 del 17.12.15)

IPAB SS. ANNUNZIATA

Concorso 21 dicembre 2015, n. 18 - Avviso pubblico di selezione di direttore ipab ss. annunciata di gaeta 22/12/2015 - bollettino ufficiale della regione lazio - n. 102 avviso pubblico di selezione di direttore IPAB ss. annunciata di Gaeta (BUR n. 103 del 22.12.15)

LOMBARDIA

DGR 10.12.15 - n. X/4531 - Determinazioni conseguenti alla d.g.r. n. 4131/2015 di riparto delle risorse del fondo sociale regionale 2015 in conto capitale. (BUR n. 51 del 18.12.15)

DGR. 10.12.15 - n. X/4532 - Determinazioni in merito alla ripartizione delle risorse del fondo nazionale per le politiche sociali anno 2015. (BUR n. 51 del 18.12.15)

PIEMONTE

DGR 23.11.15, n. 32-2466 - I.P.A.B. "Opera Pia Lotteri", con sede in Torino. Proroga, in parziale sanatoria, dell'incarico di Commissario straordinario. (BUR n. 50 del 17.12.15)

DGR 23.12.15, n. 34-2468 - Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza Casa di Riposo "Ospedale Santa Croce", con sede in San Salvatore Monferrato (AL). Nomina nuovo Commissario straordinario. (BUR n. 50 del 17.12.15)

SARDEGNA

DPGR 4.12.15, n. 135 - Istituzione pubblica di assistenza e beneficenza "Fondazione San Giovanni Battista" di Ploaghe. Proroga gestione commissariale. (BUR n. 57 del 17.12.15)

VENETO

DGR 9.12.15, n. 1841 - Piani di zona dei servizi sociali e sociosanitari 2011/2015: proroga della validità al 31 dicembre 2016 (lr 29 giugno 2012, n. 23; dgr n. 156 del 26 gennaio 2010; dgr n. 2082 del 3 agosto 2010). (BUR n. 121 del 24.12.15)

POVERTÀ INCLUSIONE SOCIALE**LAZIO**

Determinazione 14 dicembre 2015, n. G15723 - Deliberazione di Giunta Regionale del 27 ottobre 2015 n.585, "Legge regionale 9 settembre 1996, n. 38. Programma di utilizzazione degli stanziamenti per il sistema integrato regionale d'interventi e servizi sociali - anno 2015 - spesa corrente. Finalizzazione complessiva di 69.910.525,17, esercizio finanziario 2015". Sottomisura 6.1 "Contrasto alle povertà" dei Piani di Zona 2015. Impegno di spesa pari a 3.235.264,34 di euro in favore dei Distretti socio-sanitari del Lazio - Capitolo H41908 - Es. fin. 2015. (BUR n. 104 del 29.12.15)

PRIVATO SOCIALE**EMILIA-ROMAGNA**

DGR 30.11.15, n. 1935 - L.R.26/09 (art.5 comma 1 lett. F) concessione contributi ai soggetti del commercio equo e solidale in attuazione della propria DGR n.944/2015 e contestuale modifica e sostituzione Paragrafo 9 Allegato a DGR 944/15. (BUR n. 324 del 16.12.15)

LAZIO

Determinazione 11 dicembre 2015, n. G15608 - leggi regionali del 27 giugno 1996, n. 24 e del 20 ottobre 1997, n. 30 e successive modifiche ed integrazioni "Job solutions società cooperativa sociale - o.n.l.u.s.codice fiscale 13497241003, con sede legale nel Comune di Roma via Civitacampomariano, 98 c.a.p. 00131. Iscrizione all'albo regionale delle cooperative sociali sezione B. (BUR n. 102 del 22.12.15)

Determinazione 11 dicembre 2015, n. G15613 - leggi regionali del 27 giugno 1996, n. 24 e del 20 ottobre 1997, n. 30 e successive modifiche ed integrazioni "Human solutions società cooperativa sociale - o.n.l.u.s." codice fiscale 13497331002, con sede legale nel Comune di Roma via Civitacampomariano, 98 c.a.p. 00131. Iscrizione all'albo regionale delle cooperative sociali sezione A. (BUR n. 102 del 22.12.15)

LOMBARDIA

DD 4. 12.15, n. 11006 - Determinazioni in ordine all'albo del servizio civile regionale, sezione speciale (BUR n. 51 del 14.12.15)

DGR 10.12.15 - n. X/4536 . Programma delle iniziative per il commercio equo e solidale da realizzare nel biennio 2015 - 2016 (BUR n. 51 del 18.12.15)

DD 16.12.15 - n. 11386 - FRIM - linea di intervento «Cooperazione» di cui alla d.g.r. n. VIII/11329 del 10 febbraio 2010 - ammissione a cofinanziamento di cooperative, cooperative sociali e loro consorzi. X provvedimento 2015. (BUR n. 52 del 22.12.15)

PROGRAMMAZIONE

LAZIO

DCR 4.12.15, n. 15 - Documento di economia e finanza regionale 2016 - anni 2016-2018.(BUR n. 104 del 29.12.15)

TOSCANA

DCR 21.12.15, n. 89 - Documento di economia e finanza regionale 2016

SANITÀ

CAMPANIA

L.R. 22.12.15 - n. 41 - Ulteriori modifiche al Titolo I della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità) e modifiche alla legge regionale 11 agosto 2015, n. 23 (Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”) (BUR n. 52 del 24.12.15)

LAZIO

DGR 14.12.15, n. 723 - Conferimento dell'incarico di Direttore della Direzione Regionale Salute e politiche sociali, ai sensi del combinato disposto dell'art. 162 e dell'allegato H del Regolamento di organizzazione 6 settembre 2002, n. 1. Approvazione schema di contratto. (BUR n. 100 del 15.12.15)

Decreto del Commissario ad Acta 2 dicembre 2015, n. U00571 - Appropriatelyzza nella medicina di laboratorio. Introduzione nel Nomenclatore Tariffario Regionale per la specialistica ambulatoriale (D.C.A. n. 313/2013) dell'esame TSH-Reflex, del codice e della relativa tariffa. Approvazione del documento relativo al percorso diagnostico dell'esame TSH-Reflex per le prescrizioni ambulatoriali. Disposizioni applicative. (BUR n. 101 del 17.12.15)

Decreto del Commissario ad Acta 3 dicembre 2015, n. U00573 - Interventi atti a garantire la continuità delle prestazioni assistenziali nell'ambito della riorganizzazione della rete regionale di assistenza-proroga contratti a tempo determinato. (BUR n. 101 del 17.12.15)

Decreto del Commissario ad Acta 14 dicembre 2015, n. U00579 - Valutazione del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale di Rieti ai sensi dell'articolo 3-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (BUR n. 101 del 17.12.15)

Decreto del Presidente della Regione Lazio 4 dicembre 2015, n. T00251 - Nomina del Direttore Generale dell'Azienda Roma G. (BUR n. 101 del 17.12.15)

Decreto del Commissario ad Acta 12 novembre 2015, n. U00538 - Accordo, ai sensi dell'articolo 4, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul "Protocollo per la diagnosi e il follow up della celiachia" – Recepimento. (BUR n.102 del 22.12.15)

Decreto del Commissario ad Acta 16 dicembre 2015, n. U00585 - Disposizioni applicative degli artt. 2 e 4, dell'allegato "1", del Decreto del Commissario ad Acta n. U00359 del 30.10.2014

concernente "Direttive per l'adeguamento delle procedure di conferma dell'autorizzazione dell'attività sanitaria e di accreditamento istituzionale", anche alla luce della sopravvenuta normativa in materia di antincendio. (BUR n. 103 del 24.12.15)

Decreto del Commissario ad Acta 16 dicembre 2015, n. U00586 - Riorganizzazione dell'assistenza odontoiatrica nella Regione Lazio - definizione dei criteri e delle modalità di accesso alle prestazioni odontoiatriche. (BUR n. 103 del 24.12.15)

Decreto del Commissario ad Acta 16 dicembre 2015, n. U00598 - Autorizzazione all'indizione, pubblicazione ed espletamento di avviso pubblico, ai sensi del D.P.R. n. 484/1997 per il conferimento di incarichi di Direttore di Struttura Complessa in Aziende ed Enti del Servizio Sanitario – anno 2016. (BUR n. 103 del 24.12.15)

Decreto del Commissario ad Acta 16 dicembre 2015, n. U00599 - Recepimento Accordo sancito dalla Conferenza Stato - Regioni e Province Autonome il 7 febbraio 2013 –relativo al documento recante "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale".(BUR n. 103 del 24.12.15)

Decreto del Presidente della Regione Lazio 15 dicembre 2015, n. T00255 - Nomina del Commissario Straordinario dell'Azienda Sanitaria Locale Roma B. (BUR n. 103 del 24.12.15)

Decreto del Commissario ad Acta 14 dicembre 2015, n. U00581 - "Piano per la malattia diabetica nella Regione Lazio 2016-2018".(BUR n. 103 del 24.12.15)

Decreto del Commissario ad Acta 15 dicembre 2015, n. U00582
Approvazione Piano Formativo Regionale Triennio 2016-2018. Indirizzi strategici per la formazione degli operatori sanitari..(BUR n. 103 del 24.12.15)

Determinazione 16 dicembre 2015, n. G16052 - Gara Comunitaria Centralizzata a procedura aperta per l'acquisizione dell'infrastruttura tecnologica di gestione del servizio RECUP per la Regione Lazio e relativi servizi professionali. Approvazione atti e indizione gara CIG 6512929F05..(BUR n. 103 del 24.12.15)

Determinazione 16 dicembre 2015, n. G15919 - Attivazione della Casa della Salute presso la struttura Presidio Polifunzionale Clauzetto. Ratifica Intesa tra Regione Lazio e Azienda USL Roma E. (BUR n. 103 del 24.12.15)

LIGURIA

DGR 27.11.15, n. 1303 - ASL 2 “Savonese” - Sperimentazione gestionale “Recupero della mobilità passiva extraregionale nella disciplina dell’ortopedia di elezione”. Presa d’atto delle risultanze della sperimentazione e provvedimenti conseguenti. (BUR n. 51 del 23.12.15)

LOMBARDIA

L.R. 22.12.15 - n. 41 - Ulteriori modifiche al Titolo I della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità) e modifiche alla legge regionale 11 agosto 2015, n. 23 (Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”) (BUR n. 52 del 24.12.15)

Comunicato regionale 23 dicembre 2015 - n. 185 - Designazione del rappresentante regionale nel collegio sindacale dell'agenzia di promozione del sistema sociosanitario lombardo. (BUR n. 53 del 29.12.15)

PIEMONTE

DGR 23.11.15, n. 50-2484 - Riorganizzazione e razionalizzazione della rete dei Laboratori di Analisi. Prime indicazioni alle Aziende Sanitarie Regionali per il consolidamento delle analisi ad elevata automazione. (BUR n. 50 del 17.12.15)

DGR 23.11.15, n. 51-2485 - Individuazione dei Centri Hub e avvio della ridefinizione delle attribuzioni dei Centri autorizzati alla prescrizione dei farmaci oncologici sottoposti a Registro AIFA, nell'ambito del Dipartimento della Rete Oncologica del Piemonte della Valle d'Aosta. Recepimento dell'Intesa 144/CSR del 30.11.2014 e attuazione, delle disposizioni di cui al D.M. 70/15 (per le attività di Rete Oncologica) e della DIR.2011/24/EU. (BUR n. 50 del 17.12.15)

DGR 23.11.15, n. 63-2496 - Approvazione del bilancio di esercizio 2014 della Gestione Sanitaria Accentrata, ai sensi del Decreto Legislativo 23 giugno 2011, n. 118 e successive modifiche ed integrazioni. (BUR n. 50 del 17.12.15)

DGR 23.11.15, n. 64-2497 - Recepimento dell'Accordo Stato Regioni del 30/07/2015, relativo all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del PSN per l'anno 2014, ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34 bis della L. 23/12/96 n. 662 e s.m.i.. Approvazione delle schede di progetto relative alle risorse vincolate per l'anno 2014 assegnate con DGR 38/2014 e rendicontazione dei progetti anno 2013. (BUR n. 50 del 17.12.15)

DD 13.10.15, n. 649 - Approvazione dello schema di Convenzione proposto dall'AIFA e stipula della Convenzione stessa tra l'Agenzia Italiana del Farmaco e la Regione Piemonte in materia di farmacovigilanza. (BUR n. 51 del 23.12.15)

PUGLIA

DGR 30.11.15, n. 2087 - Intesa (rep. atti n. 32/csr del 19 febbraio 2015), ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il governo, le regioni e le province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie. recepimento ed istituzione organismo tecnicamente accreditante. (BUR n. 160 del 16.12.15)

DGR 30.11.15, n. 2089 - linee guida per la uniforme applicazione sul territorio regionale dei patti e dei principi di cui agli accordi contrattuali da sottoscrivere con le strutture private accreditate - co. 2 art. 8 quinquies del d.l.vo n. 502/92, così come modificato dalla l. 133/2008 - modifica dgr 1500/2010. (BUR n. 160 del 16.12.15)

DGR 30.11.15, N. 2100 - Approvazione schema di convenzione "in materia di farmacovigilanza a norma dell'art. 1, comma 819, della legge 27/12/2006, n. 296 avente ad oggetto l'erogazione della quota del 30% dei fondi disponibili per gli anni 2010 e 2011, destinati alle regioni per le attività di farmacovigilanza, per la realizzazione dei progetti regionali, in attuazione dell'accordo stato regioni del 26 settembre 2013". (BUR n. 160 del 16.12.15)

DGR 30.11.15, N. 2132 - Istituzione ed organizzazione della rete regionale donatori di midollo osseo ai sensi dell'accordo stato - regioni rep. atti n. 57/csr del 29/04/2010. (BUR n. 160 del 16.12.15)

SICILIA

DASS 9.12.15 - Disposizioni inerenti alle prescrizioni di medicinali. **DASS 9.12.15** - Disposizioni inerenti alle prescrizioni di medicinali. (BUR n. 54 del 24.12.15)

CIRCOLARE 9 dicembre 2015, n. 13 - Circolare esplicativa delle modalità applicative del D.A. n. 2234 del 9 dicembre 2015, recante “Disposizioni inerenti alle prescrizioni di medicinali”. (BUR n. 54 del 24.12.15)

VENETO

DGR 1.12.15, n. 1739 - Definizione dei valori minimi di riferimento per il personale di assistenza del comparto dedicato alle aree di degenza ospedaliera. art. 8 comma 1 della l.r. 29 giugno 2012, n. 23. DGR n.610/2014 - estensione del periodo transitorio. (BUR n. 118 del 18.12.15)

DGR 9.12.15, n. 1787 - Adesione al progetto e approvazione dello schema di convenzione programma 2014 del centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (ccm) "prevenzione delle malattie a trasmissione vettoriale sviluppo e implementazione pilota di strumenti di supporto operativo". codice unico di progetto cup e35i15000000001. (BUR n. 121 del 24.12.15)

DGR 9.12.15, n. 1791 - Programma di assistenza sanitaria per ragioni umanitarie presso le aziende e gli enti del servizio socio-sanitario regionale del veneto - anno 2015. articolo 32, comma 15, della legge 27 dicembre 1997, n. 449. (BUR n. 121 del 24.12.15)

SINDACATI

D G R 9.12.15, n. 2206 - Protocollo d'intesa tra regione Puglia e CGIL, CISL e UIL regionali. Ratifica.

TUTELA DEI DIRITTI

LIGURIA

DGR 23.11.15, n. 1289 - L.R. 12/2007 - “Interventi di prevenzione della violenza di genere a sostegno delle donne e dei minori vittime di violenza”- Impegno complessivo di Euro 175.000,00 a favore dei Comuni Capofila delle Conferenze dei Sindaci” e Arsel. (BUR n. 51 del 23.12.15)

PANORAMA STATALE

Gazzette Ufficiali pervenute al 31 DICEMBRE 2015 arretrati compresi

BILANCIO

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Conto riassuntivo del Tesoro al 31 ottobre 2015. Situazione del bilancio dello Stato. (GU n. 294 del 18.12.15 – S.O)

LEGGE 28 dicembre 2015, n. 208.

Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016). (GU n. 302 del 30.12.15)

Note

Vengono riportati in estrema sintesi gli aspetti ritenuti più importanti in ordine alle politiche sociali, rinviando comunque alla lettura integrale del testo (unico articolo composto da 999 commi):

- **eliminazione della TASI** per i proprietari e per gli inquilini sugli immobili residenziali adibiti ad abitazione principale, ad eccezione delle abitazioni di lusso; la casa assegnata al coniuge in caso di separazione o divorzio per gli immobili sarà assimilata alla abitazione principale; per gli immobili locati a canone concordato l'IMU e la TASI sono ridotte del 25%;
- per immobili concessi in comodato a genitori o figli è prevista la riduzione del 50% della base imponibile IMU (il beneficio vale anche per la seconda casa posseduta nello stesso comune adibita ad abitazione principale);
- **bonus mobili per giovani coppie:** per le giovani coppie, sposate o anche di fatto (di cui almeno uno dei componenti abbia meno di 35 anni), che abbiano acquistato la casa principale è prevista una detrazione fiscale del 50% per le spese sostenute per l'acquisto di mobili nel 2016 fino a 16.000 euro;
- **eliminazione dell'IMU** sui terreni agricoli e sui macchinari funzionali al processo produttivo (cd. imbullonati); sono esclusi i proprietari di terreni di pianura che non siano coltivatori diretti e imprenditori professionali iscritti alla previdenza agricola;
- i Comuni saranno interamente compensati dallo Stato per la perdita di gettito derivante dall'eliminazione di IMU e TASI;
- **leasing immobiliare ad uso abitativo:** è prevista la deducibilità a fini IRPEF nella misura del 19% dei canoni di leasing fino a 8.000 euro, nonché del costo di acquisto dell'immobile all'esercizio dell'opzione finale fino a 20.000 euro;
- proroga al 31 dicembre 2016 delle detrazioni Irpef per interventi di **riqualificazione energetica** e per le **ristrutturazioni degli edifici** nella misura rispettivamente del 65% e del 50%;
- **settore del lavoro:** fra le misure più significative segnaliamo:
 - è prorogato lo sgravio contributivo per le nuove assunzioni con contratti di lavoro a tempo indeterminato effettuate nel 2016: è previsto l'esonero dal versamento del 40% dei complessivi contributi previdenziali a carico del datore di lavoro, nel limite di 3.250 euro su base annua, per un massimo di 24 mesi;
 - è introdotta una specifica disciplina tributaria per la promozione del welfare aziendale e l'incentivazione della contrattazione collettiva decentrata: per i soggetti con reddito da lavoro dipendente fino a 50.000 euro, si applica un'imposta sostitutiva

dell'IRPEF pari al 10% entro il limite di importo complessivo di 2.000 euro lordi, in relazione alle somme e ai *benefit* corrisposti per incrementi di produttività o sotto forma di partecipazione agli utili dell'impresa;

- **previdenza:** è previsto un ulteriore intervento (il settimo) in favore dei soggetti salvaguardati:
 - sarà garantito l'accesso al trattamento previdenziale con i vecchi requisiti ad un massimo di ulteriori 26.300 soggetti;
 - sono individuate nuove categorie di soggetti beneficiari e incrementati i contingenti di categorie già oggetto di precedenti salvaguardie, attraverso il prolungamento del termine (da 36 a 60 mesi successivi all'entrata in vigore della riforma pensionistica) entro il quale i soggetti devono maturare i vecchi requisiti;
 - per effetto di queste disposizioni il numero massimo di soggetti salvaguardati è stabilito a 172.466.
- **giochi:** aumento del prelievo erariale unico (PREU) su *news slot* e *videolottery*; nuovi limiti alla pubblicità dei giochi su radio e tv e campagne di informazione e sensibilizzazione nelle scuole sui rischi connessi al gioco d'azzardo;
- misure per la **lotta alla povertà**, in particolare quella infantile, con l'istituzione del fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale;
- **sostegno alla disabilità:** istituzione di un apposito fondo per il sostegno di persone con disabilità grave prive di legami familiari, con dotazione di 90 milioni nel 2016; rifinanziamento del fondo per le non autosufficienze per un totale di 400 milioni di euro;
- proroga della cd. **opzione donna:** si consente l'accesso all'istituto (transitorio e sperimentale) - che permette alle lavoratrici di beneficiare del trattamento anticipato di pensione con calcolo esclusivamente contributivo - a chi matura i previsti requisiti anagrafici e contributivi entro il 31 dicembre 2015;
- "**carta della famiglia**": è introdotta la carta della famiglia, destinata su richiesta alle famiglie costituite da cittadini italiani o da stranieri regolarmente residenti nel territorio nazionale, con almeno 3 figli minori a carico; la carta sarà rilasciata dai comuni in base all'ISEE e consentirà riduzioni di tariffe e sconti per l'acquisto di beni e di servizi;
- **sanità:** il fabbisogno sanitario nazionale standard scende a 111 miliardi nel 2016, con un ribasso di circa 2 miliardi rispetto al finanziamento previsto dalla precedente legge di stabilità;

Legge 28 dicembre 2015, n. 209.

Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2016 e bilancio pluriennale per il triennio 2016-2018. (GU n. 302 del 30.12.15)

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Decreto 28 dicembre 2015 - Ripartizione in capitoli delle Unità di voto parlamentare relative al bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2016 e per il triennio 2016-2018. (GU n. 303 del 31.12.15)

EDILIZIA

ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA

Indici dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati, per il mese di novembre 2015, che si pubblicano ai sensi dell'art. 81 della legge 27 luglio 1978, n. 392 (Disciplina delle locazioni di immobili urbani), ed ai sensi dell'art. 54 della legge del 27 dicembre 1997, n. 449 (Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica).(GU n- 302 del 30.12.15)

Note

Modalità per la restituzione dell'anticipazione

1. L'anticipazione ricevuta dagli enti richiedenti di cui all'allegato A del presente decreto, è restituita in cinque anni, decorrenti dall'anno successivo a quello in cui viene erogata l'anticipazione, con rate annuali di pari importo.
2. L'importo della rata annuale di rimborso dell'anticipazione deve essere previsto nel bilancio di previsione di ciascun ente beneficiario.
3. La restituzione dell'anticipazione è effettuata entro il 31 marzo di ciascun anno, mediante operazione di girofondi sulla apposita contabilità speciale relativa al fondo di rotazione di cui all'art. 243 -ter del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267.
4. In caso di mancata restituzione delle rate annuali entro i termini previsti, una pari somma è recuperata dalle risorse a qualunque titolo dovute dal Ministero dell'interno.
5. La restituzione dell'anticipazione è imputata contabilmente tra i rimborsi di prestiti (codice Siope 3311 «Rimborso mutui e prestiti ad enti del settore pubblico»).

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 3 dicembre 2015

Il Capo del Dipartimento per gli affari interni e territoriali del Ministero dell'interno

BELGIORNO

Il Ragioniere generale dello Stato del Ministero dell'economia e delle finanze

FRANCO

Determinazione della sanzione al Comune di Vallerotonda per il mancato rispetto del patto di stabilità interno, relativo all'anno 2014.

Si comunica che in data 14 dicembre 2015 è stato emanato il decreto del Direttore centrale della finanza locale concernente la determinazione della sanzione al comune di Vallerotonda per il mancato rispetto del patto di stabilità interno relativo all'anno 2014.

Il testo del decreto è pubblicato integralmente sul sito del Ministero dell'Interno – Dipartimento affari interni e territoriali – Direzione centrale della finanza locale, <http://finanzalocale.interno.it/circ/dec40-15.html>

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

DECRETO 9 dicembre 2015 - Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio delle Regioni, delle Province autonome di Trento e di Bolzano, e dei loro organismi ed enti strumentali. GU n. 296 del 21.12.15)

IL RAGIONIERE GENERALE DELLO STATO

Visto il decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, come integrato e modificato dal decreto legislativo n. 126 del 10 agosto 2014, recante disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro enti ed organismi strumentali, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42;

Visto il comma 1, dell'art. 18 -bis, del citato decreto legislativo n. 118 del 2011, il quale prevede che le Regioni, gli enti locali e i loro enti ed organismi strumentali, adottano un sistema di indicatori semplici, denominato «Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio» misurabili e riferiti ai programmi e agli altri aggregati del bilancio, costruiti secondo criteri e metodologie comuni;

Visto il comma 2, dell'art. 18 -bis, del citato decreto legislativo n. 118 del 2011, il quale prevede che le Regioni e i loro enti ed organismi strumentali, entro 30 giorni dall'approvazione del bilancio di previsione o del budget di esercizio e del bilancio consuntivo o del bilancio di esercizio, presentano il piano degli indicatori, che è parte integrante dei documenti di programmazione e di bilancio di ciascuna amministrazione pubblica ed è divulgato anche attraverso la pubblicazione sul sito internet istituzionale dell'amministrazione stessa nella sezione «Trasparenza, valutazione e merito», accessibile dalla pagina principale;

Visto il Principio contabile applicato concernente la programmazione di bilancio, allegato n. 4/1 al citato decreto legislativo n. 118 del 2011, che prevede un Piano degli indicatori di bilancio tra gli strumenti di programmazione delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano e degli enti locali;

Visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 22 settembre 2014, recante i criteri per la definizione degli schemi e delle modalità per la pubblicazione su internet dei dati relativi alle entrate e alle spese dei bilanci preventivi e consuntivi e dell'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti delle pubbliche amministrazioni;

Visto il comma 1, dell'art. 9, del citato Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 22 settembre 2014, il quale prevede che le pubbliche amministrazioni elaborino un indicatore annuale dei propri tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi e forniture, denominato: «indicatore annuale di tempestività dei pagamenti»;

Visto il comma 4, dell'art. 18 *-bis*, del citato decreto legislativo n. 118 del 2011, il quale prevede che il sistema comune di indicatori di risultato delle Regioni e dei loro enti ed organismi strumentali, è definito con decreto del ministero dell'economia e delle finanze su proposta della Commissione sull'armonizzazione contabile degli enti territoriali e che l'adozione del Piano è obbligatoria a decorrere dall'esercizio successivo all'emanazione del relativo decreto.

Vista la proposta della Commissione per l'armonizzazione degli enti territoriali approvata nella riunione del 25 novembre 2015;

Decreta:

Articolo unico

Piano degli indicatori di bilancio delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano

1. Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano adottano il «Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio» di cui all'art. 18 *-bis* del decreto legislativo 23 giugno 2011 n. 118 del 2011, secondo gli schemi di cui all'allegato 1, con riferimento al bilancio di previsione, e secondo gli schemi di cui all'allegato 2, con riferimento al rendiconto della gestione.

2. Gli organismi e gli enti strumentali delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano in contabilità finanziaria adottano il «Piano degli indicatori» di cui all'art. 18 *-bis*, del decreto legislativo 23 giugno 2011 n. 118 del 2011, secondo gli schemi di cui all'allegato 3, con riferimento al bilancio di previsione, e secondo gli schemi di cui all'allegato 4, con riferimento al rendiconto della gestione.

3. Le Regioni, le Province autonome di Trento e di Bolzano, e i loro organismi e enti strumentali in contabilità finanziaria presentano il «Piano» di cui ai commi 1 e 2 entro 30 giorni dall'approvazione del bilancio di previsione e del bilancio consuntivo.

4. Il Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio è pubblicato sul sito internet istituzionale dell'amministrazione nella sezione «Trasparenza, valutazione e merito», accessibile dalla pagina principale.

5. Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e i loro organismi e enti strumentali adottano

il piano di cui ai commi 1 e 2 a decorrere dall'esercizio 2016. Le prime applicazioni del presente decreto sono da riferirsi al rendiconto della gestione 2016 e al bilancio di previsione 2017-2019.

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 9 dicembre 2015

Il ragioniere generale dello Stato: FRANCO

DECRETO 1° dicembre 2015- Aggiornamento degli allegati al decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle regioni, degli enti locali e dei loro organismi. (GU n. 297 del 22.12.15)

NB

Si rinvia alla lettura integrale del testo

MINORI

LEGGE 16 novembre 2015, n. 199.

Ratifica ed esecuzione del Protocollo opzionale alla Convenzione sui diritti del fanciullo che stabilisce una procedura di presentazione di comunicazioni, adottato dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite il 19 dicembre 2011. (GU n. 293 del 17.12.15)

ONU - Convenzione sui diritti del fanciullo

Protocollo opzionale 3

CONVENZIONE SUI DIRITTI DEL FANCIULLO: PROTOCOLLO OPZIONALE N. 3
PROCEDURA DELLE COMUNICAZIONI (*)

Nazioni Unite A/RES/66/138

originale: inglese

ASSEMBLEA GENERALE

Sessantaseiesima sessione

Punto 64 dell'ordine del giorno

66/138 Protocollo opzionale alla Convenzione sui diritti del fanciullo che stabilisce una procedura di presentazione di comunicazioni.

RISOLUZIONE ADOTTATA

DALL'ASSEMBLEA GENERALE

[sul rapporto del terzo Comitato {A/66/457}]

L'Assemblea Generale,

Accogliendo con favore l'adozione da parte del Consiglio dei diritti umani, con la sua risoluzione 17/18 del 17 giugno 2011, del Protocollo opzionale della Convenzione sui diritti dei minori relativo alla procedura delle comunicazioni:

1. Adotta il Protocollo opzionale della Convenzione sui diritti dei minori relativo alla procedura delle comunicazioni così come figura nell'allegato alla presente risoluzione;
2. Raccomanda che il Protocollo opzionale sia aperto alla firma in occasione di una cerimonia da tenersi nel 2012 e chiede al Segretario generale e all'Alto commissario per i diritti umani di prestare l'aiuto necessario.

89ª Riunione plenaria 19 dicembre 2011

Allegato Protocollo opzionale alla Convenzione sui diritti del fanciullo che stabilisce una procedura di presentazione di comunicazioni.

Gli Stati parti del presente Protocollo,

Considerando che, in conformità ai principi proclamati nella Carta delle Nazioni Unite, il riconoscimento della dignità inerente a tutti i membri della famiglia umana e dei loro diritti uguali e inalienabili costituisce il fondamento della libertà, della giustizia e della pace nel mondo;

Notando che gli Stati parti della Convenzione sui diritti dei minori (di seguito denominata "la Convenzione") riconoscono i diritti in essa enunciati a ciascun minore soggetto alla loro giurisdizione, senza alcuna discriminazione, indipendentemente dalla razza, colore, sesso, lingua,

<p>(*) Traduzione © dall'inglese a cura del Ministero della Giustizia - Direzione Generale del Contenzioso e dei Diritti Umani – febbraio 2012, effettuata dalle dott.sse Claudia Poti e Nicoletta Marini (funzionari linguistici). Originale inglese in: JittBi//d^c^^s-dds-ny.un.org/doc/UNDQaGEN/Nll/4S7/10/PDF/Nl146710.</p>

religione, opinione politica o di altro tipo, origine nazionale, etnica o sociale, ricchezza, disabilità, status di nascita o di altro, del minore, dei suoi genitori o rappresentanti legali;

Riaffermando l'universalità, indivisibilità, interdipendenza di tutti i diritti umani e libertà fondamentali;

Riaffermando altresì lo status del minore in quanto soggetto di diritti e in quanto essere umano dotato di dignità e di capacità in evoluzione;

Riconoscendo che lo status particolare e di dipendenza del minore può creargli notevoli difficoltà nell'avvalersi di rimedi in caso di violazione dei suoi diritti;

Considerando che il presente Protocollo rafforzerà e completerà i meccanismi nazionali e regionali che consentono ai minori di presentare denunce per violazioni dei loro diritti;

Riconoscendo che l'interesse superiore del minore dovrebbe essere una considerazione preminente da rispettare nell'avvalersi di rimedi in caso di violazione dei suoi diritti e che tali rimedi dovrebbero tenere conto della necessità di procedure rispettose della sensibilità del minore a tutti i livelli;

Incoraggiando gli Stati parti a sviluppare appropriati meccanismi nazionali per consentire ad un minore i cui diritti sono stati violati di accedere a rimedi effettivi a livello nazionale;

Richiamando l'importante ruolo che le istituzioni nazionali per i diritti umani e altre istituzioni specializzate competenti incaricate di promuovere e proteggere i diritti dei minori possono svolgere al riguardo;

Considerando che, al fine di rafforzare e completare tali meccanismi nazionali e di accrescere ulteriormente l'attuazione della Convenzione e, ove pertinente, dei suoi Protocolli opzionali relativi alla vendita di minori, la prostituzione minorile e la pedopornografia e al coinvolgimento dei minori nei conflitti armati, sarebbe opportuno consentire al Comitato sui diritti dell'infanzia (di seguito denominato "il Comitato") di svolgere le funzioni previste nel presente Protocollo;

Hanno convenuto quanto segue:

Parte I - Disposizioni generali

Articolo 1

Competenza del Comitato sui diritti dell'infanzia

1. Ogni Stato parte del presente Protocollo riconosce la competenza del Comitato come stabilito dal presente Protocollo.
2. Il Comitato non esercita la sua competenza nei confronti di uno Stato parte del presente Protocollo per questioni relative a violazioni di diritti enunciati in uno strumento di cui tale Stato non è parte.
3. Il Comitato non riceve alcuna comunicazione se questa riguarda uno Stato che non è una parte del presente Protocollo.

Articolo 2

Principi generali che guidano le funzioni del Comitato

Nell'esercizio delle funzioni conferitegli dal presente Protocollo, il Comitato è guidato dal principio dell'interesse superiore del minore. Esso ha anche riguardo per i diritti e le opinioni del minore, dando alle opinioni del minore il peso dovuto in funzione della sua età e maturità.

Articolo 3

Regolamento

1. Il Comitato adotta il regolamento da seguire nell'esercizio delle funzioni conferitegli dal presente Protocollo.

Nel far ciò, esso deve avere riguardo in particolare per l'articolo 2 del presente Protocollo al fine di garantire che le procedure siano rispettose della sensibilità del minore.

2. Il Comitato include nel suo regolamento delle tutele per evitare che il minore sia manipolato da chi agisce per suo conto e può rifiutare di esaminare una comunicazione che considera non essere nell'interesse superiore del minore.

Articolo 4

Misure di protezione

1. Uno Stato parte adotta tutte le misure necessarie per assicurare che i soggetti sottoposti alla sua giurisdizione non siano sottoposti ad alcuna violazione dei diritti umani, maltrattamento o intimidazione come conseguenza di aver inviato comunicazioni o collaborato con il Comitato ai sensi del presente Protocollo.

2. L'identità della persona interessata o del gruppo di persone interessate non è rivelata al pubblico senza l'espresso consenso degli stessi.

PARTE II - PROCEDURA DELLE COMUNICAZIONI

Articolo 5

Comunicazioni individuali

1. Le comunicazioni possono essere presentate da oper conto di una persona o di un gruppo di persone nella giurisdizione di uno Stato parte, che sostengono di essere vittime di una violazione ad opera di tale Stato parte di uno dei diritti enunciati in uno dei seguenti strumenti di cui tale Stato è parte:

- a) la Convenzione;
- b) il Protocollo opzionale alla Convenzione relativo alla vendita di minori, la prostituzione minorile e la pedopornografia;
- c) il Protocollo opzionale alla Convenzione relativo al coinvolgimento dei minori nei conflitti armati.

2. Quando una comunicazione è presentata per conto di una persona o di un gruppo di persone, ciò deve essere fatto con il consenso degli stessi a meno che l'autore possa giustificare di agire per loro conto senza tale consenso.

Articolo 6

Misure provvisorie

1. In qualsiasi momento dopo la ricezione di una comunicazione e prima di adottare una decisione sul merito, il Comitato può trasmettere allo Stato parte interessato, per un suo urgente esame, una richiesta affinché questo adotti le misure provvisorie che si rivelano necessarie in una situazione eccezionale al fine di evitare un eventuale danno irreparabile alla vittima o alle vittime delle asserite violazioni.

2. Quando il Comitato esercita la facoltà di cui al paragrafo 1 del presente articolo, ciò non comporta una decisione sulla ricevibilità o sul merito della comunicazione.

Articolo 7

Ricevibilità

1. Il Comitato dichiara irricevibile una comunicazione quando:

- a) la comunicazione è anonima;
- b) la comunicazione non è presentata per iscritto;
- c) la comunicazione costituisce un abuso del diritto di presentare tali comunicazioni o è incompatibile con le disposizioni della Convenzione e/o dei suoi Protocolli opzionali;
- d) la stessa questione è stata già esaminata dal Comitato o è stata o è esaminata in virtù di un'altra procedura internazionale di inchiesta o di composizione;
- e) non sono stati esauriti tutti i mezzi di ricorso interni disponibili. Tale requisito non si applica quando l'utilizzo dei mezzi di ricorso è irragionevolmente lungo o è improbabile che apporti un'effettiva riparazione;
- f) la comunicazione è manifestamente infondata o è insufficientemente motivata;
- g) i fatti che formano oggetto della comunicazione sono anteriori all'entrata in vigore del presente Protocollo nei confronti dello Stato parte interessato, salvo che detti fatti non siano proseguiti successivamente a tale data;
- h) la comunicazione non è presentata entro il termine di un anno dall'esaurimento dei mezzi di ricorso interni, salvo i casi in cui l'autore può dimostrare che non è stato possibile presentare la comunicazione entro tale termine.

Articolo 8

Trasmissione della comunicazione

1. Salvo che il Comitato non dichiari una comunicazione irricevibile senza rinviarla allo Stato parte interessato, il Comitato il prima possibile porta riservatamente all'attenzione dello Stato parte interessato le comunicazioni ricevute in virtù del presente Protocollo.

2. Lo Stato parte presenta, per iscritto, al Comitato spiegazioni o dichiarazioni a chiarimento della questione e dei rimedi eventualmente adottati. Lo Stato parte presenta la sua risposta il prima possibile e comunque entro sei mesi.

Articolo 9

Composizione amichevole

1. Il Comitato mette a disposizione delle parti interessate i suoi buoni uffici al fine di giungere ad una composizione amichevole della questione, basata sul rispetto degli obblighi enunciati nella Convenzione e/o nei suoi Protocolli opzionali.

2. Un accordo per una composizione amichevole concluso sotto gli auspici del Comitato pone fine all'esame della comunicazione presentata ai sensi del presente Protocollo.

Articolo 10

Esame delle comunicazioni

1. Il Comitato esamina il prima possibile le comunicazioni ricevute ai sensi del presente Protocollo, alla luce della documentazione presentatagli, a condizione che tale documentazione sia trasmessa alle parti interessate.

2. Il Comitato esamina le comunicazioni ricevute ai sensi del presente Protocollo riunendosi a porte chiuse.

3. Quando il Comitato richiede delle misure provvisorie esso esamina celermente la comunicazione.

4. Quando esamina comunicazioni che lamentano violazioni di diritti economici, sociali o culturali, il Comitato valuta la ragionevolezza delle misure adottate dallo Stato parte in conformità all'articolo 4 della Convenzione. Nel far ciò esso tiene presente che lo Stato parte può adottare varie misure di politica generale per dare attuazione ai diritti economici, sociali e culturali della Convenzione.

5. Dopo aver esaminato una comunicazione, il Comitato, senza indugio, trasmette alle parti interessate le sue valutazioni su tale comunicazione, assieme alle sue eventuali raccomandazioni.

Articolo 11

Seguito

1. Lo Stato parte dà la dovuta considerazione alle valutazioni del Comitato e alle sue eventuali raccomandazioni e presenta al Comitato una risposta scritta contenente informazioni sulle misure adottate o previste alla luce delle valutazioni e raccomandazioni del Comitato. Lo Stato parte presenta la sua risposta il prima possibile e comunque entro sei mesi.

2. Il Comitato può invitare lo Stato parte a fornire ulteriori informazioni sulle misure che esso ha adottato in risposta alle sue valutazioni o raccomandazioni o in attuazione di un'eventuale composizione amichevole, anche, se il Comitato lo ritiene appropriato, nei rapporti successivi dello Stato parte presentati ai sensi dell'articolo 44 della Convenzione, dell'articolo 12 del Protocollo opzionale relativo alla vendita di minori, la prostituzione minorile e la pedopornografia o dell'articolo 8 del Protocollo opzionale relativo al coinvolgimento dei minori nei conflitti armati, a seconda del caso.

Articolo 12

Comunicazioni interstatali

1. Uno Stato parte del presente Protocollo può, in ogni momento, dichiarare che riconosce la competenza del Comitato a ricevere ed esaminare comunicazioni in cui uno Stato parte sostiene che un altro Stato parte non sta adempiendo i propri obblighi ai sensi di uno dei seguenti strumenti di cui lo Stato è parte:

a) la Convenzione;

b) il Protocollo opzionale alla Convenzione relativo alla vendita di minori, la prostituzione minorile e la pedopornografia;

c) il Protocollo opzionale relativo al coinvolgimento dei minori nei conflitti armati.

2. Il Comitato non riceve le comunicazioni relative ad uno Stato parte che non ha effettuato una tale dichiarazione o che provengono da uno Stato parte che non ha effettuato una tale dichiarazione.

3. Il Comitato mette a disposizione degli Stati parti interessati i suoi buoni uffici al fine di giungere ad una composizione amichevole della questione, basata sul rispetto degli obblighi enunciati nella Convenzione e nei suoi Protocolli opzionali.

4. Una dichiarazione formulata ai sensi del paragrafo 1 del presente articolo è depositata dagli Stati parti presso

il Segretario generale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite, che ne trasmette copia agli altri Stati parti. La dichiarazione può essere ritirata in qualsiasi momento mediante notifica al Segretario generale.

Tale ritiro non pregiudica l'esame di una questione che forma oggetto di una comunicazione già trasmessa ai sensi del presente articolo: nessun'altra comunicazione di uno Stato parte è ricevuta ai sensi del presente articolo dopo il ricevimento da parte del Segretario generale della notifica del ritiro della dichiarazione, salvo che lo Stato parte interessato abbia effettuato una nuova dichiarazione.

PARTE III - PROCEDURA DI INCHIESTA

Articolo 13

Procedura di inchiesta per violazioni gravi o sistematiche

1. Se il Comitato riceve informazioni attendibili da cui si evincono violazioni gravi o sistematiche, da uno Stato parte, dei diritti enunciati nella Convenzione o nei suoi Protocolli opzionali relativi alla vendita di minori, la prostituzione minorile e la pedopornografia e al coinvolgimento dei minori nei conflitti armati, il Comitato invita quest'ultimo a collaborare all'esame delle informazioni e, a tale fine, a presentare senza indugio osservazioni relativamente a dette informazioni.

2. Tenuto conto delle osservazioni eventualmente presentate dallo Stato parte interessato, nonché di qualunque altra informazione attendibile in suo possesso, il Comitato può incaricare uno o più membri al proprio interno di svolgere un'inchiesta e riferire urgentemente ad esso.

Laddove giustificata e con il consenso dello Stato parte, l'inchiesta può comprendere una visita nel territorio di tale Stato.

3. L'inchiesta è svolta con riservatezza e la cooperazione dello Stato parte è richiesta in tutte le fasi della procedura.

4. Dopo avere esaminato i risultati dell'inchiesta, il Comitato li trasmette senza indugio allo Stato parte interessato, insieme ad eventuali commenti e raccomandazioni.

5. Lo Stato parte interessato, il prima possibile e comunque entro sei mesi dal ricevimento dei risultati, dei commenti e delle raccomandazioni trasmessi dal Comitato, presenta le proprie osservazioni al Comitato.

6. Dopo la conclusione della suddetta procedura relativamente ad un'indagine svolta in conformità al paragrafo 2 del presente articolo, il Comitato può, dopo essersi consultato con lo Stato parte interessato, decidere di inserire un resoconto sommario dei risultati della procedura nel proprio rapporto di cui all'articolo 16 del presente Protocollo.

7. Ciascuno Stato parte può, al momento della firma o della ratifica del presente Protocollo o dell'adesione allo stesso, dichiarare di non riconoscere la competenza del Comitato di cui al presente articolo con riferimento ai diritti enunciati in alcuni o in tutti gli strumenti indicati al paragrafo 1.

8. Ciascuno Stato parte che ha effettuato la dichiarazione di cui al paragrafo 7 del presente articolo può, in qualsiasi momento, ritirare tale dichiarazione mediante una notifica indirizzata al Segretario Generale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite.

Articolo 14

Seguito della procedura di inchiesta

1. Il Comitato può, se necessario, scaduto il periodo di sei mesi di cui all'articolo 13, paragrafo 5, invitare lo Stato parte interessato a fornire informazioni circa le misure adottate e programmate in risposta ad un'inchiesta svolta ai sensi dell'articolo 13 del presente Protocollo.

2. Il Comitato può invitare lo Stato parte a fornire ulteriori informazioni sulle misure che esso ha adottato in risposta ad un'inchiesta svolta a norma dell'articolo 13, anche, se il Comitato lo ritiene

appropriato, nei rapporti successivi dello Stato parte presentati ai sensi dell'articolo 44 della Convenzione, dell'articolo 12 del Protocollo opzionale alla Convenzione relativo alla vendita di minori, la prostituzione minorile e la pedopornografia o dell'articolo 8 del Protocollo opzionale alla Convenzione relativo al coinvolgimento dei minori nei conflitti armati, a seconda del caso.

PARTE IV - DISPOSIZIONI FINALI

Articolo 15

Assistenza e cooperazione internazionali

1. Il Comitato può trasmettere, con il consenso dello Stato parte interessato, alle agenzie specializzate, ai fondi e ai programmi delle Nazioni Unite, nonché ad altri organismi competenti, le proprie valutazioni o raccomandazioni relativamente a comunicazioni e inchieste da cui si evince la necessità di consulenza o assistenza tecnica, insieme alle eventuali osservazioni e suggerimenti dello Stato parte su tali valutazioni o raccomandazioni.

2. Il Comitato, inoltre, può portare all'attenzione di tali organismi, con il consenso dello Stato parte interessato, le questioni sollevate dalle comunicazioni esaminate a norma del presente Protocollo che possano aiutarli a pronunciarsi, ciascuno nell'ambito della propria sfera di competenza, sulla opportunità di misure internazionali atte ad aiutare gli Stati membri a progredire nell'attuazione dei diritti riconosciuti dalla Convenzione e/o dai suoi Protocolli facoltativi.

Articolo 16

Rapporto all'Assemblea Generale

Il Comitato inserisce nel proprio rapporto presentato ogni due anni all'Assemblea Generale in conformità all'articolo 44, paragrafo 5, della Convenzione un compendio delle proprie attività ai sensi del presente Protocollo.

Articolo 17

Diffusione e informazione circa il Protocollo opzionale

Ciascuno Stato parte si impegna a far conoscere ampiamente e a diffondere il presente Protocollo nonché ad agevolare l'accesso degli adulti e dei minori, compresi i portatori di handicap, alle informazioni circa le valutazioni e le raccomandazioni del Comitato, con particolare riferimento alle questioni che riguardano lo Stato parte, mediante strumenti attivi e idonei e con modalità accessibili.

Articolo 18

Firma, ratifica e adesione

1. Il presente Protocollo è aperto alla firma degli Stati che hanno firmato, ratificato la Convenzione o uno dei primi due Protocolli opzionali della stessa, o che vi hanno aderito.

2. Il presente Protocollo è soggetto alla ratifica degli Stati che hanno ratificato la Convenzione o uno dei primi due Protocolli opzionali della stessa, o che vi hanno aderito. Gli strumenti di ratifica saranno depositati presso il Segretario generale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite.

3. Il presente Protocollo rimane aperto all'adesione degli Stati che hanno ratificato la Convenzione o uno dei primi due Protocolli opzionali della stessa, o che vi hanno aderito.

4. L'adesione ha luogo mediante il deposito di uno strumento di adesione presso il Segretario generale.

Articolo 19

Entrata in vigore

1. Il presente Protocollo entrerà in vigore alla scadenza di un periodo di tre mesi a decorrere dalla data del deposito del decimo strumento di ratifica o di adesione.

2. Per ogni Stato che ratifica il presente Protocollo o vi aderisce successivamente al deposito del decimo strumento di ratifica o di adesione, il presente Protocollo entrerà in vigore alla scadenza di un periodo di tre mesi a decorrere dalla data di deposito del proprio strumento di ratifica o di adesione.

Articolo 20

Violazioni commesse successivamente all'entrata in vigore

1. Il Comitato è competente esclusivamente con riferimento a violazioni di qualsiasi diritto enunciato nella Convenzione e/o nei suoi primi due Protocolli opzionali, commesse dallo Stato parte successivamente all'entrata in vigore del presente Protocollo.

2. Se uno Stato diviene parte del presente Protocollo dopo l'entrata in vigore dello stesso, gli obblighi di tale Stato nei confronti del Comitato riguarderanno esclusivamente le violazioni dei diritti enunciati nella Convenzione e/o nei suoi primi due Protocolli opzionali, commesse successivamente all'entrata in vigore del presente Protocollo per lo Stato interessato.

Articolo 21

Emendamenti

1. Ogni Stato parte può proporre un emendamento al presente Protocollo e presentarlo al Segretario generale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite. Il Segretario generale comunica le proposte di emendamento agli Stati parti, con la richiesta di comunicargli se sono favorevoli a una riunione degli Stati parti al fine di esaminare le proposte e decidere in merito. Se, entro quattro mesi a decorrere dalla data di questa comunicazione, almeno un terzo degli Stati parti si pronuncia a favore di tale riunione, il Segretario generale convoca la riunione sotto gli auspici dell'Organizzazione delle Nazioni Unite. Ogni emendamento adottato da una maggioranza di due terzi degli Stati parti presenti e votanti è sottoposto dal Segretario generale all'Assemblea generale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'approvazione e, successivamente, a tutti gli Stati parti per l'accettazione.

2. Ogni emendamento adottato e approvato in conformità al paragrafo 1 del presente articolo entra in vigore il trentesimo giorno successivo a quando il numero degli strumenti di accettazione depositati raggiunge i due terzi del numero di Stati parti alla data di adozione dell'emendamento.

Successivamente, l'emendamento entra in vigore per ogni Stato parte il trentesimo giorno successivo al deposito del proprio strumento di accettazione. Un emendamento è vincolante solo per gli Stati parti che lo hanno accettato.

Articolo 22

Denuncia

1. Ogni Stato parte può denunciare il presente Protocollo in qualsiasi momento mediante notifica scritta indirizzata al Segretario generale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite. La denuncia ha effetto un anno dopo la data di ricezione della notifica da parte del Segretario generale.

2. Le disposizioni del presente Protocollo continueranno ad applicarsi ad ogni comunicazione presentata ai sensi degli articoli 5 o 12 o ad ogni indagine avviata ai sensi dell'articolo 13 precedentemente alla data di decorrenza di efficacia della denuncia.

Articolo 23

Depositario e notifica da parte del Segretario generale

1. Il Segretario generale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite è il depositario del presente Protocollo.

2. Il Segretario generale informa tutti gli Stati membri in merito a:

- a) firme, ratifiche e adesioni in forza del presente Protocollo;
- b) data di entrata in vigore del presente Protocollo e degli emendamenti adottati ai sensi dell'articolo 21;
- c) denunce ai sensi dell'articolo 22.

Articolo 24

Lingue

1. L'originale del presente Protocollo, di cui i testi in lingua araba, cinese, inglese, francese, russa e spagnola fanno ugualmente fede, è depositato presso gli archivi dell'Organizzazione delle Nazioni Unite.

2. Il Segretario Generale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite trasmetterà una copia autentica del presente Protocollo a tutti gli Stati.

MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

DECRETO 30 ottobre 2015 - Ripartizione delle risorse finanziarie afferenti al Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza finalizzato alla realizzazione di interventi nei comuni riservatari di cui alla legge 28 agosto 1997, n. 285, per l'anno 2015. (GUn. 301 del 29.12.15)

IL MINISTRO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI
DI CONCERTO CON
IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Vista la legge 31 dicembre 2009, n. 196, e successive modificazioni, recante «Legge di contabilità e finanza pubblica»;

Vista la legge 28 agosto 1997, n. 285, recante «Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza» e, in particolare, l'art. 1, che istituisce il Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza finalizzato alla realizzazione di interventi a livello nazionale, regionale e locale e ne stabilisce i criteri di riparto;

Vista la legge 8 novembre 2000, n. 328, «Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali» e, in particolare, l'art. 20, che regola il Fondo nazionale per le politiche sociali;

Visto l'art. 80, comma 17, della legge 23 dicembre 2000, n. 388 recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2001)», il quale stabilisce la composizione del Fondo nazionale per le politiche sociali a decorrere dall'anno 2001;

Visto l'art. 1, comma 1258, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007), come modificato dall'art. 2, comma 470, della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (legge finanziaria 2008), che prevede che la dotazione del Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, di cui all'art. 1 della legge 28 agosto 1997, n. 285, sia determinata, limitatamente alle risorse destinate ai comuni, cosiddetti «riservatari», di cui al comma 2, secondo periodo, dello stesso art. 1, annualmente dalla legge finanziaria, con le modalità di cui all'art. 11, comma 3, della legge 5 agosto 1978, n. 468, e successive modificazioni;

Considerato pertanto che la predetta disposizione ha indicato, a decorrere dall'anno 2008, una diversa modalità di allocazione delle risorse del Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, limitatamente alle sole somme destinate ai predetti comuni «riservatari», prevedendo uno stanziamento autonomo, determinato annualmente nella tabella C della legge finanziaria, laddove le rimanenti risorse del Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza continuano a confluire, sia pure indistintamente, nel Fondo nazionale per le politiche sociali;

Visto il decreto 29 aprile 2008 del Ministro della solidarietà sociale di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, registrato dalla Corte dei conti il 2 luglio 2008, registro n. 4, foglio n. 310, di riparto fra i comuni riservatari delle somme loro destinate del Fondo per l'infanzia e l'adolescenza per l'anno 2008, in applicazione del citato art. 1, comma 1258, della legge 27 dicembre 2006, n. 296;

Vista la legge 23 dicembre 2014, n. 190, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)» e in particolare la tabella C, che stabilisce l'ammontare del Fondo per l'infanzia e l'adolescenza destinato ai comuni riservatari;

Vista la legge 23 dicembre 2014, n. 191, recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2014 e bilancio pluriennale per il triennio 2015-2017»;

Visto il decreto di riparto del Fondo nazionale per le politiche sociali del 4 maggio 2015, annualità 2015, e in particolare l'art. 7 relativo alla definizione di un Piano sociale nazionale triennale condiviso con le Regioni e con gli enti locali;

Visto il decreto 101094 del 29 dicembre 2014 con il quale il Ministro dell'economia e delle finanze ha provveduto alla ripartizione in capitoli delle unità previsionali di base relativa al bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2015, ed in particolare la tabella 04 che assegna al capitolo 3527, Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, euro 28.709.000,00;

Considerato che occorre provvedere al riparto del Fondo infanzia e adolescenza per l'anno 2015 per la parte destinata alle città riservatarie per l'importo di euro 28.709.000,00;

Accertata la sufficiente disponibilità di competenza e di cassa sul pertinente capitolo 3527 p.g. 1 del bilancio 2015, per un importo totale di euro 28.709.000,00;

Acquisita in data 30 luglio 2015 l'intesa della Conferenza Unificata di cui al decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281;

Decreta:

Art. 1.

Per l'attuazione delle misure «Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza» di cui alla legge 28 agosto 1997, n. 285, è autorizzato il finanziamento, a favore dei 15 comuni riservatari individuati dall'art. 1, comma 2, secondo periodo, della medesima legge, della somma complessiva di euro 28.709.000,00 di cui allo stanziamento disposto per il 2015, secondo la seguente ripartizione:

Art. 2.

Ulteriori risorse derivanti da provvedimenti di incremento dello stanziamento sul capitolo di spesa 3527 «Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza», saranno ripartite fra i comuni riservatari con le stesse modalità e criteri di cui al presente decreto come da Tabella 1 (a cui si rinvia).

Art. 3.

I comuni destinatari comunicano al Ministero del lavoro e delle politiche sociali, nelle forme e nei modi previamente concordati, tutti i dati necessari al monitoraggio dei flussi finanziari e, nello specifico, i trasferimenti effettuati e gli interventi finanziati con le risorse del Fondo stesso. L'erogazione delle risorse spettanti a ciascun comune deve essere comunque preceduta dalla rendicontazione sull'effettiva attribuzione ai beneficiari delle risorse trasferite nel secondo anno precedente il presente decreto.

Art. 4.

I comuni destinatari si impegnano ad adottare una programmazione sull'utilizzo delle risorse coerente con gli obiettivi definiti in materia di politiche per l'infanzia e l'adolescenza nel Piano sociale nazionale di cui all'art. 7 del citato decreto di riparto del Fondo nazionale per le politiche sociali, annualità 2015, nonché nelle successive, eventuali, declinazioni regionali.

Il presente decreto sarà trasmesso alla Corte dei conti per il visto e la registrazione e pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana nonché sul sito www.lavoro.gov.it alla sezione pubblicità legale.

Roma, 30 ottobre 2015

Il Ministro del lavoro e delle politiche sociali

POLETTI

Il Ministro dell'economia e delle finanze

PADOAN

Registrato alla Corte dei conti il 2 dicembre 2015

Ufficio controllo atti MIUR, MIBAC, Min. salute e Min. lavoro e politiche sociali, reg.ne prev. n. 4589

PRIVATO SOCIALE

MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

Scioglimento dell'Istituto di patronato e di assistenza sociale «C.L.A.A.I.» e nomina del liquidatore.

È pubblicato sul sito istituzionale del Ministero del lavoro e delle politiche sociali www.lavoro.gov.it nella sezione «Pubblicità Legale» il decreto 1° dicembre 2015 del Ministro del lavoro e delle politiche sociali adottato ai sensi dell'art. 16, comma 2, lett. a) della legge 30 marzo 2001, n. 152, e successive modificazioni, concernente lo scioglimento dell'Istituto di patronato e di assistenza sociale «C.L.A.A.I.» e la nomina della dott.ssa Luisa Gagliardi come liquidatore.

MINISTERO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

DECRETO 25 novembre 2015 - Scioglimento della «Il Girasole società cooperativa sociale », in Benevento e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 297 del 22.12.15)

IL DIRETTORE GENERALE PER LA VIGILANZA SUGLI ENTI, IL SISTEMA COOPERATIVO E LE GESTIONI COMMISSARIALI

Visto l'art. 12 del decreto legislativo 2 agosto 2002, n. 220;

Visto l' art. 2545 -*septiesdecies* c.c.;

Visto l' art. 1 legge n. 400/75 e l'art. 198 del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267;

Visto il decreto del Ministero dello sviluppo economico in data 17/01/2007 concernente la determinazione dell'importo minimo di bilancio ai fini dello scioglimento d'ufficio ex art. 2545 - *septiesdecies* c.c.;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 5 dicembre 2013 n. 158, recante il regolamento di organizzazione del Ministero dello sviluppo economico, per le competenze in materia di vigilanza sugli enti cooperativi;

Viste le risultanze ispettive effettuate dal revisore incaricato dal Ministero dello sviluppo economico e relative alla società cooperativa sotto indicata, cui si rinvia e che qui si intendono richiamate;

Considerato che degli 80 lavoratori impiegati (di cui 6 soci e 74 non soci) nell'attività sociale, 71 sono risultati normodotati e 9 sono risultate persone svantaggiate

Preso atto che, dalla documentazione esibita 2 delle 9 persone svantaggiate presentavano invalidità inferiore al 46% previsto dall'art. 4 della l. 381/91;

Visto che, rispetto a 71 lavoratori normodotati risultano occupate 7 persone svantaggiate rispetto alle 21 previste nel rispetto della percentuale del 30% di cui al citato disposto;

Ritenuto che la cooperativa non persegue finalità mutualistiche e che, pertanto, risulta trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 2545 -*septiesdecies* c.c.;

Considerato che è stato assolto l'obbligo di cui all' art. 7 della legge 7 agosto 1990 n. 241, dando comunicazione dell'avvio del procedimento e che il legale rappresentante non ha formulato osservazioni e/controdeduzioni;

Visto il parere espresso dalla Commissione centrale per le cooperative in data 15 ottobre 2015 favorevole all'adozione del provvedimento di scioglimento per atto d'autorità con nomina di commissario liquidatore ;

Ritenuta l'opportunità di disporre il provvedimento di scioglimento per atto d'autorità ai sensi dell'art. 2545 *septiesdecies* c.c., con contestuale nomina del commissario liquidatore;

Decreta:

Art. 1.

La società cooperativa “Il Girasole Società cooperativa sociale” con sede in Benevento (codice fi scale 01163700626), è sciolta per atto d'autorità ai sensi dell'art. 2545 -*septiesdecies* c.c.

Art. 2.

Considerati gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal *curriculum vitae* , è nominato commissario liquidatore il dott. Leucio Caputo, nato a Benevento il 15 ottobre 1979 (codice fi scale CPTLCE79R15A783E), domiciliato in Benevento, viale degli Atlantici n. 65/A.

Art. 3.

Al predetto commissario liquidatore spetta il trattamento economico previsto dal decreto ministeriale del 23 febbraio 2001.

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Avverso il presente provvedimento è possibile proporre ricorso amministrativo al Tribunale amministrativo

regionale ovvero straordinario al Presidente della Repubblica nei termini e presupposti di legge.

Roma, 25 novembre 2015

Il direttore generale: MOLETI

DECRETO 25 novembre 2015 - Scioglimento della «Villanova 2000 cooperativa sociale a r.l.», in Guidonia Montecelio e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 297 del 22.12.15)

IL DIRETTORE GENERALE PER LA VIGILANZA SUGLI ENTI, IL SISTEMA COOPERATIVO E LE GESTIONI COMMISSARIALI

Visto l'art. 12 del decreto legislativo 2 agosto 2002, n. 220;

Visto l'art. 2545 *-septiesdecies c.c.*;

Visto l'art. 1 legge n. 400/75 e l'art. 198 del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267;

Visto il decreto del Ministero dello sviluppo economico in data 17/01/2007 concernente la determinazione dell'importo minimo di bilancio ai fini dello scioglimento d'ufficio ex art. 2545 *-septiesdecies c.c.*;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 5 dicembre 2013 n. 158, recante il regolamento di organizzazione del Ministero dello sviluppo economico, per le competenze in materia di vigilanza sugli enti cooperativi;

Viste le risultanze ispettive effettuate dal revisore incaricato dalla Confcooperative e relative alla società cooperativa sotto indicata, cui si rinvia e che qui si intendono richiamate;

Visti gli ulteriori accertamenti effettuati dall'uffi cio presso il registro delle imprese, che hanno confermato il mancato deposito dei bilanci per più di due anni consecutivi;

Considerato che è stato assolto l'obbligo di cui all' art. 7 della legge 7 agosto 1990 n. 241, dando comunicazione dell'avvio del procedimento e che il legale rappresentante non ha formulato osservazioni e/controdeduzioni;

Tenuto conto che l'ente risulta trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 2545 *-septiesdecies c.c.*;

Visto il parere espresso dal Comitato centrale per le cooperative in data 15 ottobre 2015, favorevole all'adozione del provvedimento di scioglimento per atto d'autorità con nomina di commissario liquidatore;

Ritenuta l'opportunità di disporre il provvedimento di scioglimento per atto d'autorità ai sensi dell'art. 2545 *-septiesdecies c.c.*, con contestuale nomina del commissario liquidatore;

Tenuto conto, ai sensi dell'art. 9 della legge 17 luglio 1975, n. 400, delle designazioni dell'Associazione nazionale di rappresentanza alla quale il sodalizio risulta aderente;

Decreta:

Art. 1.

La "Villanova 2000 Cooperativa sociale a r.l." con sede in Guidonia Montecelio (RM) (codice fi scale 05169191003), è sciolta per atto d'autorità ai sensi dell'art. 2545 *-septiesdecies c.c.*

Art. 2.

Considerati gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal *curriculum vitae*, è nominato commissario

liquidatore l'avv. Stefania Bellei, nata a Roma il 4 giugno 1972 (codice fi scale BLLSFN72H44H501Y), ivi domiciliata in via A. Brofferio n.6.

Art. 3.

Al predetto commissario liquidatore spetta il trattamento economico previsto dal decreto ministeriale del 23 febbraio 2001.

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Avverso il presente provvedimento è possibile proporre ricorso amministrativo al Tribunale amministrativo regionale ovvero straordinario al Presidente della Repubblica nei termini e presupposti di legge.

Roma, 25 novembre 2015

Il direttore generale: MOLETI

DECRETO 20 novembre 2015 - Liquidazione coatta amministrativa della «Energia Sociale società cooperativa sociale organizzazione non lucrativa di utilità sociale», in Feltre e nomina del commissario liquidatore.. (GU n. 298 del 23.12.15)

IL MINISTRO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 5 dicembre 2013, n. 158, recante il regolamento di organizzazione del Ministero dello sviluppo economico, per le competenze in materia di vigilanza sugli enti cooperativi;

Visto il decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito nella legge 7 agosto 2012, n. 135;

Vista l'istanza con la quale la Confederazione cooperative italiane ha chiesto che la società cooperativa «Energia sociale società cooperativa sociale organizzazione non lucrativa di utilità sociale», sia ammessa alla procedura di liquidazione coatta amministrativa;

Viste le risultanze della revisione dell'associazione di rappresentanza dalle quali si rileva lo stato d'insolvenza della suddetta società cooperativa;

Considerato quanto emerge dalla visura camerale aggiornata, effettuata d'ufficio presso il competente registro delle imprese e dalla situazione patrimoniale aggiornata al 31 agosto 2015 da cui si evidenzia una condizione di sostanziale insolvenza, in quanto a fronte di un attivo circolante di € 922.402,00 si riscontra una massa debitoria a breve di € 3.228.770,00 ed un patrimonio netto negativo di € 139.225,00;

Considerato che è stato assolto l'obbligo di cui all'art. 7 della legge 7 agosto 1990 n. 241, dando comunicazione dell'avvio del procedimento a tutti i soggetti interessati e che il legale rappresentante della suddetta società ha dichiarato formalmente di rinunciare alla presentazione di controdeduzioni;

Visto l'art. 2545 *-terdecies* c.c. e ritenuto di dover disporre la liquidazione coatta amministrativa della suddetta società;

Visto l'art. 198 del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267;

Tenuto conto, ai sensi dell'art. 9 della legge 17 luglio 1975, n. 400, delle designazioni dell'Associazione nazionale di rappresentanza alla quale il sodalizio risulta aderente;

Decreta:

Art. 1.

La società cooperativa «Energia sociale società cooperativa sociale organizzazione non lucrativa di utilità sociale», con sede in Feltre (BL), (codice fi scale 00589290253) è posta in liquidazione coatta amministrativa, ai sensi dell'art. 2545 *-terdecies* c.c

Considerati gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal *curriculum vitae*, è nominato commissario liquidatore il dott. Franco Giacomoni nato a Borgo Valsugana (TN) il 29 luglio 1961 (c.f. GCN FNC 61L29B006S), domiciliato in Trento - Via Gocciadoro, 100.

Art. 2.

Con successivo provvedimento sarà definito il trattamento economico del Commissario liquidatore ai sensi della legislazione vigente.

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Il presente provvedimento potrà essere impugnato dinanzi al competente Tribunale amministrativo regionale, ovvero a mezzo di ricorso straordinario al Presidente della Repubblica ove ne sussistano i presupposti di legge.

Roma, 20 novembre 2015

d'ordine del Ministro

Il Capo del Gabinetto

COZZOLI

DECRETO 27 novembre 2015 - Liquidazione coatta amministrativa della «Meridiana società cooperativa sociale onlus», in Lecce e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 301 del 29.12.15)

IL MINISTRO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 5 dicembre 2013, n. 158, recante il regolamento di organizzazione del Ministero dello sviluppo economico, per le competenze in materia di vigilanza sugli enti cooperativi;

Visto il decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito nella legge 7 agosto 2012, n. 135;

Vista l'istanza con la quale la Confcooperative ha chiesto che la società «Meridiana Società cooperativa sociale ONLUS», con sede in Lecce, sia ammessa alla procedura di liquidazione coatta amministrativa;

Viste le risultanze della revisione dell'associazione di rappresentanza dalle quali si rileva lo stato d'insolvenza della suddetta società cooperativa;

Considerato quanto emerge dalla visura camerale aggiornata, effettuata d'uffi cio presso il competente registro delle imprese, e dalla situazione patrimoniale aggiornata al 31 dicembre 2014, da cui si evidenzia una condizione di sostanziale insolvenza in quanto, a fronte di un attivo patrimoniale di € 169.673,00, si riscontra una massa debitoria di € 363.475,00 ed un patrimonio netto negativo di € - 314.370,00;

Considerato che è stato assolto l'obbligo di cui all'art. 7 della legge 7 agosto 1990, n. 241, dando comunicazione dell'avvio del procedimento a tutti i soggetti interessati, e che il legale rappresentante della società ha comunicato formalmente la propria rinuncia alla presentazione di osservazioni e/o controdeduzioni;

Visto l'art. 2545 *-terdecies* del codice civile e ritenuto di dover disporre la liquidazione coatta amministrativa della suddetta società;

Visto l'art. 198 del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267;

Tenuto conto, ai sensi dell'art. 9 della legge 17 giugno 1975, n. 400, delle designazioni dell'Associazione nazionale di rappresentanza alla quale il sodalizio risulta aderente;

Decreta:

Art. 1.

La società cooperativa «Meridiana Società cooperativa sociale ONLUS», con sede in Lecce (codice fi scale 04311310751) è posta in liquidazione coatta amministrativa, ai sensi dell'art. 2545 *-terdecies* del codice civile.

Considerati gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal *curriculum vitae*, è nominato commissario liquidatore la dott.ssa Anna Marra (codice fi scale MRRNNA59P67D863D) nata a Galatone (Lecce) il 27 settembre 1959, e ivi domiciliata in via Chiesa n. 3.

Art. 2.

Con successivo provvedimento sarà definito il trattamento economico del commissario liquidatore ai sensi della legislazione vigente.

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana

Il presente provvedimento potrà essere impugnato dinnanzi al competente tribunale amministrativo regionale, ovvero a mezzo di ricorso straordinario al Presidente della Repubblica ove ne sussistano i presupposti di legge.

Roma, 27 novembre 2015

d'ordine del Ministro

Il Capo di Gabinetto

COZZOLI

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 25 novembre 2015, n. 202.

Regolamento recante determinazione del trattamento economico dei docenti della Scuola nazionale dell'amministrazione. (GU n. 295 del 19.12.15)

•
IL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Visto l'articolo 21 del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114 e, in particolare, il comma 4;

Visto l'articolo 11, comma 1, lettera *d*), della legge 7 agosto 2015, n. 124;

Visto l'articolo 17, commi 3 e 4, della legge 23 agosto 1988, n. 400;

Vista la legge 4 novembre 2005, n. 230;

Visto l'articolo 4 -*septies* del decreto-legge 3 giugno 2008, n. 97, convertito, con modificazioni, dalla legge 2 agosto 2008, n. 129;

Visto il decreto legislativo 1° dicembre 2009, n. 178;

Vista la legge 30 dicembre 2010, n. 240;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 15 dicembre 2011, n. 232;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 70;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 24 dicembre 2014, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 2 maggio 2015, n. 100;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 23 aprile 2014, recante: «Delega di funzioni al Ministro senza portafoglio onorevole dottoressa Maria Anna Madia per la semplificazione e la pubblica amministrazione»;

Udito il parere del Consiglio di Stato n. 2157/2015 del 24 luglio 2015, espresso nell'adunanza della Sezione consultiva per gli atti normativi del 9 luglio 2015;

Vista la nota DAGL 10185 P del 24 novembre 2015 con cui la Presidenza del Consiglio dei ministri – Dipartimento per gli affari giuridici e legislativi ha comunicato il proprio nulla osta;

A D O T T A

il seguente regolamento:

Art. 1.

Definizioni e oggetto

1. Il presente decreto determina, ai sensi dell'articolo 21, comma 4, del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito con modificazioni dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, il trattamento economico dei docenti della Scuola nazionale dell'amministrazione (SNA).

2. Ai sensi del presente regolamento si intendono:

a) per «Scuola», la Scuola nazionale dell'amministrazione;

b) per «docenti a tempo pieno», quelli di cui all'articolo 10, comma 1, del decreto legislativo 1° dicembre 2009, n. 178, nonché quelli incaricati ai sensi dell'articolo 14, comma 1, lettera *a)*, del decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 70;

c) per «docenti incaricati», i docenti e le persone di comprovata professionalità, di cui all'articolo 10, comma 3, del decreto legislativo 1° dicembre 2009, n. 178, ai quali la Scuola può conferire incarichi per lo svolgimento, anche temporaneo, di attività di insegnamento, ricerche e studi;

d) per «docenti a tempo indeterminato», i docenti ordinari dei ruoli a esaurimento della soppressa Scuola superiore dell'economia e delle finanze trasferiti alla Scuola;

e) per «ricercatori a tempo indeterminato», i ricercatori dei ruoli a esaurimento della soppressa Scuola superiore dell'economia e delle finanze trasferiti alla Scuola;

f) per «docenti», tutti i soggetti di cui alle lettere *b)*, *c)*, *d)* ed *e)*;

g) per «Presidente» il Presidente della Scuola;

h) per «Comitato di gestione» il Comitato di gestione della Scuola.

Art. 2.

Trattamento economico dei docenti a tempo pieno e a tempo indeterminato

1. Ai docenti a tempo pieno, scelti tra dirigenti di amministrazioni pubbliche, magistrati ordinari, amministrativi e contabili, avvocati dello Stato e consiglieri parlamentari, nonché ai docenti a tempo indeterminato si applica il trattamento economico annuo lordo dei professori universitari di prima fascia a tempo pieno, come fissato dall'articolo 3, comma 2, del decreto del Presidente della Repubblica 15 dicembre 2011, n. 232, e successive modificazioni.

2. Ai docenti a tempo pieno, scelti tra professori universitari di prima o seconda fascia si applica, rispettivamente, il trattamento economico annuo lordo dei professori universitari di prima fascia a tempo pieno o quello dei professori universitari di seconda fascia a tempo pieno come fissati dal decreto del Presidente della Repubblica n. 232 del 2011 e successive modificazioni.

3. Per i docenti a tempo pieno scelti tra dirigenti di amministrazioni private o tra soggetti, anche stranieri, in possesso di elevata e comprovata qualificazione professionale, il trattamento economico annuo lordo è stabilito, tra quelli di professore universitario di prima fascia a tempo pieno o di professore universitario di seconda fascia a tempo pieno, dal Presidente della Scuola, sentito il Comitato di gestione, sulla base della valutazione del *curriculum* accademico e professionale, in applicazione dei criteri di valutazione fissati dallo stesso Comitato, comunque nel rispetto del decreto del Presidente della Repubblica 15 dicembre 2011, n. 232, e successive modificazioni.

4. Il trattamento economico dei docenti a tempo pieno e a tempo indeterminato, come definito dal presente articolo, è correlato all'espletamento degli obblighi istituzionali e delle attività didattiche e scientifiche, previsti per i professori universitari a tempo pieno e all'impegno didattico fissato dall'articolo 1, comma 16, della legge 4 novembre 2005, n. 230, e dall'articolo 6 della legge 30 dicembre 2010, n. 240. Ai suddetti docenti si applica la disciplina delle incompatibilità e delle autorizzazioni prevista per i professori e ricercatori universitari a tempo pieno dallo stesso articolo 6. Il Presidente, sentito il Comitato di gestione, determina le modalità per la verifica dell'effettivo svolgimento delle attività didattiche e scientifiche che da parte dei predetti docenti. Il compenso per le ulteriori attività è determinato, nei limiti delle disponibilità di bilancio, in applicazione dei criteri di cui al decreto previsto dall'articolo 1, comma 16, della legge 4 novembre 2005, n. 230 e, fino all'adozione del suddetto decreto, in misura pari al settantacinque per cento dell'importo individuato ai sensi dell'articolo 4.

Art. 3.

Trattamento economico dei ricercatori a tempo indeterminato

1. Ai ricercatori a tempo indeterminato si applica il trattamento economico annuo lordo dei ricercatori universitari a tempo pieno, come fissato dal decreto del Presidente della Repubblica n. 232 del 2011 e successive modificazioni.

2. Il trattamento economico dei ricercatori a tempo indeterminato, come definito dal presente articolo, è correlato all'espletamento degli obblighi istituzionali e delle attività didattiche e scientifiche che, previste per i ricercatori universitari a tempo pieno dall'articolo 6 della legge 30 dicembre 2010, n. 240. Ai suddetti ricercatori si applica la disciplina delle incompatibilità e delle autorizzazioni prevista per i professori e ricercatori universitari a tempo pieno dallo stesso articolo 6. Il Presidente, sentito il Comitato di gestione, determina le modalità per la verifica dell'effettivo svolgimento delle attività didattiche e scientifiche da parte dei predetti ricercatori. Il compenso per le ulteriori attività è determinato, nei limiti delle disponibilità di bilancio, in applicazione dei criteri di cui al decreto previsto dall'articolo 1, comma 16, della legge 4 novembre 2005, n. 230 e, fino all'adozione del suddetto decreto, in misura pari al settantacinque per cento dell'importo individuato ai sensi dell'articolo 4.

Art. 4.

Compenso dei docenti incaricati

1. Ai docenti incaricati è corrisposto un compenso commisurato al numero di ore di lezione effettivamente svolte, in applicazione dei limiti e dei criteri fissati dal Comitato di gestione, nel rispetto del principio di trasparenza.

Il compenso è comprensivo delle spese, anche di trasporto. Se il docente risiede fuori della regione in cui si svolge l'attività didattica, il compenso può essere aumentato per un ammontare corrispondente al normale costo del viaggio effettuato con i mezzi di trasporto pubblici e comunque non superiore al cinquanta per cento del compenso stesso. È in tal caso escluso il rimborso delle spese di viaggio.

Art. 5.

Anzianità, classi e scatti di stipendio

1. Ai fini della determinazione del relativo trattamento economico, i docenti a tempo pieno, scelti tra professori universitari di prima o seconda fascia o tra ricercatori universitari, mantengono l'anzianità di servizio già maturata.

2. Ai fini della determinazione del trattamento economico dei docenti a tempo pieno, scelti tra dirigenti di amministrazioni pubbliche, magistrati ordinari, amministrativi e contabili, avvocati dello Stato e consiglieri parlamentari, e dei docenti a tempo indeterminato, i periodi di servizio prestato nelle suddette qualifiche che vengono computati come anzianità di servizio nel ruolo dei professori universitari di prima o di seconda fascia a tempo pieno, in coerenza con i criteri di determinazione del trattamento economico previsti dall'articolo 2, applicando le disposizioni del decreto del Presidente della Repubblica n. 232 del 2011 e successive modificazioni.

3. Ai fini del comma 2, in applicazione delle disposizioni del decreto del Presidente della Repubblica n. 232 del 2011 e successive modificazioni, la progressione per classi e scatti è biennale fino alla data di entrata in vigore della legge n. 240 del 2010, e triennale a decorrere dall'entrata in vigore della predetta legge.

4. Ai fini del computo dell'anzianità, i periodi di servizio presso la Scuola dei docenti a tempo pieno, dei docenti a tempo indeterminato e dei ricercatori a tempo indeterminato vengono valutati in applicazione della disciplina generale relativa ai professori e ai ricercatori universitari.

Art. 6.

Disciplina transitoria

1. I trattamenti economici dei docenti sono adeguati alle disposizioni del presente decreto a decorrere dal 1° gennaio 2016.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Roma, 25 novembre 2015

p. Il Presidente del Consiglio dei ministri

Il Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione

MADIA

Visto, *il Guardasigilli*: ORLANDO

Registrato alla Corte dei conti il 14 dicembre 2015

Ufficio controllo atti P.C.M. - Ministeri giustizia e affari esteri, reg. ne - prev. n. 3076

AVVERTENZA:

Il testo delle note qui pubblicato è stato redatto dall'Amministrazione competente per materia, ai sensi dell'art. 10, commi 2 e 3, del testo unico delle disposizioni sulla promulgazione delle leggi, sull'emanazione dei decreti del Presidente della Repubblica e sulle pubblicazioni ufficiali della Repubblica italiana, approvato con D.P.R. 28 dicembre 1985, n. 1092, al solo fine di facilitare la lettura delle disposizioni di legge alle quali è operato il rinvio. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui trascritti.

Note alle premesse:

— Si riporta il testo dell'art. 21, comma 4, del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114 (Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari):

«4. I docenti ordinari e i ricercatori dei ruoli a esaurimento della Scuola superiore dell'economia e delle finanze, di cui all'art. 4 -septies, comma 4, del decreto-legge 3 giugno 2008, n. 97, convertito, con modificazioni, dalla legge 2 agosto 2008, n. 129, sono trasferiti alla Scuola nazionale dell'amministrazione e agli stessi è applicato lo stato giuridico dei professori o dei ricercatori universitari. Il trattamento economico è rideterminato con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, al fine di renderlo omogeneo a quello degli altri docenti della Scuola nazionale dell'amministrazione, che viene determinato dallo stesso decreto del Presidente del Consiglio dei ministri sulla base del

trattamento economico spettante, rispettivamente, ai professori o ai ricercatori universitari a tempo pieno con corrispondente anzianità. Dall'attuazione del presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.».

— Si riporta il testo dell'art. 11, comma 1, lettera *d*), della legge 7 agosto 2015, n. 124 (Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche):

«*d*) con riferimento al sistema di formazione dei pubblici dipendenti: revisione dell'ordinamento, della missione e dell'assetto organizzativo della Scuola nazionale dell'amministrazione con eventuale trasformazione della natura giuridica, con il coinvolgimento di istituzioni nazionali ed internazionali di riconosciuto prestigio, in coerenza con la disciplina dell'inquadramento e del reclutamento di cui alle lettere *a*), *b*) e *c*), in modo da assicurare l'omogeneità della qualità e dei contenuti formativi dei dirigenti dei diversi ruoli di cui alla lettera *b*), senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica; possibilità di avvalersi, per le attività di reclutamento e di formazione, delle migliori istituzioni di formazione, selezionate con procedure trasparenti, nel rispetto di regole e di indirizzi generali e uniformi, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica; ridefinizione del trattamento economico dei docenti della Scuola nazionale dell'amministrazione in coerenza con le previsioni di cui all'art. 21, comma 4, del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, ferma restando l'abrogazione dell'art. 10, comma 2, del decreto legislativo 1° dicembre 2009, n. 178, senza incremento dei trattamenti economici in godimento e comunque senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica; promozione, con il coinvolgimento dell'Associazione nazionale dei comuni italiani, di corsi di formazione concernenti l'esercizio associato delle funzioni fondamentali di cui all'art. 14 del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, e successive modificazioni, per dipendenti e dirigenti dei comuni con popolazione pari o inferiore a 5.000 abitanti;».

— Si riporta il testo dell'art. 17, commi 3 e 4, della legge 23 agosto 1988, n. 400 (Disciplina dell'attività di Governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei ministri):

«3. Con decreto ministeriale possono essere adottati regolamenti nelle materie di competenza del ministro o di autorità sottordinate al ministro, quando la legge espressamente conferisca tale potere. Tali regolamenti, per materie di competenza di più ministri, possono essere adottati con decreti interministeriali, ferma restando la necessità di apposita autorizzazione da parte della legge. I regolamenti ministeriali ed interministeriali non possono dettare norme contrarie a quelle dei regolamenti emanati dal Governo. Essi debbono essere comunicati al Presidente del Consiglio dei ministri prima della loro emanazione.

4. I regolamenti di cui al comma 1 ed i regolamenti ministeriali ed interministeriali, che devono recare la denominazione di «regolamento», sono adottati previo parere del Consiglio di Stato, sottoposti al visto ed alla registrazione della Corte dei conti e pubblicati nella *Gazzetta Ufficiale* .».

— La legge 4 novembre 2005, n. 230 (Nuove disposizioni concernenti i professori e i ricercatori universitari e delega al Governo per il riordino del reclutamento dei professori universitari) è stata pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* 5 novembre 2005, n. 258.

— Si riporta il testo dell'art. 4 -*septies* del decreto-legge 3 giugno 2008, n. 97, convertito, con modificazioni, dalla legge 2 agosto 2008, n. 129 (Disposizioni urgenti in materia di monitoraggio e trasparenza dei meccanismi di allocazione della spesa pubblica, nonché in materia fiscale e di proroga di termini):

«Art. 4- *septies* (Disposizioni relative alla Scuola superiore dell'economia e delle finanze). — 1. La Scuola superiore dell'economia e delle finanze non può promuovere la partecipazione a società e consorzi né partecipare a società e consorzi già costituiti. Conseguentemente le partecipazioni societarie detenute dalla Scuola superiore dell'economia e delle finanze alla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto sono trasferite a titolo gratuito al Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento del tesoro.

2. Il ruolo dei professori ordinari di cui all'art. 5, comma 5, del regolamento di cui al decreto del Ministro delle finanze 28 settembre 2000, n. 301, è soppresso. L'art. 19, comma 15, della legge 28 dicembre 2001, n. 448, nonché i commi 4 -*bis* e 5 -*bis* dell'art. 5 del citato decreto ministeriale 28 settembre 2000, n. 301, sono abrogati. La Scuola superiore dell'economia e delle finanze può continuare ad avvalersi di personale docente collocato, per un periodo non superiore a tre anni eventualmente rinnovabile, in posizione di comando, aspettativa o fuori ruolo.

3. All'art. 12, comma 3, secondo periodo, della legge 18 ottobre 2001, n. 383, dopo le parole: «previa autorizzazione,» sono inserite le seguenti: «per un periodo non superiore a due anni suscettibile di rinnovo,».

4. I professori ordinari inquadrati nel ruolo di cui all'art. 5, comma 5, del citato decreto ministeriale 28 settembre 2000, n. 301, ed i ricercatori della Scuola superiore dell'economia e delle finanze in servizio alla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto sono inseriti in appositi ruoli ad esaurimento. Qualora essi esercitino il diritto di opzione per il rientro nei ruoli delle amministrazioni di provenienza, anche ad ordinamento militare, le risorse finanziarie per la corresponsione del relativo trattamento retributivo sono trasferite dalla Scuola superiore dell'economia e delle finanze all'amministrazione interessata.

4 -*bis* . In caso di trasferimento dei ricercatori in servizio presso la Scuola superiore dell'economia e delle finanze alle università statali, in conformità a quanto stabilito dall'art. 13 del decreto-legge 31 dicembre 2007, n. 248, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 2008, n. 31, la citata Scuola trasferisce all'università interessata le risorse finanziarie per la corresponsione del trattamento retributivo del ricercatore trasferito.

5. Al fine di incrementare l'efficienza e l'efficacia dell'azione di contrasto dell'illegalità e dell'evasione fiscale, con particolare riferimento al settore del gioco pubblico, anche attraverso l'intensificazione delle attività di controllo sul territorio, e di utilizzare le risorse ordinariamente previste per la formazione del personale dell'amministrazione

finanziaria a cura della Scuola di cui al presente articolo, ferme restando le riduzioni degli assetti organizzativi stabilite dall'art. 74 del decreto- legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, e successive modificazioni, le dotazioni organiche dell'Amministrazione autonoma dei monopoli di Stato e delle agenzie fi scali possono essere rideterminate con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, diminuendo, in misura equivalente sul piano finanziario, la dotazione organica del Ministero dell'economia e delle fi nanze. Il personale del Ministero dell'economia e delle finanze transita prioritariamente nei ruoli dell'Amministrazione autonoma dei monopoli di Stato e nelle agenzie interessate dalla rideterminazione delle dotazioni organiche di cui al primo periodo del presente comma, anche mediante procedure selettive.

5 -bis . Agli eventuali oneri derivanti dal transito di cui al comma 5 si provvede a valere nei limiti delle risorse di cui all'art. 1, comma 14, del decreto-legge 3 ottobre 2006, n. 262, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2006, n. 286; le predette risorse sono utilizzate secondo le modalità previste dall'art. 1, comma 530, della legge 27 dicembre 2006, n. 296. Il personale interessato dal transito di cui al comma 5 è destinatario di un apposito programma di riqualificazione da effettuare a valere e nei limiti delle risorse destinate alla formazione a cura della Scuola di cui al presente articolo.».

— Il decreto legislativo 1° dicembre 2009, n. 178 (Riorganizzazione della Scuola superiore della pubblica amministrazione (SSPA), a norma dell'art. 24 della legge 18 giugno 2009, n. 69) è stato pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 14 dicembre 2009, n. 290.

— La legge 30 dicembre 2010, n. 240 (Norme in materia di organizzazione delle università, di personale accademico e reclutamento, nonché delega al Governo per incentivare la qualità e l'efficienza del sistema universitario) è stata pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 10 del 14 gennaio 2011.

— Il decreto del Presidente della Repubblica 15 dicembre 2011, n. 232 (Regolamento per la disciplina del trattamento economico dei professori e dei ricercatori universitari, a norma dell'art. 8, commi 1 e 3 della legge 30 dicembre 2010, n. 240), è stato pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 9 febbraio 2012, n. 33.

— Il decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 70 (Regolamento recante riordino del sistema di reclutamento e formazione dei dipendenti pubblici e delle Scuole pubbliche di formazione, a norma dell'art. 11 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135) , è stato pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 24 giugno 2013, n. 146.

— Il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 24 dicembre 2014 (Individuazione e trasferimento delle risorse finanziarie e strumentali alla Scuola nazionale dell'amministrazione ai sensi dell'art. 21, del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modifi cazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, relativo all'unificazione delle Scuole di formazione), è stato pubblicato nella *Gazzetta Uffi ciale* 2 maggio 2015, n. 100.

— Il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 23 aprile 2014 (Delega di funzioni al Ministro senza portafoglio onorevole dott.ssa Maria Anna Madia per la semplificazione e la pubblica amministrazione) , è stato pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 28 maggio 2014, n. 122.

Note all'art. 1:

— Per il testo dell'art. 21, comma 4, del citato decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, si veda nelle note alle premesse.

— Si riporta il testo dell'art. 10, commi 1 e 3, del citato decreto legislativo 1° dicembre 2009, n. 178:

«1. I docenti a tempo pieno della Scuola sono nominati dal Presidente, sentito il Comitato di gestione, in numero non superiore a trenta, con propria delibera, secondo la procedura di cui all'art. 15, per un periodo non superiore a due anni rinnovabile. Essi sono scelti tra professori universitari, dirigenti di amministrazioni pubbliche e private, magistrati ordinari, amministrativi e contabili, avvocati dello Stato e consiglieri parlamentari e tra altri soggetti, anche stranieri, in possesso di elevata e comprovata qualificazione professionale, secondo criteri oggettivi di individuazione stabiliti nelle delibere di cui all'art. 15. Per l'espletamento dei suddetti incarichi i docenti sono collocati in posizione di fuori ruolo, comando o aspettativa dalle rispettive amministrazioni di appartenenza.».

(*Omissis*).

«3. La Scuola si avvale, inoltre, di docenti incaricati, anche temporaneamente, di attività di insegnamento e può conferire a persone di comprovata professionalità incarichi fi nalizzati allo svolgimento di ricerche e studi.».

— Si riporta il testo dell'art. 14, comma 1, lettera a) del citato decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 70:

« a) incarichi di docente a tempo pieno, di durata non superiore a tre anni rinnovabili, per lo svolgimento di attività di docenza, ricerca e coordinamento della didattica;».

Note all'art. 2:

— Si riporta il testo dell'art. 3, comma 2, del citato decreto del Presidente della Repubblica 15 dicembre 2011, n. 232:

«2. Il trattamento economico dei professori di cui al comma 1 si articola in una progressione triennale per classi secondo le tabelle di cui all'allegato 2, che costituisce parte integrante del presente regolamento.».

— Si riporta il testo dell'art. 1, comma 16, della citata legge 4 novembre 2005, n. 230:

«16. Resta fermo, secondo l'attuale struttura retributiva, il trattamento economico dei professori universitari articolato secondo il regime prescelto a tempo pieno ovvero a tempo defi nito. Tale trattamento è correlato all'espletamento delle attività scientifiche e all'impegno per le altre attività, fi ssato per il rapporto a tempo pieno in non meno di 350 ore annue di didattica, di cui 120 di didattica frontale, e per il rapporto a tempo definito in non meno di 250 ore annue di didattica, di cui 80 di didattica frontale. Le ore di didattica frontale possono variare sulla base dell'organizzazione

didattica e della specificità e della diversità dei settori scientifico-disciplinari e del rapporto docenti-studenti, sulla base di parametri definiti con decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca. Ai professori a tempo pieno è attribuita una eventuale retribuzione aggiuntiva nei limiti delle disponibilità di bilancio, in relazione agli impegni ulteriori di attività di ricerca, didattica e gestionale, oggetto di specifico incarico, nonché in relazione ai risultati conseguiti, secondo i criteri e le modalità definiti con decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, sentiti il Ministro dell'economia e delle finanze e il Ministro per la funzione pubblica. Per il personale medico universitario, in caso di svolgimento delle attività assistenziali per conto del Servizio sanitario nazionale, resta fermo lo speciale trattamento aggiuntivo previsto dalle vigenti disposizioni.».

— Si riporta il testo dell'art. 6 della citata legge 30 dicembre 2010, n. 240:

«Art. 6 (*Stato giuridico dei professori e dei ricercatori di ruolo*).

— 1. Il regime di impegno dei professori e dei ricercatori è a tempo pieno o a tempo definito. Ai fini della rendicontazione dei progetti di ricerca, la quantificazione figurativa delle attività annue di ricerca, di studio e di insegnamento, con i connessi compiti preparatori, di verifica e organizzativi, è pari a 1.500 ore annue per i professori e i ricercatori a tempo pieno e a 750 ore per i professori e i ricercatori a tempo definito.

2. I professori svolgono attività di ricerca e di aggiornamento scientifico e, sulla base di criteri e modalità stabiliti con regolamento di ateneo, sono tenuti a riservare annualmente a compiti didattici e di servizio agli studenti, inclusi l'orientamento e il tutorato, nonché ad attività di verifica dell'apprendimento, non meno di 350 ore in regime di tempo pieno e non meno di 250 ore in regime di tempo definito.

3. I ricercatori di ruolo svolgono attività di ricerca e di aggiornamento scientifico e, sulla base di criteri e modalità stabiliti con regolamento di ateneo, sono tenuti a riservare annualmente a compiti di didattica integrativa e di servizio agli studenti, inclusi l'orientamento e il tutorato, nonché ad attività di verifica dell'apprendimento, fino ad un massimo di 350 ore in regime di tempo pieno e fino ad un massimo di 200 ore in regime di tempo definito.

4. Ai ricercatori a tempo indeterminato, agli assistenti del ruolo ad esaurimento e ai tecnici laureati di cui all'art. 50 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382, che hanno svolto tre anni di insegnamento ai sensi dell'art. 12 della legge 19 novembre 1990, n. 341, e successive modificazioni, nonché ai professori incaricati stabilizzati sono affidati, con il loro consenso e fermo restando il rispettivo inquadramento e trattamento giuridico ed economico, corsi e moduli curriculari compatibilmente con la programmazione didattica definita dai competenti organi accademici. Ad essi è attribuito il titolo di professore aggregato per l'anno accademico in cui essi svolgono tali corsi e moduli. Il titolo è conservato altresì nei periodi di congedo straordinario per motivi di studio di cui il ricercatore usufruisce nell'anno successivo a quello in cui ha svolto tali corsi e moduli. Ciascuna università, nei limiti delle disponibilità di bilancio e sulla base di criteri e modalità stabiliti con proprio regolamento, determina la retribuzione aggiuntiva dei ricercatori di ruolo ai quali, con il loro consenso, sono affidati moduli o corsi curriculari.

5.

6. L'opzione per l'uno o l'altro regime di cui al comma 1 è esercitata su domanda dell'interessato all'atto della presa di servizio ovvero, nel caso di passaggio dall'uno all'altro regime, con domanda da presentare al rettore almeno sei mesi prima dell'inizio dell'anno accademico dal quale far decorrere l'opzione e comporta l'obbligo di mantenere il regime prescelto per almeno un anno accademico.

7. Le modalità per l'autocertificazione e la verifica dell'effettivo svolgimento della attività didattica e di servizio agli studenti dei professori e dei ricercatori sono definite con regolamento di ateneo, che prevede altresì la differenziazione dei compiti didattici in relazione alle diverse aree scientifico-disciplinari e alla tipologia di insegnamento, nonché in relazione all'assunzione da parte del docente di specifici incarichi di responsabilità gestionale o di ricerca. Fatta salva la competenza esclusiva delle università a valutare positivamente o negativamente le attività dei singoli docenti e ricercatori, l'ANVUR stabilisce criteri oggettivi di verifica dei risultati dell'attività di ricerca ai fini del comma 8.

8. In caso di valutazione negativa ai sensi del comma 7, i professori e i ricercatori sono esclusi dalle commissioni di abilitazione, selezione e progressione di carriera del personale accademico, nonché dagli organi di valutazione dei progetti di ricerca.

9. La posizione di professore e ricercatore è incompatibile con l'esercizio del commercio e dell'industria fatta salva la possibilità di costituire società con caratteristiche di spin off o di start up universitari, ai sensi degli articoli 2 e 3 del decreto legislativo 27 luglio 1999, n. 297, anche assumendo in tale ambito responsabilità formali, nei limiti temporali e secondo la disciplina in materia dell'ateneo di appartenenza, nel rispetto dei criteri definiti con regolamento adottato con decreto del Ministro ai sensi dell'art. 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400. L'esercizio di attività libero-professionale è incompatibile con il regime di tempo pieno. Resta fermo quanto disposto dagli articoli 13, 14 e 15 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382, fatto salvo quanto stabilito dalle convenzioni adottate ai sensi del comma 13 del presente articolo.

10. I professori e i ricercatori a tempo pieno, fatto salvo il rispetto dei loro obblighi istituzionali, possono svolgere liberamente, anche con retribuzione, attività di valutazione e di referaggio, lezioni e seminari di carattere occasionale, attività di collaborazione scientifica e di consulenza, attività di comunicazione e divulgazione scientifica e culturale, nonché attività pubblicistiche ed editoriali. I professori e i ricercatori a tempo pieno possono altresì svolgere, previa autorizzazione del rettore, funzioni didattiche e di ricerca, nonché compiti istituzionali e gestionali senza vincolo di subordinazione presso enti pubblici e privati senza scopo di lucro, purché non si determinino situazioni di conflitto di interesse con l'università di appartenenza, a condizione comunque che l'attività non rappresenti detrimento delle attività didattiche, scientifiche e gestionali o affidate dall'università di appartenenza.

11. I professori e i ricercatori a tempo pieno possono svolgere attività didattica e di ricerca anche presso un altro ateneo, sulla base di una convenzione tra i due atenei finalizzata al conseguimento di obiettivi di comune interesse. La convenzione stabilisce altresì, con l'accordo dell'interessato, le modalità di ripartizione tra i due atenei dell'impegno annuo dell'interessato, dei relativi oneri stipendiali e delle modalità di valutazione di cui al comma 7. Per un periodo complessivamente non superiore a cinque anni l'impegno può essere totalmente svolto presso il secondo ateneo, che provvede alla corresponsione degli oneri stipendiali.

In tal caso, l'interessato esercita il diritto di elettorato attivo e passivo presso il secondo ateneo. Ai fini della valutazione delle attività di ricerca e delle politiche di reclutamento degli atenei, l'apporto dell'interessato è ripartito in proporzione alla durata e alla quantità dell'impegno in ciascuno di essi. Con decreto del Ministro, da emanare entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono stabiliti i criteri per l'attivazione delle convenzioni.

12. I professori e i ricercatori a tempo definito possono svolgere attività libero-professionali e di lavoro autonomo anche continuative, purché non determinino situazioni di conflitto di interesse rispetto all'ateneo di appartenenza. La condizione di professore a tempo definito è incompatibile con l'esercizio di cariche accademiche. Gli statuti di ateneo disciplinano il regime della predetta incompatibilità. Possono altresì svolgere attività didattica e di ricerca presso università o enti di ricerca esteri, previa autorizzazione del rettore che valuta la compatibilità con l'adempimento degli obblighi istituzionali.

13. Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministero, di concerto con il Ministero della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentita la Conferenza dei presidi delle facoltà di medicina e chirurgia riguardo alle strutture cliniche e di ricerca traslazionale necessarie per la formazione nei corsi di laurea di area sanitaria di cui alla direttiva 2005/36/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 7 settembre 2005, predispone lo schematipo delle convenzioni al quale devono attenersi le università e le regioni per regolare i rapporti in materia di attività sanitarie svolte per conto del Servizio sanitario nazionale.

14. I professori e i ricercatori sono tenuti a presentare una relazione triennale sul complesso delle attività didattiche, di ricerca e gestionali svolte, unitamente alla richiesta di attribuzione dello scatto stipendiale di cui agli articoli 36 e 38 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382, fermo restando quanto previsto in materia dal decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122. La valutazione del complessivo impegno didattico, di ricerca e gestionale ai fini dell'attribuzione degli scatti triennali di cui all'art. 8 è di competenza delle singole università secondo quanto stabilito nei regolamenti di ateneo. In caso di valutazione negativa, la richiesta di attribuzione dello scatto può essere reiterata dopo che sia trascorso almeno un anno accademico. Nell'ipotesi di mancata attribuzione dello scatto, la somma corrispondente è conferita al Fondo di ateneo per la premialità dei professori e dei ricercatori di cui all'art. 9.»

Note all'art. 3:

— Per i riferimenti al decreto del Presidente della Repubblica 15 dicembre 2011, n. 232, si veda nelle note alle premesse.

— Per il testo dell'art. 6 della citata legge 30 dicembre 2010, n. 240, si veda nelle note all'art. 2.

— Per il testo dell'art. 1, comma 16, della citata legge 30 dicembre 2010, n. 240, si veda nelle note all'art. 2.

Note all'art. 5:

— Per i riferimenti al decreto del Presidente della Repubblica 15 dicembre 2011, n. 232, si veda nelle note alle premesse.

— Per i riferimenti alla legge 30 dicembre 2010, n. 240, si veda nelle note alle premesse.

DECRETO-LEGGE 30 dicembre 2015 , n. 210 .

Proroga di termini previsti da disposizioni legislative. (GU n. 302 del 30.12.15)

MINISTERO DELL'INTERNO

DECRETO 23 dicembre 2015 .- Modalità tecniche di emissione della Carta d'identità elettronica. (GU n. 302 del 30.12.15)

DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA

Decreto 17 novembre 2015 - Organizzazione interna del Dipartimento della funzione pubblica. (GU n. 303 del 31.12.15)

IL MINISTRO PER LA SEMPLIFICAZIONE E LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

Vista la legge 23 agosto 1988, n. 400, recante: «Disciplina dell'attività di Governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei ministri», e successive modificazioni e integrazioni;

Visto l'art. 27 della legge 29 marzo 1983, n. 93, che ha istituito il Dipartimento della funzione pubblica nell'ambito della Presidenza del Consiglio dei ministri;

Visto il decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 303, e successive modificazioni e integrazioni, recante: «Ordinamento della Presidenza del Consiglio dei ministri a norma dell'art. 11 della legge 15 marzo 1999, n. 59», e, in particolare, l'art. 7, comma 3, che riserva alle determinazioni del Segretario generale ovvero del Ministro o del Sottosegretario delegato, nell'ambito delle rispettive competenze, l'organizzazione interna delle strutture nelle quali si articola la Presidenza del Consiglio dei ministri;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° ottobre 2012, recante: «Ordinamento delle strutture generali della Presidenza del Consiglio dei ministri» e, in particolare, l'art. 14 che definisce le funzioni attribuite al Dipartimento della funzione pubblica e ne individua il numero massimo di uffici e servizi;

Visto il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni e integrazioni, recante: «Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche»;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 20 dicembre 2012, recante «Individuazione dei datori di lavoro, ai sensi del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e successive modificazioni e integrazioni, nell'ambito della Presidenza del Consiglio dei ministri»;

Visto il decreto 7 novembre 2012 del Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione, recante:

«Organizzazione e funzionamento del Dipartimento della funzione pubblica nell'ambito della Presidenza del Consiglio dei ministri»;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 21 febbraio 2014, con il quale l'On. dott.ssa Maria Anna Madia è stata nominata Ministro senza portafoglio;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 22 febbraio 2014, con il quale al predetto Ministro è stato conferito l'incarico per la semplificazione e la pubblica amministrazione;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 23 aprile 2014, recante delega di funzioni al Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione;

Ritenuta la necessità di ridefinire l'organizzazione interna del Dipartimento della funzione pubblica;

Informate le organizzazioni sindacali

Decreta:

Art. 1.

Ambito della disciplina

1. Nell'ambito della Presidenza del Consiglio dei ministri, il Dipartimento della funzione pubblica, di seguito denominato Dipartimento, è organizzato secondo le disposizioni del presente decreto.

Art. 2.

Funzioni

1. Il Dipartimento è la struttura di cui il Presidente del Consiglio dei ministri si avvale per lo svolgimento delle funzioni indicate dall'art. 14 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° ottobre 2012, dal decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni e integrazioni, e dalle altre disposizioni di legge o di regolamento. Il Dipartimento, inoltre, fornisce al Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione se nominato, il supporto per lo svolgimento dei compiti a lui delegati dal Presidente del Consiglio dei ministri.

Art. 3.

Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione

1. Il Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione, di seguito indicato Ministro, è l'organo di governo del Dipartimento.

2. Il Ministro esercita le funzioni di indirizzo politico-amministrativo, definisce le priorità e gli obiettivi da conseguire nelle aree di propria competenza, verifica la rispondenza dei risultati dell'attività amministrativa e della gestione agli indirizzi impartiti.

3. Il Ministro può avvalersi, ai sensi dell'art. 14, comma 3, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° ottobre 2012, della collaborazione degli esperti di cui all'art. 2, commi 1, 2 e 3, ed all'art. 3 del decreto del Presidente della Repubblica 20 giugno 1984, n. 536.

4. Il Ministro designa, per quanto di propria competenza, i rappresentanti della Presidenza del Consiglio dei ministri in organi, commissioni, comitati, gruppi di lavoro e organismi operanti presso altre amministrazioni ed istituzioni.

5. Il Ministro può, nelle materie di propria competenza, costituire commissioni e gruppi di lavoro in relazione a specifici obiettivi.

Art. 4.

Capo del Dipartimento

1. Il Capo del Dipartimento, nominato ai sensi degli articoli 18, 21 e 28 della legge 23 agosto 1988, n. 400, cura l'organizzazione ed il funzionamento del Dipartimento e risponde della sua attività e dei risultati raggiunti, in relazione agli atti di indirizzo politico ed agli obiettivi strategici fissati dal Ministro, coordina l'attività degli uffici di livello dirigenziale generale e assicura il corretto ed efficiente raccordo tra i predetti uffici e quelli di diretta collaborazione del Ministro, fermo restando il coordinamento da parte del Capo di Gabinetto tra le funzioni di indirizzo del Ministro e le attività di gestione del Dipartimento.

2. Il Capo del Dipartimento è coadiuvato da una segreteria per il supporto allo svolgimento delle attività correnti.

3. Alle dirette dipendenze del Capo del Dipartimento ed a supporto delle pertinenti funzioni di coordinamento operano il responsabile del controllo di gestione ed i servizi con le attribuzioni per ciascuno di seguito indicate:

a) «Servizio per i rapporti istituzionali, la programmazione e la vigilanza»: cura delle questioni di carattere generale relative all'attività degli uffici del Dipartimento; rapporti con il Segretariato generale e con gli altri organi istituzionali; rapporti con l'Ufficio per il controllo interno e coordinamento dell'attività degli uffici in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione; programmazione strategica ed operativa degli uffici e programmazione finanziaria; valutazione dei dirigenti del Dipartimento; predisposizione della relazione annuale al Parlamento sullo stato della pubblica amministrazione; supporto alle funzioni di vigilanza sugli enti, delegate al Ministro o attribuite al Dipartimento, in collaborazione con gli uffici del Dipartimento competenti per materia;

b) «Servizio per le attività internazionali»: partecipazione italiana alle attività dell'Unione Europea, dell'OCSE e di altre organizzazioni internazionali inerenti la modernizzazione della pubblica amministrazione; supporto agli uffici del Dipartimento che partecipano alle attività internazionali; diffusione nella pubblica amministrazione italiana delle conoscenze relative alla modernizzazione del settore pubblico derivanti dalle attività internazionali; cura dei rapporti con amministrazioni di altri Paesi; attività inerenti la mobilità temporanea internazionale dei funzionari italiani;

c) «Servizio per la programmazione europea»: programmazione strategica e operativa degli interventi finanziati dai fondi strutturali europei e d'investimento e dal fondo sviluppo e coesione; presidio della relativa attività di comunicazione istituzionale; formulazione degli indirizzi relativi alla gestione degli interventi; coordinamento dei rapporti con il partenariato istituzionale; gestione delle attività di supporto al Comitato di Pilotaggio per il coordinamento degli interventi OT11 "Capacità istituzionale" e OT2 "Agenda digitale", istituito con decreto del Segretario generale della Presidenza del Consiglio dei ministri del 25 febbraio 2015;

d) «Servizio per la comunicazione istituzionale»: attività di comunicazione istituzionale, redazione e aggiornamento del sito istituzionale e della intranet del Dipartimento; cura della rassegna stampa e della documentazione video-fotografica sulle attività istituzionali del Dipartimento; supporto nei collegamenti con gli organi di informazione; progettazione e attuazione di campagne di comunicazione integrate e iniziative promozionali; supporto organizzativo per manifestazioni ed eventi utili a promuovere le attività del Dipartimento.

4. Il Ministro, su proposta del Capo del Dipartimento, può conferire l'incarico di Vice Capo del Dipartimento a uno dei coordinatori degli uffici del Dipartimento. In assenza del dirigente preposto

ad uno degli uffici di livello dirigenziale generale del Dipartimento, la direzione dell'Ufficio è temporaneamente assunta dal Capo del Dipartimento, salvo che, sentito quest'ultimo, il Ministro ne attribuisca la reggenza ad altro dirigente.

Art. 5.

Organizzazione del Dipartimento

1. Il Dipartimento si articola in sette uffici di livello dirigenziale generale, ivi compreso l'Ispettorato per la funzione pubblica, e in venti servizi di livello dirigenziale non generale, compresi quelli di cui all'art. 4, comma 3, del presente decreto.

2. Gli uffici del Dipartimento sono i seguenti:

- a) Ufficio per la semplificazione e la sburocratizzazione;
- b) Ufficio per l'innovazione e la digitalizzazione;
- c) Ufficio per l'organizzazione ed il lavoro pubblico;
- d) Ufficio per la valutazione della performance;
- e) Ufficio per le relazioni sindacali;
- f) Ufficio per la gestione amministrativa.

3. Presso il Dipartimento opera altresì l'Ispettorato per la funzione pubblica, coordinato da un dirigente con incarico di livello dirigenziale generale.

Art. 6.

Ufficio per la semplificazione e la sburocratizzazione

1. L'Ufficio per la semplificazione e la sburocratizzazione promuove e coordina l'elaborazione e l'attuazione delle politiche di semplificazione normativa e amministrativa finalizzate a migliorare la qualità della regolazione e le relazioni tra amministrazioni, cittadini e imprese, ridurre i tempi e gli oneri regolatori, accrescere la competitività e dare certezza ai diritti dei cittadini e alle attività di impresa, anche attraverso un'agenda condivisa tra Stato, Regioni ed Enti Locali.

L'Ufficio promuove interventi normativi, amministrativi e organizzativi, coerenti con le strategie nazionali di digitalizzazione, improntati ad una logica di risultato; fornisce supporto e consulenza alle altre pubbliche amministrazioni; cura la predisposizione del bilancio degli oneri; cura le attività di monitoraggio degli effetti degli interventi di semplificazione; promuove la consultazione dei cittadini, delle imprese e delle loro associazioni. Nelle materie di propria competenza, l'Ufficio cura la comunicazione, la partecipazione alle iniziative europee ed internazionali, nonché le attività per il rafforzamento della capacità amministrativa.

2. L'Ufficio è articolato nei seguenti servizi:

- a) «Servizio per la semplificazione e le relazioni con i cittadini»: cura delle attività di semplificazione normativa; supporto e consulenza alle altre pubbliche amministrazioni; analisi e risposta alle segnalazioni dei cittadini e delle imprese; predisposizione di proposte per il miglioramento dei rapporti tra amministrazione e cittadini;
- b) «Servizio per l'attuazione delle politiche di semplificazione»: elaborazione e implementazione delle attività di semplificazione coordinata tra Stato, Regioni ed Enti Locali, basate su interventi di natura normativa, amministrativa e organizzativa, coerenti con le strategie nazionali di digitalizzazione; attività connesse all'attuazione dell'Agenda per la semplificazione; attività per il rafforzamento della capacità amministrativa in materia di semplificazione;
- c) «Servizio per la misurazione e la riduzione degli oneri e dei tempi»: realizzazione delle attività di misurazione e riduzione degli oneri e dei tempi e la valutazione degli effetti di riduzione degli oneri, anche in vista dell'individuazione e riduzione del goldplating; predisposizione del bilancio degli oneri e monitoraggio degli oneri introdotti ed eliminati; cura delle iniziative per assicurare la riduzione e la certezza dei tempi di conclusione dei procedimenti; consultazione telematica dei cittadini e delle imprese.

Art. 7.

Ufficio per l'innovazione e la digitalizzazione

1. L'Ufficio per l'innovazione e la digitalizzazione promuove e coordina le politiche e gli interventi di innovazione volti a supportare la transizione al digitale delle amministrazioni pubbliche; verifica

l'attuazione delle iniziative prioritarie dell'Agenzia per l'Italia digitale; promuove l'adozione di strumenti e modelli volti a dare concreta attuazione ai principi di cittadinanza digitale e all'open government; assicura il supporto tecnico all'attività normativa in materia di Agenda digitale; collabora con le istituzioni pubbliche e private e con gli stakeholder sui temi prioritari dell'Agenda digitale. L'Uffi cio coordina lo sviluppo e l'evoluzione del sistema informativo del Dipartimento e svolge le attività connesse alla partecipazione del Dipartimento al SISTAN. Nelle materie di propria competenza, l'Uffi cio cura la comunicazione, la partecipazione alle iniziative europee ed internazionali, nonché le attività per il rafforzamento della capacità amministrativa.

2. L'Ufficio è articolato nei seguenti servizi:

a) «Servizio per lo sviluppo dell'innovazione»: definizione degli interventi di innovazione e di digitalizzazione delle amministrazioni pubbliche, con particolare riferimento alla promozione degli interventi volti a supportare la cittadinanza digitale. Promozione e gestione di iniziative per la sperimentazione e disseminazione delle logiche e degli strumenti di sviluppo dell'innovazione e dell'open government, nonché per lo sviluppo delle competenze digitali;

b) «Servizio per la gestione delle banche dati»: progettazione e sviluppo delle banche dati di competenza del Dipartimento; gestione integrata delle infrastrutture tecnologiche di supporto al loro funzionamento; attuazione della politica di apertura delle banche dati istituzionali; attività relative all'informazione statistica e alla partecipazione del Dipartimento al SISTAN.

Art. 8.

Uffi cio per l'organizzazione ed il lavoro pubblico

1. L'Ufficio per l'organizzazione ed il lavoro pubblico cura l'elaborazione di indirizzi in materia di organizzazione degli uffici, di reclutamento, formazione, trattamento giuridico, economico e previdenziale del personale delle amministrazioni pubbliche; coordina la programmazione delle assunzioni e del reclutamento mediante concorsi o mobilità; promuove la mobilità del personale dipendente dalle amministrazioni pubbliche; definisce le corrispondenze professionali; cura la disciplina generale in materia di contratti flessibili e di condizioni di lavoro; coordina il conferimento di incarichi dirigenziali, nonché la gestione degli affari legali e del contenzioso nelle materie di competenza del Dipartimento. Nelle materie di propria competenza, l'Uffi cio collabora al disegno e allo sviluppo delle banche dati istituzionali del Dipartimento, delle quali cura la verifica e l'analisi dei dati; inoltre, cura la comunicazione, la partecipazione alle iniziative europee ed internazionali, nonché le attività per il rafforzamento della capacità amministrativa.

2. L'Ufficio è articolato nei seguenti servizi:

a) «Servizio per le assunzioni e la mobilità»: programmazione delle assunzioni e del reclutamento; predisposizione dei provvedimenti di autorizzazione dei concorsi e di assegnazione del personale per mobilità, nonché di utilizzo di forme flessibili di lavoro; predisposizione dei decreti sulla corrispondenza dei titoli di studio conseguiti presso Stati dell'Unione europea, ai fini della partecipazione a concorsi; predisposizione di direttive per le assunzioni obbligatorie delle categorie protette e per il tirocinio dei portatori di handicap; monitoraggio delle eccedenze del personale delle amministrazioni dello Stato e degli enti pubblici nazionali ed adozione dei relativi provvedimenti; gestione della mobilità; nelle materie di propria competenza, il Servizio collabora al disegno e allo sviluppo delle banche dati istituzionali del Dipartimento, delle quali cura la verifica e l'analisi dei dati;

b) «Servizio per l'organizzazione e gli incarichi dirigenziali»: verifica dei regolamenti di organizzazione e dei provvedimenti di determinazione delle dotazioni organiche e degli interventi di razionalizzazione e riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche; definizione dei fabbisogni standard e nuovi modelli organizzativi per la pianificazione degli organici; attività istruttoria e di coordinamento in materia di conferimento d'incarichi dirigenziali e dei ruoli dirigenziali; nelle materie di propria competenza, il Servizio collabora al disegno e allo sviluppo delle banche dati istituzionali del Dipartimento, delle quali cura la verifica e l'analisi dei dati;

c) «Servizio per la gestione del personale pubblico»: attuazione della normativa inerente il trattamento giuridico, economico, previdenziale e le corrispondenze professionali del personale

delle pubbliche amministrazioni; attività relative alla gestione e formazione del personale, nonché ai riflessi sul rapporto di lavoro dei sistemi di valutazione e di incentivazione per il personale; attuazione della normativa sulle condizioni di lavoro nelle amministrazioni pubbliche, con particolare riferimento alla sicurezza nei luoghi di lavoro, pari opportunità, disabilità e prevenzione del mobbing; nelle materie di propria competenza, il Servizio collabora al disegno e allo sviluppo delle banche dati istituzionali del Dipartimento, delle quali cura la verifica e l'analisi dei dati;

d) «Servizio per gli affari legali e il contenzioso»: gestione del contenzioso giurisdizionale ed amministrativo nelle materie di competenza del Dipartimento; consulenza legale agli uffici del Dipartimento per gestione del contenzioso dipartimentale; monitoraggio e analisi dell'andamento del contenzioso nelle materie di competenza del Dipartimento.

Art. 9.

Ufficio per la valutazione della performance

1. L'Ufficio per la valutazione della performance delle amministrazioni pubbliche svolge le funzioni relative al ciclo di gestione della performance di cui al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, trasferite al Dipartimento ai sensi dell'art. 19, comma 9, del decreto legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito nella legge 11 agosto 2014, n. 114; assicura le attività di indirizzo, coordinamento e promozione della misurazione e valutazione della performance delle amministrazioni pubbliche, individuate dal regolamento di cui all'art. 19, comma 10, del decreto legge 24 giugno 2014, n. 90, adeguandole alla successiva evoluzione normativa; assicura il raccordo con le attività delle esistenti Agenzie di valutazione; cura le attività inerenti gli Organismi indipendenti di valutazione (OIV).

Nelle materie di propria competenza, l'Ufficio cura la comunicazione, la partecipazione alle iniziative europee ed internazionali, nonché le attività per il rafforzamento della capacità amministrativa.

2. L'Ufficio si articola nei seguenti servizi:

a) «Servizio per la valutazione indipendente»: istituzione e aggiornamento dell'Elenco nazionale dei componenti degli OIV; valorizzazione delle esperienze di valutazione degli impatti delle amministrazioni pubbliche; alimentazione del sistema informativo per la valutazione delle amministrazioni pubbliche; progettazione di interventi per accrescere l'efficacia dei sistemi di misurazione e valutazione della performance, nonché la loro integrazione con i sistemi di risk-management; sostegno alla sperimentazione e disseminazione di buone pratiche;

b) «Servizio per il miglioramento della performance»: indirizzi per la semplificazione del sistema per la misurazione e valutazione della performance, per il raccordo del ciclo della performance con la programmazione finanziaria e con il sistema dei controlli interni; raccordo con le attività di misurazione delle esistenti Agenzie di valutazione; monitoraggio dell'attuazione degli indirizzi da parte delle amministrazioni dello Stato; predisposizione di una relazione periodica sulla valutazione della performance delle amministrazioni centrali.

Art. 10.

Ufficio per le relazioni sindacali

1. L'Ufficio per le relazioni sindacali svolge le attività di indirizzo e coordinamento in materia di relazioni sindacali delle amministrazioni pubbliche; cura i rapporti con l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni ai fini della definizione dei procedimenti relativi alla contrattazione collettiva nazionale ed integrativa per i pubblici dipendenti. L'Ufficio svolge le attività inerenti i procedimenti negoziali previsti per la definizione della disciplina del rapporto di lavoro del personale di cui all'art. 3 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni e integrazioni; svolge attività di indirizzo per la rilevazione dei dati sulla consistenza associativa delle confederazioni e delle organizzazioni sindacali e di controllo in materia di riconoscimento delle prerogative e delle libertà sindacali, nonché in relazione all'esercizio del diritto di sciopero nel settore del pubblico impiego e cura i rapporti con la Commissione di garanzia di cui alla legge 12 giugno 1990, n. 146 e successive modificazioni e integrazioni. Nelle materie di propria competenza, l'Ufficio collabora al disegno e allo sviluppo

delle banche dati istituzionali del Dipartimento, delle quali cura la verifica e l'analisi dei dati; inoltre, cura la partecipazione alle iniziative europee ed internazionali.

2. L'Ufficio è articolato nei seguenti servizi:

a) «Servizio per la contrattazione collettiva»: predisposizione di atti finalizzati all'esercizio del potere di indirizzo nei confronti dell'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle amministrazioni pubbliche, ai sensi dell'art. 41 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni e integrazioni; attività istruttoria e di coordinamento dei procedimenti di contrattazione collettiva nazionale; attuazione degli adempimenti normativi in materia di certificazione dei costi contrattuali; attività di accertamento della compatibilità economico-finanziaria dei contratti integrativi ai sensi dell'art. 40 - *bis*, comma 2, del decreto legislativo n. 165 del 2001; monitoraggio della contrattazione integrativa; attività connesse alla predisposizione delle relazioni tecniche ed illustrative dei contratti integrativi;

b) «Servizio per i procedimenti negoziali e per la rappresentatività sindacale e gli scioperi»: attività inerenti i procedimenti negoziali per il personale ad ordinamento pubblicistico di cui all'art. 3 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni e integrazioni; coordinamento delle amministrazioni coinvolte, attività istruttoria, di negoziazione e concertazione relativamente al personale ad ordinamento pubblicistico; attività inerenti la rappresentanza sindacale, il controllo delle prerogative e dei diritti sindacali, nonché le procedure relative alla erogazione delle prestazioni indispensabili; collaborazione con le amministrazioni e con la Commissione di garanzia di cui alla legge 12 giugno 1990, n. 146, e successive modificazioni e integrazioni, ai fini dell'esercizio del diritto di sciopero nel settore pubblico.

Art. 11.

Ufficio per la gestione amministrativa

1. L'Ufficio per la gestione amministrativa cura la gestione amministrativa, finanziaria e del personale del Dipartimento. Assicura la gestione del bilancio del Dipartimento e dei rispettivi adempimenti contabili, nonché la gestione degli interventi finanziati con i fondi nazionali; la predisposizione dei provvedimenti riguardanti il personale degli uffici di diretta collaborazione del Ministro e l'attività amministrativa riguardante gli esperti del Ministro; la gestione degli affari generali e delle risorse strumentali e del personale del Dipartimento. L'Ufficio assicura la gestione amministrativa e finanziaria degli interventi cofinanziati dai fondi strutturali europei e d'investimento (SIE), affidati al Dipartimento, garantendo la coerenza dell'attività con la programmazione attuativa, nonché la separazione delle attività di gestione dalle attività di controllo; assicura il necessario raccordo con i beneficiari esterni per l'attuazione efficace degli interventi cosiddetti a regia.

2. L'Ufficio si articola nei seguenti servizi:

a) «Servizio per la gestione degli affari generali e del personale»: gestisce gli affari generali e finanziari, inclusi gli adempimenti contabili e di bilancio, gli impegni e i pagamenti di competenza del Dipartimento. Gestisce il personale in servizio presso il Dipartimento. Gestisce i servizi, anche di carattere strumentale, per il personale del Dipartimento, le attività del sub-consegnatario, l'archivio generale, la biblioteca, i servizi ausiliari di carattere generale;

b) «Servizio per gli interventi a titolarità»: cura le attività amministrative e di carattere finanziario connesse alle procedure di affidamento, alla gestione e al monitoraggio degli interventi dei quali il Dipartimento è beneficiario, cosiddetti a titolarità, cofinanziati dai fondi strutturali europei e d'investimento (SIE); esegue i controlli sulle procedure finalizzate a selezionare i beneficiari esterni, per gli interventi a regia; gestisce la Banca Dati degli Esperti (BDE). Cura le attività amministrative connesse alle procedure di affidamento degli interventi finanziati con fondi nazionali;

c) «Servizio per gli interventi a regia e i controlli»: cura le attività amministrative e finanziarie relative alle procedure di affidamento, alla gestione ed al monitoraggio degli interventi i cui beneficiari sono diversi dal Dipartimento, cosiddetti a regia, cofinanziati dai fondi SIE o da fondi nazionali; assicura il necessario raccordo con i beneficiari per l'attuazione efficace degli interventi;

esegue i controlli di primo livello sugli interventi, sia a titolarità che a regia, nonché i controlli preliminari sulle procedure di aggiudicazione per gli interventi dei quali il Dipartimento è beneficiario; cura la rendicontazione delle spese sostenute nell'ambito degli interventi realizzati a valere sui fondi SIE.

Art. 12.

Ispettorato per la funzione pubblica

1. L'Ispettorato per la funzione pubblica, di seguito denominato «Ispettorato», in relazione ai compiti attribuiti dall'art. 60, comma 6, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, come ridefiniti dall'art. 71 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e successive modificazioni ed integrazioni, vigila sulla conformità dell'azione amministrativa ai principi di imparzialità e buon andamento, su segnalazione di cittadini e imprese; sull'applicazione delle misure di semplificazione; sul rispetto delle disposizioni in materia di controlli interni e di contenimento dei costi, anche in collaborazione con la Guardia di Finanza ed i Servizi ispettivi della Ragioneria Generale dello Stato; sull'effettivo esercizio dei poteri disciplinari. Per lo svolgimento dell'attività, l'Ispettorato si avvale di personale assegnato al Dipartimento della funzione pubblica e dell'aliquota prevista nel citato art. 60, comma 6, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.

Art. 13.

Disposizioni finali

1. L'efficacia del presente decreto decorre dalla data di registrazione da parte della Corte dei conti.
2. Dalla data di cui al comma 1 è abrogato il decreto 7 novembre 2012 del Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione, nonché ogni altra precedente disposizione organizzativa incompatibile.

Il presente decreto è trasmesso agli organi di controllo per gli adempimenti di competenza ed è pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 17 novembre 2015

Il Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione

MADIA

Registrato alla Corte dei conti il 17 dicembre 2015, n. 3117

SANITÀ

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 3 dicembre 2015 .- Conferma del riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS di diritto privato «Fondazione G.B. Bietti» di Roma. (GU n. 301 del 29.12.15)

Art. 1.

1. È confermato il riconoscimento del carattere scientifico per la disciplina di oftalmologia dell'IRCCS di diritto privato Fondazione «G.B. Bietti» con sedi in Roma, Via Livenza n. 3 (sede legale) e via Santo Stefano Rotondo n. 6, presso «Ospedale Britannico» - Azienda Ospedaliera «San Giovanni Addolorata».

2. Il riconoscimento è soggetto a revisione, ai sensi dell'art. 15 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288, all'esito dell'invio dei dati aggiornati circa il possesso dei requisiti e della documentazione necessaria ai fini della conferma.

Roma, 3 dicembre 2015

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 14 novembre 2015.

Definizione delle modalità di attuazione del comma 2 dell'articolo 13 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modifiche che, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, in materia di prescrizioni farmaceutiche in formato digitale. (GU n. 303 del 31.12.15)

Art. 1.

Modalità di dispensazione dei medicinali prescritti su ricetta farmaceutica dematerializzata

1. Fermo restando quanto previsto dalla normativa vigente in materia di assistenza farmaceutica convenzionata erogata dietro presentazione di ricetta del Servizio sanitario nazionale in formato cartaceo, il prelievo dei medicinali inclusi nei LEA prescritti su ricetta farmaceutica dematerializzata a carico del Servizio sanitario nazionale (SSN) è effettuabile, presso qualsiasi farmacia pubblica e privata convenzionata con il SSN del territorio nazionale.

2. La farmacia, all'atto della dispensazione del medicinale, riscuote l'eventuale quota di partecipazione a carico dell'assistito prevista dalla normativa vigente nella regione cui appartiene l'azienda sanitaria di iscrizione dell'assistito, anche con riferimento al regime di esenzione o di partecipazione.

3. Per le finalità di cui al comma 2 del presente articolo:

a) le regioni e le province autonome assicurano la trasmissione tempestiva in via telematica al Sistema Tessera Sanitaria delle informazioni inerenti le modalità, valide nel proprio territorio, di partecipazione alla spesa farmaceutica;

b) il Sistema Tessera Sanitaria, anche tramite gli eventuali Sistemi regionali autorizzati ai sensi del decreto 2 novembre 2011, all'atto della dispensazione del medicinale da parte della farmacia, rende disponibile alla medesima farmacia l'eventuale quota di partecipazione alla spesa a carico dell'assistito, calcolata sulla base delle informazioni rese disponibili ai sensi della lettera a) del presente comma da parte della regione cui appartiene l'azienda sanitaria di iscrizione dell'assistito;

c) nel caso in cui la farmacia non disponga dell'informazione relativa alla quota di partecipazione alla spesa a carico dell'assistito per impossibilità di accedere al Sistema Tessera Sanitaria o agli eventuali Sistemi regionali autorizzati, ai sensi del decreto 2 novembre 2011, la farmacia applica la quota di partecipazione valida nella regione di erogazione;

d) le specifiche tecniche relative alle modalità di trasmissione telematica dei dati di cui al presente comma saranno pubblicate entro 30 giorni dalla entrata in vigore del presente decreto sul sito www.sistemats.it

Art. 2.

Modalità di compensazione tra regioni del rimborso della ricetta farmaceutica dematerializzata

1. Sono oggetto di compensazione le ricette dematerializzate contenenti tutti i dati che consentono l'identificazione dell'utente, secondo quanto previsto a tutela della riservatezza dei dati personali dal decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, 17 marzo 2008, recante «Revisione del decreto ministeriale 18 maggio 2004, attuativo del comma 2 dell'art. 50 della legge n. 326 del 2003 (Progetto tessera sanitaria), concernente il modello di ricettario medico a carico del Servizio sanitario nazionale» (nome, cognome, codice fiscale, data di nascita, sesso, sigla Provincia e codice Asl di competenza dell'assistito).

2. La farmacia che ha erogato i medicinali prescritti su ricetta dematerializzata a cittadini residenti in ambiti regionali diversi da quelli in cui insiste la farmacia stessa, chiede il rimborso alla ASL territorialmente competente che, in base alla normativa regionale, attiva la procedura per il riconoscimento dei crediti relativi alle prestazioni farmaceutiche erogate. La compensazione tra la Regione che ha erogato il farmaco e la Regione di residenza dell'assistito avviene secondo i criteri e le modalità specificamente previsti da uno apposito Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria, che tenga conto anche dei casi di cui all'art. 1, comma 3, lettera c).

Art. 3.

Modalità tecniche di generazione della ricetta farmaceutica dematerializzata

1. Le prescrizioni farmaceutiche dematerializzate sono generate secondo le modalità di cui al decreto 2 novembre 2011 del Ragioniere Generale dello Stato del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Capo del Dipartimento della qualità del Ministero della salute, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 264 del 12 novembre 2011, concernente la dematerializzazione della ricetta cartacea di cui all'art. 11, comma 16, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122.

2. All'atto dell'utilizzazione da parte dell'assistito della ricetta farmaceutica dematerializzata generata ai sensi del comma 1, la farmacia preleva i dati della relativa prestazione da erogare secondo le modalità di cui all'art. 1, commi 6 e 7, del decreto 2 novembre 2011.

Art. 4.

Fase transitoria

1. Per un periodo transitorio e, comunque, non oltre il 31 dicembre 2017, le modalità di dispensazione dei medicinali prescritti su ricetta farmaceutica dematerializzata previste dall'art. 1 del presente decreto non si applicano:

a) a tutti i farmaci con piano terapeutico AIFA, al fine di assicurare alle Regioni l'esecuzione dei controlli finalizzati alla verifica che le ricette siano redatte nel rispetto delle condizioni indicate dal Piano terapeutico;

b) a tutti i farmaci distribuiti attraverso modalità diverse dal regime convenzionale.

2. L'elenco dei farmaci di cui al comma 1 è trasmesso telematicamente al Sistema Tessera Sanitaria dal Ministero della salute e dalle regioni, secondo le specifiche tecniche che saranno pubblicate entro 30 giorni dalla entrata in vigore del presente decreto sul sito www.sistemats.it

Art. 5.

Clausola di invarianza di spesa

1. Dall'attuazione delle disposizioni previste al presente decreto non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le amministrazioni interessate provvedono agli adempimenti di cui al presente decreto nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie previste a legislazione vigente.

Art. 6.

Entrata in vigore

1. Le disposizioni di cui al presente decreto entrano in vigore a partire dal 1° gennaio 2016.

2. Le regioni, con riferimento ai piani di diffusione di cui all'art. 2 del decreto 2 novembre 2011, adottano le iniziative necessarie per il rispetto della data di entrata in vigore di cui al comma 1, anche tenuto conto dei servizi telematici resi disponibili dal Sistema Tessera Sanitaria per le finalità di cui all'art. 3, comma 2, del presente decreto.

Il presente decreto sarà trasmesso alla Corte dei conti per la registrazione e pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 14 novembre 2015

p. *Il Presidente del Consiglio dei ministri*

Il sottosegretario di Stato

DE VINCENZI

Il Ministro della salute

LORENZINI

Il Ministro dell'economia e delle finanze

PADOAN

Registrato alla Corte dei conti il 15 dicembre 2015

Ufficio controllo atti P.C.M., Ministeri giustizia e affari esteri, reg.e – prev. n. 3084

PANORAMA REGIONALE

Bollettini Ufficiali regionali pervenuti al 30 DICEMBRE 2015, arretrati compresi

AMMINISTRAZIONE REGIONALE

MARCHE

DGR 30.11.15, n. 1046 - Costituzione del Comitato tecnico-consultivo per la legislazione L.R. n. 20/2001, art. 20. (BUR n. 113 del 17.12.15)

Note

È costituito il Comitato tecnico-consultivo per la legislazione, d'ora in poi Comitato, così composto:

- Giorgio PASTORI;
- Franco PELLIZZER;
- Barbara RANDAZZO.

Il Comitato provvede:

- a) a coadiuvare il Presidente e la Giunta regionale nell'elaborazione di iniziative legislative e regolamentari di competenza, compresa l'analisi tecnico normativa delle stesse;
- b) a esaminare e a fornire la soluzione a quesiti di carattere generale posti dal Presidente, dagli Assessori e dalle strutture della Giunta regionale sulle materie di competenza regionale;
- c) a coadiuvare il Presidente e la Giunta regionale nell'esame e nella valutazione delle questioni di rilievo istituzionale, anche con riguardo a quelle trattate nelle conferenze delle Regioni e delle Province autonome e in quelle dello Stato- Regioni e Unificata.

Le modalità di funzionamento del Comitato sono le seguenti:

- a) il Comitato è presieduto e convocato dal dirigente della struttura competente per l'attività normativa;
- b) la trattazione delle questioni di competenza del Comitato, dopo il preventivo esame da parte della struttura competente per l'attività normativa, è svolta dai componenti anche singolarmente;
- c) il Comitato può operare anche in sottogruppi, fermo restando che ciascuno dei suoi componenti può chiedere la convocazione della seduta plenaria per questioni di particolare rilevanza; la stessa viene effettuata anche quando lo richiedano il Presidente della Giunta o la Giunta medesima;
- d) alle riunioni del Comitato possono essere invitati a partecipare i dirigenti regionali interessati agli argomenti trattati;
- e) le funzioni di segreteria del Comitato sono svolte da un dipendente della struttura competente per l'attività normativa, su incarico del dirigente;
- f) il dirigente della struttura competente per l'attività normativa presenta al termine della legislatura alla Giunta regionale e alla Commissione consiliare competente una relazione sull'attività svolta dal Comitato contenente le principali questioni esaminate.

A ciascun componente del Comitato è attribuito il compenso annuo di € 15.000,00 oltre i contributi previdenziali, l'IVA e l'IRAP, se dovuti. Ai componenti del Comitato compete, altresì, il rimborso delle spese di viaggio, vitto e alloggio connesse con lo svolgimento dell'incarico conferito. Il rimborso delle spese e il compenso per lo svolgimento dell'incarico è liquidato, con decreto del dirigente della struttura competente per l'attività normativa, di norma trimestralmente, in maniera frazionata, compatibilmente con le esigenze del bilancio. Le spese, debitamente documentate, sono liquidate sulla base della certificazione del dirigente della struttura competente per l'attività normativa.

L'incarico dei componenti il comitato dipendenti di amministrazioni pubbliche è conferito subordinatamente all'acquisizione delle autorizzazioni delle amministrazioni di appartenenza ai sensi dell'articolo 53 del D.Lgs. 3010312001, n. 165.

L'incarico dei componenti del Comitato decorre dal 1° dicembre 2015 per la durata della legislatura e termina alla data di insediamento del Presidente della Giunta conseguente al rinnovo del

Consiglio - Assemblea legislativa regionale, salvo eventuali rinunce o revoche motivate.

PUGLIA

DGR 30.11.15, n. 2154 - Sistema di Misurazione e Valutazione della performance organizzativa e individuale adottato con D.G.R. n. 1520 del 24 luglio 2014 - Adozione direttive.

Note

PREMESSA

Vengono approvate le Direttive allegate alla presente deliberazione, che della stessa formano parte integrante.

Le suddette direttive trovano applicazione al fini della interpretazione ed applicazione del Sistema di Misurazione e Valutazione della performance organizzativa e individuale (SMVP), approvato con DGR n. 1520/2014, con l'obiettivo di assicurare lo svolgimento e la conclusione del processo di valutazione della dirigenza regionale per gli anni 2014/2015;

Viene autorizzata l'erogazione della retribuzione di risultato ai dirigenti regionali con l'applicazione del richiamato sistema di valutazione e delle direttive allegate alla presente deliberazione;

ANZIANI

EMILIA-ROMAGNA

DGR 24.11.15, n. 1913 - Programma di riqualificazione urbana per alloggi a canone sostenibile. Approvazione delle proposte di accordo di programma integrativo dei Comuni di Mesola per la realizzazione dell'intervento c2 ex Osteria Gatto Nero, C.U.P.. F41H15000030006 e Sala Baganza per la realizzazione dell'intervento recupero edificio per Centro Sociale Anziani C.U.P. E47F12000260007. (BUR n. 324 del 16.12.15)

Note

Vengono approvati i contenuti delle proposte di accordo di programma integrativo presentate dai Comuni di Mesola (FE) e Sala Baganza (PR), Allegati 1 e 2 parte integrante della presente deliberazione, dando atto che i relativi allegati tecnici sono conservati agli atti del Servizio Qualità Urbana e Politiche Abitative della R.E.R.;

Viene concesso al Comune di Mesola (FE) per la realizzazione dell'intervento C2 denominato "Ex Osteria Gatto Nero", il finanziamento Stato-Regione di Euro 207.403,62, a fronte di una spesa prevista di € 396.767,59.

SICILIA

DASS 19.11.15 - Standard regionali per la gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore.

DD 23.11.15 - Elenco aggiornato delle associazioni di solidarietà familiare iscritte nel relativo registro previsto dall'art. 16 della legge regionale 31 luglio 2003, n. 10. (GURS n. 53 del 18.12.15)

Art. 1

È approvato il documento regionale "Standard regionali per la gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore" che, allegato al presente decreto, ne costituisce parte integrante.

Art. 2

Tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate devono dare attuazione alle indicazioni contenute nel documento regionale di cui all'art. 1 attraverso:

- formalizzazione ed adozione di un documento aziendale per il perseguimento degli standard regionali per la gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore;
- costituzione di un gruppo di lavoro aziendale per l'implementazione del documento;
- monitoraggio e relativa reportistica;
- conduzione di audit clinico-organizzativo.

Art. 3

Si fa obbligo ai direttori generali delle aziende sanitarie e ospedaliere pubbliche e private accreditate della Regione di porre in essere tutti gli interventi necessari per la corretta applicazione delle presenti disposizioni.

STANDARD REGIONALI PER LA GESTIONE INTEGRATA DEL PERCORSO DI CURA DELLE PERSONE ANZIANE CON FRATTURA DI FEMORE

Documento realizzato in collaborazione tra Assessorato della salute, ASOTO, AAROI, ANMCO, SIMFER, FADOI, SIMEU, Cittadinanzattiva

Introduzione e contesto regionale

Le fratture del collo del femore sono eventi traumatici particolarmente frequenti nell'età anziana; si dividono in mediali o intracapsulari (sottocapitate e mediocervicali con rischio di necrosi asettica della testa) e laterali o extracapsulari (basicervicali, pertrocanteriche e sottotrocanteriche).

Nella maggior parte dei casi sono causate da patologie croniche dell'osso (es. osteoporosi senile) e si verificano per traumi a bassa energia (cadute accidentali in ambiente domiciliare), prevalentemente in donne che alla condizione di grave osteoporosi associano molto spesso patologie internistiche e della coordinazione motoria.

Le linee guida internazionali concordano sul fatto che il trattamento migliore delle fratture del collo del femore è di tipo chirurgico; la strategia chirurgica dipende dal tipo di frattura e dall'età del paziente; gli interventi indicati sono la riduzione della frattura e la sostituzione protesica.

Diversi studi hanno dimostrato che a lunghe attese per l'intervento corrisponde un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, di conseguenza, le raccomandazioni generali sono che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 24-48 ore dall'ingresso in ospedale.

Un'ampia variazione nei tassi di mortalità per frattura del collo femore suggerisce che almeno alcuni di questi decessi siano da considerare potenzialmente evitabili. Il tasso di mortalità a 30 giorni dopo ricovero per frattura del collo del femore può variare anche di molto tra le diverse strutture; questo fenomeno, oltre che dalla diversa qualità delle cure ospedaliere, può essere causato da altri fattori di rischio: condizioni socioeconomiche, eventi precedenti il ricovero, stato di salute del paziente. (*FONTE PNE)

Di seguito vengono riportati alcuni dati estratti dalle fonti informative regionali e dal Piano nazionale esiti (SDO 2014).

Tabella 1. Tassi di pazienti anziani con frattura di femore operati entro 48 ore (anno 2014)

Il Gruppo di lavoro multidisciplinare regionale

NB

Si rinvia alla lettura integrale del testo

Il presente documento è stato realizzato dal Gruppo di lavoro multidisciplinare per la gestione della frattura del femore composto da:

Giuseppe Murolo Servizio 5 DASOE

Grazia Buonasorte - Servizio 5 DASOE

Giovanni De Luca - Servizio 5 DASOE

Attilio Mele Servizio Trasfusionale DASOE

Salvatore Scondotto - Servizio epidemiologico DASOE

Roberto Sciortino (ASOTO) UOC Ortopedia ARNAS Civico Palermo

Gianfranco Longo (ASOTO) UOC Ortopedia AO Cannizzaro Catania

Michele Riili (AAROI) UOC Anestesia e Rianimazione ASP Palermo

Giancarlo Foresta (AAROI) UOC Anestesia e Rianimazione ASP Caltanissetta

Giacomo Chiarandà (ANMCO) UOC Cardiologia ASP Catania

Giovanni Polizzi (ANMCO) UOC Cardiologia ASP Palermo

Pietro Marano Segretario Regionale (SIMFER)

Sara Lanza (SIMFER) UOC di Riabilitazione ASP Ragusa

Gabriele Nicolosi (FADOI) Direttore UOC Medicina Interna AOR Villa Sofia Cervello

Clemente Giuffrida Presidente SIMEU
Giuseppe Greco Segretario regionale Cittadinanzattiva

Scopo del documento

Lo scopo principale del documento è quello di fornire agli operatori e alle direzioni aziendali gli standard regionali da perseguire, in coerenza alle indicazioni della letteratura scientifica, al fine di garantire alle persone anziane affette da frattura di femore prossimale un approccio assistenziale uniforme e omogeneo in tutto il territorio regionale.

Il Gruppo di lavoro ha individuato i seguenti standard:

Standard 1: Ottimizzare il tempo di permanenza in Pronto Soccorso (PS)

Standard 2: Garantire il trattamento chirurgico a tutti i pazienti > 65 aa con frattura di femore

Standard 3: Garantire appropriati volumi di attività

Standard 4: Garantire la tempestività dell'intervento

Standard 5: Garantire la mobilitazione precoce

Standard 6: Realizzare un modello di assistenza integrata

Standard 7: Garantire una efficace assistenza nella fase acuta

Standard 8: Garantire un efficace intervento di riabilitazione

Standard 9: Pianificare una dimissione precoce

Standard 10: Misurare la qualità percepita del paziente con frattura di femore.

La qualità del percorso assistenziale del paziente anziano con frattura di femore dipende dal raggiungimento dei 10 standard sopra indicati.

Il mancato raggiungimento di uno solo dei 10 standard prefissati rischia di compromettere la qualità e la sicurezza dell'intero percorso assistenziale integrato.

Il documento è strutturato in tre parti:

1. Standard regionali per l'ottimizzazione del percorso di cura
2. Elementi utili per l'organizzazione del percorso di cura per il paziente con frattura di femore
3. Monitoraggio e implementazione degli Standard regionali.

1. Standard regionali per l'ottimizzazione del percorso di cura

Standard 1: Ottimizzare il tempo di permanenza in Pronto Soccorso (PS)

Razionale: I pazienti con sospetta frattura di femore devono essere tempestivamente valutati dal medico di PS in modo da poter essere trasferiti in reparto o sala operatoria, se libera, entro e non oltre le prime 4 ore dall'accesso al PS.

Indicatore 1: Tempo di permanenza in pronto soccorso (entrata – uscita) (Fonte: EMUR/ RAD esito)

Valore Atteso: < 4 ore

Standard 2: Garantire il trattamento chirurgico a tutti i pazienti >_ 65 aa con frattura di femore

Razionale: La stabilizzazione chirurgica della frattura rappresenta lo standard procedurale per la frattura di femore nell'anziano ed il

trattamento conservativo non deve normalmente superare il 5% della casistica. I pazienti non trattati chirurgicamente presentano una maggiore

incidenza di complicanze, un incremento della mortalità e minori probabilità di ritornare autonomi al domicilio. Il trattamento chirurgico rimane vantaggioso anche nei pazienti ultranovantenni.

Secondo le principali linee guida la scelta conservativa può essere appropriata in poche situazioni critiche, quali grave instabilità cardiovascolare non emendabile, neoplasie terminali, grave sindrome ipocinetica, oppure nel caso di fratture intracapsulari composte che consentano la mobilitazione, o per rifiuto "informato" dell'intervento. Tuttavia anche in condizioni critiche la scelta chirurgica può essere presa in considerazione se necessaria per migliorare la gestione del nursing o il controllo del dolore nell'ambito di un programma di cure palliative.

Indicatore 2: % di pazienti NON operati (applicando i criteri di inclusione ed esclusione del PNE – Agenas)

Valore atteso:

7% (Valore stabilito dal gruppo di lavoro regionale per il 2016).

5% (Valore stabilito dal gruppo di lavoro regionale per il 2017).

Standard 3: Garantire appropriati volumi di attività

Razionale: L'intesa della Conferenza Stato Regioni del 5 agosto 2014 "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" indica quale importante parametro di riferimento per le Regioni i volumi di attività e la valutazione degli esiti. Relativamente all'intervento chirurgico per la frattura di femore riporta la soglia minima di volume di attività di 75 interventi annui per struttura complessa.

Indicatore 3: Numero interventi annui per struttura complessa (Soglia minima di volume di attività; valore atteso 75 interventi/ anno).

Standard 4: Garantire la tempestività dell'intervento

Razionale: La precocità dell'intervento chirurgico è uno degli obiettivi principali da perseguire, che nella nostra Regione costituisce da diversi anni obiettivo dei direttori generali. Diversi studi, condotti anche su popolazione italiana, hanno rilevato un'associazione fra ritardo dell'intervento e incremento della mortalità a breve e a lungo termine. L'effetto negativo sembra aumentare progressivamente con l'aumento del tempo di attesa ed è massimo nei pazienti trattati con terapia conservativa. Ritardi oltre le 48 ore sono stati associati a un raddoppio del rischio di complicanze mediche maggiori (embolia polmonare, eventi cardiaci che richiedono trasferimenti in Unità Coronarica, sepsi, insufficienza renale con dialisi, insufficienza respiratoria con necessità di ventilazione assistita) ma anche ritardi oltre le 24 ore aumentano il rischio di eventi avversi definiti "minori", quali delirium, trombosi venose profonde, infezioni, eventi cardiaci e polmonari senza necessità di trattamenti intensivi. Si ricorda come sulla precocità di intervento possano incidere in maniera negativa, assieme ad altri fattori, anche i tempi per l'esecuzione preoperatoria di indagini diagnostiche (spesso di secondo livello) e laboratoristiche ridondanti, che possono avere ruolo nell'ambito di una chirurgia elettiva.

Indicatore 4: %percentuale pazienti operati entro 48 ore (criteri inclusione/esclusione PNE; come da obiettivi assegnati ai direttori generali).

Standard 5: Garantire la mobilitazione precoce

Razionale: La rapida ripresa della mobilità dopo l'intervento chirurgico rappresenta un punto cardine del percorso del paziente anziano con frattura di femore. Il paziente clinicamente compensato e con sintesi stabile deve iniziare la mobilitazione in prima giornata postoperatoria, secondo un protocollo formalizzato e condiviso dal team multidisciplinare. Dopo l'intervento chirurgico anche brevi ritardi nella mobilitazione possono comportare un aumento della incidenza di complicanze quali polmoniti e delirium e aumentare la durata della degenza. Poiché sembra determinante il numero complessivo di giorni trascorsi nell'immobilità dal momento della frattura, un ritardo oltre 48 ore, nella mobilitazione postoperatoria, potrebbe vanificare l'effetto positivo dell'intervento chirurgico. Una ripresa tempestiva della deambulazione accelera invece il recupero funzionale e aumenta la probabilità che il paziente sia dimesso direttamente al domicilio oppure essere trasferito precocemente presso un centro di riabilitazione.

Indicatore 5.1: Formalizzazione e implementazione di un protocollo aziendale condiviso per avviare la mobilitazione precoce.

Indicatore 5.2: % pz con carico precoce entro 48 h

Valore Atteso: v.a. > 20%

Indicatore 5.3: % pz verticalizzati entro 48 h

Valore Atteso: v.a. > 30%.

Standard 6: Realizzare un modello di assistenza integrata

Razionale: È necessario un approccio multidisciplinare attraverso la formalizzazione di un team che si riunisce periodicamente e che comprenda l'ortopedico, il geriatra/internista, l'anestesista, il cardiologo, il fisiatra, l'infermiere, il fisioterapista, l'assistente sociale e altri professionisti che possono variare secondo i bisogni del singolo paziente al fine di garantire la continuità del processo di cura integrato ospedale- territorio-domicilio. Tutti i membri del team devono possedere una specifica preparazione sul paziente anziano.

Le evidenze disponibili non riportano una specifica tipologia di reparto (esempio reparto dedicato di ortogeriatra/medicina o reparto generale di ortopedia) ma indicano in modo chiaro che il paziente anziano con frattura di femore da fragilità, a causa della complessità clinica e dell'elevato rischio di complicanze, richieda un modello di assistenza multidisciplinare integrata e che sia gestito fin dall'ingresso in reparto di degenza con il supporto quotidiano del geriatra/internista.

Indicatore 6.1: Formalizzazione di un gruppo aziendale multidisciplinare e multiprofessionale, che includa la funzione infermieristica, per la gestione integrata del paziente > 65 aa con frattura di femore

Indicatore 6.2: Formalizzazione e applicazione di una matrice di responsabilità differenziate tra i professionisti coinvolti nel processo

assistenziale – terapeutico – riabilitativo, che includa le attività infermieristiche

Indicatore 6.3: Realizzazione documentata e sistematica di audit multidisciplinari e multiprofessionali.

Standard 7: Garantire una efficace assistenza nella fase acuta

Razionale: l'assistenza ospedaliera al paziente anziano con frattura di femore prevede:

- l'implementazione di procedure evidence-based quali la profilassi antitrombotica, la prevenzione delle lesioni da pressione e la profilassi antibiotica;
- l'applicazione dell'approccio multidimensionale geriatrico/internistico, che comprende la valutazione e la gestione di multimorbilità e dolore, stato cognitivo, tono dell'umore, stato nutrizionale, stato funzionale pre-frattura riguardo alle attività di base della vita quotidiana, alle attività strumentali e alla mobilità, nonché condizioni sociali ed economiche;
- la stesura di protocolli e procedure per: il controllo del dolore, la prevenzione dei decubiti, la gestione del catetere vescicale, la funzione intestinale e la prevenzione dell'ileo paralitico, la somministrazione perioperatoria di ossigeno e l'idratazione. Altri aspetti più complessi ed interdisciplinari che richiedono una condivisione possibilmente formalizzata da parte del team di cura con l'integrazione di altri specialisti di riferimento è rappresentata dalla prevenzione della malnutrizione e dal supporto nutrizionale, dal controllo dell'anemia e gestione delle trasfusioni e dalla prevenzione e trattamento del delirium. La prevenzione delle più frequenti complicanze riduce la durata della degenza e migliora gli outcome della fase acuta.

Indicatore 7.1: Formalizzazione e implementazione di un protocollo aziendale condiviso che includa i seguenti aspetti:

- prevenzione del tromboembolismo venoso;
- prevenzione delle ulcere da pressione e profilassi antibiotica;
- l'assessment geriatrico/internistico globale;
- i criteri di stabilità clinica e le procedure preoperatorie;
- la gestione della terapia antiaggregante e anticoagulante;
- la prevenzione del delirium;
- la prevenzione della costipazione e dell'ileo paralitico;
- la gestione del dolore;
- la gestione della ipovolemia;
- la gestione dell'incontinenza e del catetere vescicale;
- la valutazione dello stato nutrizionale e la supplementazione calorico-proteica;
- la terapia e il supporto trasfusionale;
- il monitoraggio dell'emoglobina e dell'ossigeno.

Standard 8: Garantire un efficace intervento di riabilitazione

Razionale: Occorre garantire a tutti i pazienti ricoverati in acuzie, inclusi quelli con deterioramento cognitivo, un percorso post-acuto multidisciplinare e multidimensionale che comprende un adeguato trattamento riabilitativo con la presa in carico omnicomprensiva da parte del team della riabilitazione, così come individuato nel "Piano della riabilitazione" pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana, supplemento ordinario n. 54 del 21 dicembre 2012, attraverso il Progetto riabilitativo individuale (PRI) articolato nei diversi programmi riabilitativi.

Nella fase post operatoria il fisiatra deve attivare il progetto riabilitativo indicando il setting più appropriato al paziente.

L'esecuzione delle attività previste per la realizzazione dell'intervento riabilitativo e le eventuali modifiche apportate al PRI devono essere registrate nella cartella clinica riabilitativa che deve essere parte integrante della documentazione clinica del paziente.

Indicatore 8.1: % accesso in riabilitazione 056 (a 30 gg da dimissione fase acuta) per i pz età >_ 65 aa

Indicatore 8.2: % accesso in riabilitazione 060 (a 30 gg da dimissione fase acuta) per i pz età >_ 65 aa

Indicatore 8.3: % accesso sia in 056 che 060 (a 30 gg da dimissione fase acuta) per i pz età >_ 65 aa

Indicatore 8.4: % di conformità al controllo analitico delle cartelle cliniche effettuato ai sensi del Piano annuale controlli analitici (PACA)

con riferimento alle schede della riabilitazione.

Standard 9: Pianificare una dimissione precoce

Razionale: Occorre elaborare il piano di dimissione precoce fin dall'ammissione in ospedale; garantire adeguati programmi di prevenzione

secondaria (rischio di frattura sia sul versante osteometabolico che sul rischio di caduta) e la continuità assistenziale con i servizi socio-sanitari territoriali, promuovere il ripristino delle condizioni di vita precedenti alla frattura.

Indicatore 9.1: Adozione formale di un Programma interaziendale condiviso dalle strutture sanitarie delle aree metropolitane e/o provinciali per assicurare la continuità delle cure ai pazienti > 65 aa con frattura di femore e favorire il ritorno alla precedente situazione residenziale.

Indicatore 9.2: Formalizzazione e condivisione di un protocollo aziendale per la prevenzione secondaria nei pazienti con frattura di femore.

Indicatore 9.3: controllo analitico dell'evidenza documentale della scheda di programmazione ed interventi di procedure diagnostiche e delle modalità di dimissione.

Standard 10: Misurare la qualità percepita del paziente con frattura di femore

Misurare la qualità percepita dei pazienti con frattura di femore utilizzando il questionario di valutazione della qualità dei servizi di ricovero e cura in ospedale (allegato nell'appendice) al fine di considerare nella valutazione multidimensionale anche la prospettiva del paziente e/o loro familiari.

Indicatore 10: Report annuale di misurazione della qualità percepita del paziente con frattura di femore utilizzando il Questionario di valutazione della qualità dei servizi di ricovero e cura in ospedale.

Elementi utili per l'organizzazione del Percorso di cura per il paziente con frattura di femore

2.1 Pronto Soccorso

Il paziente che accede al pronto soccorso (PS) con la tipica sintomatologia sospetta per frattura di femore (dolore all'inguine, arto accorciato ed extra ruotato, impossibilità alla mobilizzazione) insorta dopo eventi traumatici minori o anche semplici spostamenti, viene accettato in codice giallo e avviato a visita medica. Gli infermieri di Triage debbono essere formati nel riconoscimento del sospetto di frattura di femore in modo da attivare l'iter previsto nei tempi raccomandati. La valutazione clinica comprende un attento esame obiettivo (con particolare attenzione alla capacità di deambulazione antecedente alla caduta e a eventuali danni neurologici).

La consulenza ortopedica va attivata immediatamente dopo la conferma della frattura o persistenza del dubbio diagnostico. I pazienti con sospetta frattura di femore devono poter essere trasferiti in reparto o in sala operatoria, se libera, entro e non oltre le prime 4 ore dall'accesso al PS. L'ora di arrivo al PS e l'ora di arrivo in reparto devono essere registrate.

Il ricovero rappresenta la procedura standard per tutti i pazienti anziani con frattura di femore anche nel caso venga prospettata una terapia conservativa essendo di regola necessario stabilizzare le condizioni cliniche, ottimizzare il trattamento del dolore e consentire di organizzare una dimissione protetta con adeguato supporto medico-infermieristico e assistenziale.

Al fine di consentire l'accesso rapido in sala operatoria dei pazienti stabili è raccomandata l'effettuazione di una batteria di esami:

Indagini strumentali ed esami biochimici in PS

- Rx anca - Rx bacino – Rx assiale anca (in caso di radiografie dubbie o di forte sospetto clinico pur in presenza di lastre negative l'esame di scelta è rappresentato dalla RMN. Se non è possibile eseguire RMN entro 24 ore o vi sono controindicazioni alla sua esecuzione può essere eseguita una TAC);
- Radiografia del torace preoperatoria;
- ECG (in caso di ECG patologico si procederà a consulenza cardiologica e contestualmente si programmeranno eventuali approfondimenti diagnostici);
- Esami biochimici preoperatori tra cui anche l'esame del gruppo sanguigno che in questa fase può accelerare l'avvio rapido all'intervento chirurgico in caso di pazienti stabili.

Procedure per i pazienti con frattura di femore in PS

Le linee guida raccomandano inoltre di eseguire già in fase di emergenza una serie di procedure finalizzate alla prevenzione delle complicanze nelle fasi successive che comprendano:

- Valutazione e controllo del dolore. La presenza di dolore deve essere registrata nella documentazione del PS e regolarmente rivalutata attraverso scale con monitoraggio periodico. Le scale di misurazione da utilizzare sono la scala numerica NRS (Numerical Rating Scale) e la scala PAINAD.

La terapia antalgica prevede il paracetamolo come farmaco di prima scelta. Non si esclude l'utilizzo di oppioidi, anche in associazione, in base al livello del dolore percepito dal paziente, mentre sono sconsigliati i FANS.

Attenzione specifica al dolore deve essere posta durante la movimentazione del paziente per l'esecuzione degli esami. L'uso routinario della trazione preoperatoria non è basato su evidenze adeguate e non è raccomandato.

- Infusioni di liquidi. La gran parte dei pazienti con frattura di femore è in carenza idrica o presenta alterazioni elettrolitiche. È consigliabile iniziare già in PS l'infusione di soluzione fisiologica o di soluzioni bilanciate elettrolitiche prestando attenzione al possibile sovraccarico di circolo in paziente con importanti comorbidità. Le alterazioni elettrolitiche vanno adeguatamente trattate nel reparto di degenza.

- Prevenzione delle lesioni da pressione. Deve iniziare già in PS mediante l'utilizzo di appropriati presidi. All'uopo si ricorda inoltre di evitare eventuali permanenze protratte dei pazienti su barelle spinali rigide (oltre i 60-90 minuti).

- Riscaldamento del paziente, soprattutto nel caso di permanenza in PS per un periodo superiore alle 4 ore.

2.2 Fase ospedaliera

Si raccomanda che il percorso di cura del paziente anziano con frattura di femore, sin dalla fase iniziale del ricovero, si avvalga di competenze ortopediche e geriatriche/internistiche.

Al fine di garantire continuità assistenziale in tutte le fasi dell'assistenza sia ospedaliera che territoriale deve essere formalizzato il team multidisciplinare e multiprofessionale a cui partecipano stabilmente l'ortopedico, il geriatra/internista, il cardiologo, l'anestesista, il fisiatra, l'infermiere, il fisioterapista, l'assistente sociale e altri professionisti che possono variare secondo i bisogni del singolo paziente al fine di garantire la continuità del processo di cura integrato ospedale – territorio - domicilio.

Ciascuna Azienda sanitaria deve pertanto recepire, predisporre e formalizzare un Programma relativo al percorso integrato del paziente anziano con fratture di femore che, a partire dal ricovero in un reparto ortopedico, definisca i seguenti aspetti:

- Valutazione multidimensionale orto-geriatrica/internistica
- Ottimizzazione delle condizioni cliniche ai fini dell'intervento
- Identificazione precoce obiettivi riabilitativi
- Monitoraggio orto-geriatrico-internistico

– Integrazione socio-sanitaria e prevenzione.

Si raccomanda alle direzioni aziendali di garantire, al paziente anziano con frattura di femore, nei giorni festivi e prefestivi, i medesimi livelli assistenziali, organizzativi e qualitativi dei giorni feriali.

Valutazione multidimensionale orto-geriatrica/internistica

L'assessment multidimensionale costituisce la metodologia di approccio al paziente e la base per l'intervento di cura e le scelte decisionali.

Esso deve essere eseguito all'ingresso in reparto o comunque il più rapidamente possibile (solitamente entro 48 ore dal ricovero anche nel caso di ingressi festivi o prefestivi).

Il trattamento chirurgico costituisce lo standard di cura per la frattura di femore, indipendentemente dall'età. Ogni decisione sulla non operabilità del paziente con frattura di femore deve basarsi sui risultati dell'assessment multidimensionale e deve essere discussa nell'ambito del team multidisciplinare. La stretta integrazione fra competenze ortopediche, anesthesiologiche, geriatriche e di altri professionisti coinvolti favorisce l'ottimizzazione clinica e riduce il numero dei pazienti clinicamente non pronti per l'intervento nei tempi previsti.

I pazienti clinicamente stabili possono essere sottoposti direttamente all'intervento chirurgico mentre i pazienti con patologie acute o croniche riacutizzate dovranno essere stabilizzati nelle condizioni cliniche ottimali per l'intervento chirurgico.

Altri interventi rilevanti della fase perioperatoria, come la profilassi antitromboembolica e antibiotica rappresentano invece prassi consolidate in traumatologia ortopedica.

Il nursing

Il nursing nella gestione del paziente anziano con frattura di femore svolge un ruolo centrale per raggiungere gli obiettivi di cura complessivi, dall'ingresso in reparto fino alla dimissione, a garanzia della continuità del percorso pre e post chirurgico del paziente.

A causa della complessità clinica e dell'elevato rischio di complicanze è necessario un intervento interdisciplinare, anche attraverso l'uso di protocolli condivisi, dove la funzione infermieristica deve porre particolare attenzione alla valutazione e decodifica dei bisogni dell'assistito, alla gestione dei disturbi cognitivi (es. delirium) e dei rischi derivanti dalle condizioni di riposo forzato, alla prevenzione e gestione di lesioni cutanee, alla valutazione e controllo del dolore, attraverso l'utilizzo di scale validate con particolare attenzione ai pazienti con funzioni cognitive deteriorate. Altrettanta importanza assume l'attenta gestione dell'apporto idrico ed alimentare.

Il ruolo strategico del nursing si concretizza inoltre nel favorire il coinvolgimento della persona assistita e del caregiver al fine di garantire la loro partecipazione al piano assistenziale e per facilitare la continuità assistenziale fra un setting e l'altro (intra ed extra ospedaliero).

Principali fattori clinici nel ritardo dell'intervento

Instabilità clinica preoperatoria:

Una valutazione completa e approfondita e la stabilizzazione clinica del paziente sono prioritarie, ma non devono produrre inutili ritardi

dell'intervento, poiché sia un eccessivo tempo di attesa sia la presenza di condizioni cliniche instabili nella fase preoperatoria possono aumentare il rischio di complicanze nel postoperatorio. Un piccolo ritardo può essere giustificato per la correzione di gravi alterazioni elettrolitiche, scompenso cardiaco o diabetico, anemia significativa; tuttavia, sulla base delle raccomandazioni delle Linee Guida, occorre evitare di porsi obiettivi non realistici (come, ad esempio, attendere la guarigione di una polmonite, in un anziano allettato e con dolore).

Tabella. 6. Condizioni che richiedono di essere corrette e giustificano un ritardo dell'intervento (maggiori) e condizioni che è opportuno correggere ma non giustificano un ritardo dell'intervento (minori) (McLaughlin 2006)

NB

Si rinvia alla lettura integrale del testo

Le linee guida per la stratificazione del rischio cardiologico negli interventi non cardiaci definiscono alcune condizioni a maggior rischio come angina instabile, infarto recente, scompenso cardiaco (classe NYHA III/IV), aritmie significative, valvulopatie severe, che richiedono un trattamento medico intensivo ed eventualmente una posticipazione dell'intervento chirurgico.

Tuttavia nelle situazioni di urgenza il paziente può essere inviato direttamente in sala operatoria, sotto stretto monitoraggio internistico, rimandando al post-operatorio la stratificazione del rischio e il trattamento dei fattori di rischio individuati.

La frattura di femore nell'anziano viene considerata una "urgenza differibile" ma in queste condizioni ogni decisione richiede una stretta condivisione dei criteri decisionali clinici al fine di pesare i benefici della stabilizzazione delle condizioni cliniche verso i rischi di un ritardo dell'intervento.

Quando appropriata, la scelta di rimandare l'intervento per ragioni cliniche deve comunque essere tempestiva e documentata, gli obiettivi di stabilizzazione da raggiungere devono essere chiaramente definiti e rivisti quotidianamente e il paziente deve essere reinserito nella lista operatoria non appena vengono raggiunti; per raggiungere questi obiettivi, è necessaria l'adozione di protocolli formalizzati e condivisi dal team di cura riguardo i criteri di stabilità clinica.

Indagini preoperatorie

Nel paziente anziano stabile le linee guida non raccomandano una valutazione cardiologica routinaria. Vi possono essere situazioni in cui alcune indagini sono giustificate, ad esempio la valutazione ecocardiografica preoperatoria in presenza di un soffio aortico da sospetta stenosi non ancora indagato o per valutare la funzione ventricolare in presenza di insufficienza cardiaca severa; per evitare ritardi ingiustificati dell'intervento, queste procedure devono essere previste nel percorso formalizzato e comunque utilizzate valutando il rapporto rischio/beneficio dell'approfondimento diagnostico sulla prognosi del paziente.

Terapia anticoagulante e antiaggregante

L'utilizzo molto diffuso di queste categorie di farmaci può produrre una consistente posticipazione dell'intervento chirurgico in pazienti peraltro clinicamente stabili. Mentre sono ormai standardizzati gli interventi per la reversibilità degli anticoagulanti orali e in genere non comportano ritardi oltre 24 ore (si rimanda a quanto previsto dalle linee guida e dalle evidenze scientifiche), più complessa è la gestione della terapia antiaggregante. Sono sempre più frequenti i pazienti fratturati di femore in trattamento con antiaggreganti singolarmente o in associazione, per pregresse sindromi coronariche acute, rivascolarizzazione coronarica percutanea, vasculopatie cerebrali o periferiche; in questi casi non sembra opportuno sospendere i trattamenti in atto con tienopiridine poiché numerosi dati di letteratura evidenziano il rischio di sindromi coronariche acute in seguito alla sospensione del trattamento.

Le linee guida concordano che il trattamento con antiaggreganti piastrinici non giustifica un ritardo preoperatorio; in questi casi trovano indicazioni tecniche anestesologiche periferiche che, oltre a non richiedere la sospensione degli antiaggreganti, offrono il vantaggio di un effetto antalgico attivo anche nel periodo postoperatorio. Per quanto riguarda il rischio di maggior sanguinamento operatorio nei soggetti che assumono antiaggreganti, gli studi eseguiti confermano un lieve incremento della richiesta di trasfusioni che comunque non controindica l'intervento. Si consiglia comunque di avere a disposizione preparati piastrinici che possono essere utilizzati in caso di sanguinamento significativo.

Fattori organizzativi nell'accesso all'intervento chirurgico

La possibilità di intervento precoce richiede la disponibilità di sale operatorie, staff chirurgico ed anestesologico; il modello organizzativo ospedaliero, predisposto dalla direzione Aziendale, in accordo con il team multidisciplinare, deve essere finalizzato a minimizzare i casi di ritardo dell'intervento per ragioni non cliniche. Sebbene possano essere efficaci diversi modelli organizzativi, i dati della letteratura favoriscono quelli che prevedono percorsi separati fra traumatologia ed interventi di elezione.

In base al contesto e alle risorse disponibili, possono essere considerati diversi interventi riorganizzativi: estensione dell'apertura delle sale operatorie, ridefinizione dei criteri per l'accesso alle liste di attesa con priorità per i pazienti fratturati, separazione tra i flussi dei pazienti in urgenza ed in elezione con fasce orarie dedicate, creazione di percorsi facilitati per l'accesso alla diagnostica. Non vi è un unico tipo di soluzione possibile anche se la presenza di pronto soccorso traumatologico e sale operatorie dedicate favorisce la rapidità di intervento.

Indipendentemente dal modello organizzativo adottato, la precocità dell'intervento secondo gli standard internazionali può essere raggiunta solo garantendo la massima apertura settimanale diurna delle sale operatorie.

2.3 Intervento chirurgico

Come indicato nei capitoli precedenti l'intervento chirurgico deve essere eseguito rapidamente nei soggetti clinicamente stabili in modo da ridurre l'attesa preoperatoria entro le 24-48 ore. Obiettivo dell'intervento chirurgico è ottenere una sintesi stabile della frattura per consentire un rapido ripristino della capacità di deambulare con carico o di ritornare ai livelli di autonomia e qualità di vita preesistenti all'evento traumatico. In generale la scelta della tecnica chirurgica è guidata da questo obiettivo e pertanto non dipende solo dal tipo di frattura ma anche dallo stato funzionale, dalla comorbidità, dalle patologie acute in atto e dalla aspettativa di vita del paziente. Pertanto anche per questo aspetto altamente specialistico sono necessarie le informazioni fornite dalla valutazione multidimensionale e la condivisione della scelta col team multidisciplinare.

Le principali linee guida raccomandano tecniche di fissazione interna per fratture intracapsulari composte e riduzione e fissazione interna o protesi (endoprotesi o protesi totali) nelle forme intracapsulari scomposte. La fissazione interna tuttavia è in genere riservata a pazienti più giovani, nei quali, l'aspettativa di vita è superiore a quella della protesi. In genere, nel paziente geriatrico è preferibile l'endoprotesi che, seppure più invasiva, consente il carico immediato con minori rischi di reintervento per fallimento della fissazione, oppure la protesi totale in soggetti attivamente deambolanti all'esterno, in buone condizioni di salute e cognitivamente competenti, o in caso di artrosi inveterata. La sintesi può avvenire con vite-placca, chiodo endomidollare o similare.

Anestesia

Al momento le evidenze disponibili non consentono di indicare una tecnica anestesiológica ottimale per questi pazienti. In effetti non sembrano esistere differenze significative tra tecniche di anestesia generale o regionale in termini di mortalità, complicanze (polmoniti, ictus, insufficienza cardiaca o renale) e durata della degenza, anche se l'uso dell'anestesia spinale/epidurale sembrerebbe correlato a minore insorgenza di stati confusionali acuti e di trombosi venosa nel post-operatorio.

Inoltre, l'anestesia regionale aumenta la possibilità di evitare l'intubazione tracheale e la ventilazione meccanica, e richiede un minor utilizzo di farmaci per l'ottenimento di una adeguata analgesia post-operatoria; parte di questi vantaggi si annullano in caso di pazienti poco collaboranti o che hanno difficoltà a rimanere a lungo fermi in una posizione alquanto disagiata.

L'anestesia generale presenta i vantaggi di un maggior controllo sulla durata della anestesia, sulla profondità della stessa, sui parametri emodinamici, sulla pervietà delle vie aeree e sulla ventilazione. Il ritardo nel recupero post-operatorio e la possibile comparsa di nausea e vomito legati all'anestesia generale hanno un grande impatto sul paziente anziano, nel quale è fondamentale una ripresa precoce di alimentazione e idratazione adeguate.

Il delirium post-operatorio sembra essere correlato alla pre-esistenza di deficit cognitivi, di depressione, ad alterazioni elettrolitiche, alla presenza di deficit visivi o uditivi, all'utilizzo di benzodiazepine, di farmaci anticolinergici più che al tipo di anestesia (generale o regionale).

Alla luce di quanto esposto, non è possibile stabilire a priori quale sia il tipo di anestesia migliore in questo ambito. La scelta deve essere individualizzata e tenere conto delle comorbidità del paziente, del grado di collaborazione, della presenza di controindicazioni all'utilizzo di una o dell'altra tecnica (es. terapia con alcuni farmaci antiaggreganti), della durata dell'intervento.

Di fondamentale importanza è cercare di mantenere l'omeostasi durante l'intervento, evitando in particolare l'ipotermia e gli squilibri idro-elettrolitici (ove non già disponibili, si raccomanda di dotare i reparti di anestesia di metodi non invasivi di monitoraggio emodinamico).

Tecniche periferiche di blocco continuo del plesso lombare possono essere applicate anche in corso di terapia antiaggregante e consentono anche la gestione del dolore nella fase post-operatoria; pertanto, quando non controindicate, dovrebbero essere preferite tecniche di anestesia regionale/periferica in questo tipo di pazienti.

Terapia di supporto trasfusionale

Il supporto trasfusionale richiesto per i pazienti con frattura del femore, necessita di una complessiva gestione del periodo perioperatorio che consenta di ridurre il rischio di esposizione del paziente agli emocomponenti allogenei.

Le indicazioni, di seguito riportate per gli aspetti salienti, si ispirano alle "Raccomandazioni SIMTI sulla trasfusione perioperatoria" alle quali si rimanda per gli approfondimenti, non inclusi per brevità di esposizione.

Si suggerisce, in premessa, che un team multidisciplinare (anestesisti, chirurghi e trasfusionisti) adotti un protocollo standard di richiesta di sangue, che rifletta il fabbisogno locale di sangue per il tipo di intervento (cd. MSBOS – Maximum Surgical Order Schedule).

All'atto della valutazione preoperatoria del paziente, si suggerisce la valutazione del rischio emorragico che deve includere l'anamnesi emorragica familiare e personale volta a rilevare eventuali emorragie spontanee, post-traumatiche o post-chirurgiche o l'uso di farmaci anticoagulanti o antiaggreganti.

Nei pazienti anemici e piastrinopenici ($PLT < 20 \times 10^9/L$) si raccomanda un incremento di Ht intorno al 30% (oltre alla correzione della conta piastrinica a livelli adeguati) allo scopo di ridurre il rischio emorragico.

La corretta gestione intraoperatoria comprende la valutazione e il monitoraggio del sangue perso, dell'Hb o Ht, dei segni di inadeguata perfusione e ossigenazione degli organi vitali, della conta piastrinica e di PT, aPTT, fibrinogeno, AT, D-dimero.

Per la gestione appropriata della terapia trasfusionale nel periodo intraoperatorio e postoperatorio si raccomanda il controllo volemico e il ripristino della volemia (cristalloidi e colloidi appropriati), senza fare ricorso alla trasfusione dei pazienti senza preesistente anemia, per perdite di volume ematico inferiori al 15%. Quando la perdita è compresa tra il 15 e il 30% si raccomanda di ricorrere alla terapia trasfusionale con EC solo in presenza di anemia preesistente o di concomitante patologia cardiopolmonare. Si raccomanda di ricorrere alla terapia trasfusionale di supporto con emazie per perdite ematiche del 30-40% anche se, in soggetti precedentemente sani, può essere sufficiente il solo ripristino volemico. La trasfusione di EC si pone come provvedimento salvavita per perdite superiori al 40%.

In relazione ai tassi di Hb circolante, si raccomanda la terapia trasfusionale con EC nei pazienti con Hb circolante inferiore a 60g/L rimandando alla valutazione clinica del paziente la scelta di trasfondere un soggetto stabilizzato con tassi di Hb circolante fra 60 e 100 g/L.

Si raccomanda di non ricorrere alla terapia trasfusionale con EC per valori di Hb superiori a 100 g/L salvo in casi eccezionali.

Per quanto concerne la trasfusione dei concentrati piastrinici si suggerisce di basare la decisione di trasfondere CP non esclusivamente su un basso conteggio piastrinico, ma anche sulla valutazione delle condizioni cliniche (febbre, disordini plasmatici della coagulazione, emorragie recenti, deficit neurologici).

Nel paziente con sanguinamento in atto si suggerisce la trasfusione di PLT se la conta è $< 50 \times 10^9/L$. Nel paziente chirurgico con sanguinamento in atto si suggerisce di non ricorrere alla trasfusione di PLT se la conta è $> 100 \times 10^9/L$.

La trasfusione di plasma è indicata per la correzione di deficit fattoriali congeniti della coagulazione per i quali non esista concentrato specifico o di deficit acquisiti in categorie selezionate di pazienti (epatopatia, CID, sanguinamento microvascolare).

Si raccomanda la terapia con Plasma Fresco Congelato in presenza di epatopatie acute e croniche o CID che si accompagnano a sanguinamento in atto. Si suggerisce la terapia con PFC per la prevenzione del sanguinamento intraoperatorio in pazienti con CID e/o epatopatia acuta e cronica senza sanguinamento in atto quando PT o a PTT espressi come ratio siano $> 1,5$.

2.4 Fase post-operatoria

Nel periodo postoperatorio è fondamentale monitorare e sorvegliare alcuni aspetti critici. L'incidenza di complicanze mediche è correlata al numero delle comorbidità pre-frattura e alla presenza di patologie acute non stabilizzate prima dell'intervento. L'insorgenza di complicanze maggiori in particolare di tipo cardiaco e polmonare, rappresenta un fattore prognostico negativo per la sopravvivenza a breve e a lungo termine. Nella fase post-operatoria la presenza del geriatra/internista è fondamentale per ottimizzare le condizioni cliniche del paziente, ripristinare rapidamente le condizioni preesistenti alla frattura, prevenire le complicanze mediche e trattarle tempestivamente.

Principali aspetti da monitorare e sorvegliare nella fase postoperatoria

Dolore

La rapida stabilizzazione chirurgica della frattura è il metodo più efficace per trattare il dolore; la corretta ed efficace gestione del dolore costituisce presupposto indispensabile per ridurre le complicanze e consentire una precoce mobilizzazione. Un inadeguato trattamento del dolore perioperatorio è correlato a maggiore incidenza di delirium, depressione, complicanze cardiopolmonari, minore recupero delle capacità funzionali a breve e a 6 mesi, maggiore durata della degenza, scadente qualità di vita, incremento della mortalità. La rilevazione del dolore, già avviata nel Pronto Soccorso deve proseguire quotidianamente nel corso della degenza, sia a riposo che nel corso del nursing e della seduta riabilitativa. Le caratteristiche e l'intensità del dolore e gli effetti collaterali del trattamento devono essere registrati in cartella, come stabilito dalle disposizioni vigenti. Nel paziente con deterioramento cognitivo il rilievo mediante scale numeriche può non essere praticabile, ma la presenza di dolore può essere presunta da indicatori comportamentali quali espressioni del viso, vocalizzazioni, movimenti del corpo, aggressività, rifiuto del cibo, aumento del wandering, delirium. In ogni caso in questo tipo di paziente il dolore deve essere presunto in base alla patologia in atto e trattato anche se non rilevabile con certezza. Nel paziente anziano è preferibile utilizzare paracetamolo e oppioidi che presentano un minor rischio di complicanze rispetto ai FANS. L'uso di tecniche epidurali e perineurali, quando disponibili, è efficace e gravato da minore incidenza di delirium.

Idratazione

La disidratazione, condizione presente sin dall'ingresso, nei pazienti con frattura di femore può compromettere la funzione renale, la stabilità cardiovascolare, la funzione cerebrale e, in fase postoperatoria, causare ipotensione ortostatica che ritarda l'inizio della verticalizzazione e della deambulazione. Pertanto, l'integrazione idroelettrolitica sia per via venosa che per via orale è raccomandata routinariamente nella fase perioperatoria.

Anemia

La tempestività dell'intervento (specie nelle fratture extracapsulari) e l'utilizzo di tecniche chirurgiche meno invasive possono contenere la perdita ematica postraumatica e intraoperatoria e ridurre la necessità di trasfusioni.

Per le soglie trasfusionali si rimanda al paragrafo 2.3 Intervento chirurgico - "Terapia di supporto trasfusionale" del presente documento.

Ossigenazione ematica

La misura della saturazione deve essere effettuata per ogni paziente all'ingresso e corretta nel caso di valori anomali. La somministrazione di ossigeno, se non controindicato, deve essere protratta per 24-72 ore dopo l'intervento con uno stretto monitoraggio della saturazione che deve restare superiore al 95%, compatibilmente con la saturazione basale pre-frattura.

Alimentazione ed apporto calorico-proteico

Lo stato di malnutrizione calorico proteica, che spesso caratterizza i pazienti con frattura di femore da fragilità, comporta un maggior rischio di complicanze, come infezioni e lesioni da pressione, un prolungamento della degenza e un aumento della mortalità. Durante la degenza il quadro può peggiorare a causa dell'aumento delle richieste energetiche e della carente assunzione di alimenti, favorita da prolungati quanto non necessari digiuni preoperatori e dal vomito postoperatorio non adeguatamente contrastato. Diverse linee guida raccomandano l'integrazione calorico-proteica, in particolare nei soggetti malnutriti e nella fase di riabilitazione, sebbene le evidenze a supporto dei vantaggi della metodica non siano forti; la disponibilità di una figura professionale dedicata alla somministrazione di cibi e liquidi ha dimostrato di migliorare la compliance del paziente e di ridurre la mortalità e la durata della degenza. È raccomandabile l'adozione di strumenti per la valutazione dello stato nutrizionale all'ingresso, dell'introito alimentare quotidiano e della presenza di disfagia, nonché di protocolli per la durata del digiuno preoperatorio e della ripresa dell'alimentazione dopo l'intervento.

Prevenzione e gestione del delirium

Episodi di delirium compaiono in oltre la metà di pazienti con frattura di femore e si associano a minor recupero funzionale, prolungamento della degenza, più frequente istituzionalizzazione e più elevata mortalità. Fattori predisponenti sono l'età avanzata e un preesistente deterioramento cognitivo, ai quali si possono associare diverse condizioni che agiscono da fattori scatenanti, come infezioni polmonari e urinarie, uso di anticolinergici e anestetici, disidratazione, malnutrizione, ritenzione urinaria, coprostasi, dolore incontrollato, rumore e inadeguata illuminazione, spostamenti di stanza, allontanamento dei familiari, ritardo dell'intervento e prolungata immobilizzazione.

L'identificazione e la correzione di questi fattori, molti dei quali richiedono interventi di nursing, sono prioritari rispetto al trattamento farmacologico specifico, il quale deve prevedere protocolli di trattamento condivisi.

Integrità della cute e prevenzione delle lesioni da pressione

I pazienti con frattura di femore hanno un elevato rischio di lesioni da pressione a causa delle comorbilità preesistenti e della forzata immobilizzazione.

Esse si associano tuttavia ad un ritardo nel recupero funzionale e ad un prolungamento della degenza e dei costi complessivi dell'assistenza.

Alcuni interventi sono prioritari nell'attività di nursing: la correzione di fattori di rischio modificabili come la malnutrizione, una

attenta igiene del paziente, l'uso di presidi antidecubito, sin dal momento di ingresso in ospedale (compresa la sala operatoria), l'adozione di protocolli operativi per la rotazione periodica del decubito e l'ispezione quotidiana delle sedi a rischio, la rapida mobilizzazione fuori dal letto.

Prevenzione dell'incontinenza e gestione del catetere vescicale

La cateterizzazione routinaria perioperatoria non è indicata, a causa dell'incremento del rischio di infezioni che comporta; è indicata in caso di incontinenza, ritenzione urinaria o in presenza di patologia cardiaca o renale, in cui è richiesto il monitoraggio della diuresi. In pazienti affetti da deficit cognitivi o elevata disabilità, soprattutto se di sesso maschile, può comparire nel corso della degenza incontinenza urinaria che richiede complessi interventi di nursing, quali monitoraggio quotidiano con carta minzionale e terapia comportamentale, terapia medica specifica e valutazione specialistica. L'effettuazione di anestesia spinale/peridurale può aumentare la necessità di cateterizzazione vescicale.

Prevenzione della costipazione e dell'ileo paralitico

L'immobilità, la disidratazione, l'uso di diete povere di fibre e di analgesici oppioidi può favorire l'insorgenza di queste complicanze, la cui prevenzione si basa sui seguenti interventi: rapida mobilizzazione, adeguata idratazione orale, dieta appropriata e uso di lassativi.

La presa in carico riabilitativa precoce e la riabilitazione nella fase acuta

La precoce ripresa della abilità di muoversi nell'ambiente del soggetto operato di frattura di femore è considerato l'obiettivo principale della presa in carico riabilitativa. La mobilizzazione comprende sia i cambiamenti di postura sul letto che i passaggi di stazione (seduta – in piedi).

È noto che la mobilizzazione precoce (entro il giorno successivo all'intervento o comunque entro le prime 48 ore) migliora in modo significativo l'autonomia nei trasferimenti e nel cammino in settimana giornata dopo l'intervento. Per quanto riguarda il tipo di trattamento fisioterapico, vi sono evidenze che un training aggiuntivo di rinforzo muscolare migliora significativamente la forza dei flessori dell'anca, del quadricipite e la velocità del cammino rispetto al training standard, ma non vi sono differenze nelle ADL, nel cammino e nella capacità di effettuare i passaggi seduto-in piedi.

Per ogni paziente preso in carico viene stilato, da parte del team della riabilitazione, il Progetto riabilitativo individuale (PRI), così come previsto nel "Piano della Riabilitazione" della Regione siciliana (*Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana, supplemento ordinario n. 54 del 21 dicembre 2012). La presa in carico globale è, inoltre, assicurata dalla presenza di un nursing riabilitativo dedicato e finalizzato alla cura delle posture, alla mobilità al letto e al mantenimento delle autonomie apprese con il supporto del fisioterapista in modo da raggiungere obiettivi comuni quali la prevenzione dei danni cutanei e osteoarticolare da immobilità, dal controllo degli aspetti nutrizionali, dall'individuazione e dal trattamento delle problematiche psicologiche mediante l'utilizzo di competenze mirate. La cartella clinica riabilitativa, deve contenere, quale set minimo di dati: l'individuazione e valutazione dello spettro di menomazioni e disabilità (funzioni cognitive, motorie, respiratorie, cardiologiche, deglutizione, ausili per l'autonomia, controllo degli aspetti nutrizionali, supporto psicologico, ecc.), del relativo gradiente di modificabilità, gli obiettivi individuati e i risultati attesi, l'individuazione degli strumenti terapeutici più idonei, gli obiettivi e i risultati raggiunti. Deve essere prevista la misurazione dei miglioramenti e del raggiungimento degli obiettivi funzionali attraverso l'utilizzo di scale di valutazione validate e/o riconosciute dalle società scientifiche di riferimento ai fini di una confrontabilità dei risultati a livello nazionale e internazionale (preferibilmente di rapida esecuzione quale il Barthel Index). Di fondamentale importanza è l'utilizzo di strumenti di comunicazione formalizzati e condivisi nell'ambito della cartella clinica che consentano un rapido passaggio di consegne tra i componenti del team come ad esempio rispetto al carico, alle posture o alle modalità di trasferimento.

Sulla base della valutazione dell'ortopedico dovrà essere programmato il trasferimento nelle sedi più opportune di continuazione del PRI.

Elementi fondamentali per la piena realizzazione del progetto e del programma riabilitativo sono: l'aver effettuato un tipo di intervento chirurgico che consenta:

- una mobilizzazione precoce (entro il giorno successivo all'intervento o comunque entro le prime 48 ore) comprendente sia i cambiamenti di postura sul letto che i passaggi di stazione seduta- in piedi che il cammino con livelli di complessità crescenti comprese: velocità, cambiamenti di direzione, salita, discesa e scale,
- un carico immediato,
- il buon controllo del dolore, delle funzioni cardio-respiratorie e dei valori pressori,
- la precocità della visita di controllo ortopedico (e della RX di controllo) con la prescrizione del tipo di carico sopportato.

Le raccomandazioni che ne conseguono sono:

Valutazione e presa in carico precoce, entro 24/48 ore dall'intervento, da parte del fisiatra e del fisioterapista se le condizioni mediche o chirurgiche del paziente lo consentono, altrimenti il programma riabilitativo viene dilazionato in base alle indicazioni del Team riabilitativo.

Il programma da svolgere include:

- posture corrette, autonomia nei cambi posturali, esercizi attivi di pompa muscolare, raggiungimento della posizione seduta e dei trasferimenti in carrozzina
- training alle autonomie nelle ADL primarie (in particolare lavarsi, vestirsi e accedere al bagno) counselling all'assistito e al care giver
- nel caso vi sia la concessione al carico il programma prevederà la gestione dei passaggi di postura (è indicato l'ortostatismo) e il training incrementale del cammino con progressivo aumento della distanza percorsa con ausili. I criteri per l'identificazione dell'ausilio (deambulatori,

antibrachiali, ecc.) nelle diverse fasi sono: 1) rispetto della tipologia di carico; 2) garanzia della sicurezza del paziente in base alle sue capacità funzionali e al livello cognitivo

– nel caso non vi sia concessione al carico il programma prevederà la gestione dei passaggi di postura, trasferimenti e delle autonomie nelle ADL oltre al counselling del care giver.

La Pianificazione della dimissione nella fase acuta

La pianificazione delle modalità di dimissione e l'attivazione dei successivi percorsi di continuità assistenziale riduce i tempi di degenza, le riammissioni in ospedale e la mortalità a breve termine ed aumenta la soddisfazione del paziente.

Nel fratturato di femore i programmi di continuità assistenziale con interventi domiciliari post-dimissione sembrano influire anche sulla mortalità a breve termine. Occorre pianificare il percorso del paziente, già dall'ingresso nel reparto per acuti e ridefinirlo, se necessario, nel corso del ricovero, in particolare dopo l'intervento chirurgico e ogni qualvolta emergano variazioni cliniche, funzionali o socio-assistenziali significative.

La valutazione multidimensionale, che riguarda in particolare le comorbidità, lo stato cognitivo, lo stato funzionale pre-frattura e le risorse familiari ed economiche, costituisce la base per la pianificazione. La concessione del carico, il tipo di recupero funzionale dopo l'intervento, l'eventuale comparsa di complicanze post-operatorie concorrono a perfezionare il piano definitivo e a individuare il setting più appropriato per proseguire la riabilitazione dopo la fase acuta.

La dimissione protetta richiede il coinvolgimento precoce del team multidisciplinare intraospedaliero (ortopedico, geriatra/internista, fisiatra, fisioterapista, infermiere, assistente sociale), dei referenti dei servizi territoriali coinvolti, del paziente e dei familiari le cui richieste e preferenze sono elementi essenziali per la definizione del percorso di cura.

Modelli di dimissione precoce

Le ASP, nell'ambito del territorio di competenza, devono promuovere modelli di dimissione precoce che favoriscono la rapida dimissione dai reparti di ortopedia verso strutture intermedie dedicate, in grado di accogliere soggetti ancora parzialmente instabili.

Risultati positivi, sia per quanto riguarda i costi ospedalieri che il recupero funzionale dei pazienti, sono da attribuire alla presa in carico precoce del paziente da parte del team della riabilitazione che, in continuità con quanto descritto nella fase acuta, prosegue l'approccio riabilitativo multidimensionale con particolare attenzione agli interventi nutrizionali, al controllo del dolore, alla prevenzione e trattamento del delirium ed in generale alla prevenzione ed al precoce trattamento di ogni complicanza postoperatoria.

La strutturazione di team multidisciplinari e multiprofessionali dedicati a valenza post-acuta riabilitativa e la definizione di setting assistenziali fra ospedali per acuti e strutture intermedie rappresentano gli elementi indispensabili a favorire la dimissione precoce dalla fase acuta ospedaliera.

2.5 Fase postacuta

Riabilitazione post-acuta

Sulla base del piano definito alla dimissione e del profilo di appartenenza, il paziente accede ad uno dei setting previsti per la fase riabilitativa postacuta. Tutti i pazienti dopo frattura di femore hanno indicazione ad eseguire un trattamento riabilitativo postacuto ad eccezione di quelli in cui il livello funzionale prefrattura sia già stato raggiunto al termine della fase acuta o quelli le cui condizioni cliniche inducano il team multidisciplinare riabilitativo a non identificare obiettivi riabilitativi successivi. I pazienti provenienti da strutture protette nella

pratica tendono a rientrare dopo la dimissione nella struttura di provenienza e ad eseguire in quella sede l'eventuale ciclo riabilitativo necessario, ma qualora questo non fosse possibile e/o vi fosse una indicazione ad eseguire un ciclo riabilitativo a maggiore intensità, la provenienza da strutture protette non deve precludere l'indicazione ad un trasferimento in un setting riabilitativo intermedio.

Le tipologie di offerta riabilitativa di cui il paziente può usufruire, concordemente agli specifici setting riabilitativi individuati, sono indicati nel Piano della riabilitazione della Regione siciliana supplemento ordinario della GURS n. 54 del 21/12/12.

Indipendentemente dal setting l'obiettivo riabilitativo è sempre il raggiungimento del massimo livello di autonomia in riferimento alle competenze pre-frattura sia per quanto riguarda il cammino che la abilità nelle ADL.

Prevenzione secondaria

Vitamina D e trattamento farmacologico

La gran parte dei pazienti con frattura di femore presenta una carenza di vitamina D che ha effetti negativi sia sul metabolismo scheletrico che sulla funzione muscolare. La normalizzazione dei livelli sierici facilita il recupero funzionale e riduce il rischio di caduta e di ulteriori fratture. Tutti i soggetti con frattura di femore dovrebbero ricevere un trattamento con vitamina D, secondo le modalità indicate dalle linee guida correnti, finalizzato al raggiungimento di livelli superiori a 30 ng/ml, a cui dovrebbe seguire una supplementazione a lungo termine di almeno 1000-2000 U (25-50 µg) die. I soggetti osteoporotici con elevato rischio di frattura dovrebbero inoltre essere valutati dal punto di vista osteometabolico e ricevere un trattamento antiosteoporotico. I farmaci antiassorbitivi (bifosfonati) sono da considerarsi i farmaci di prima scelta se non controindicati.

Valutazione del rischio di cadute

Poiché nella quasi totalità dei casi la frattura di femore da fragilità consegue ad una caduta, oltre alla diagnosi e al trattamento dell'osteoporosi le linee guida raccomandano una valutazione della causa di caduta come componente routinaria della valutazione multidimensionale geriatrica fin dall'ingresso, allo scopo di programmare gli interventi utili a minimizzare il rischio di nuove cadute e prevenire nuove fratture. Il rischio di cadute con esiti traumatici nel primo anno dopo una frattura di femore è infatti di circa il 30%, mentre circa il 10% dei pazienti va incontro a una seconda frattura di femore.

La valutazione del rischio deve comprendere:

- la definizione delle circostanze e della dinamica della caduta
- la ricerca di fattori di rischio intrinseci (storia di cadute nell'ultimo anno, debolezza muscolare degli arti inferiori e segni di sindrome ipocinetica, turbe dell'equilibrio e difficoltà nella marcia, alterazioni muscolo-scheletriche, in particolare delle articolazioni degli arti inferiori e del piede, deterioramento cognitivo, ipotensione ortostatica, incontinenza, ipovisione e ipoacusia, malnutrizione, depressione e paura di cadere);
- la ricerca di fattori di rischio estrinseci (tipo e numero dei farmaci assunti, calzature inadeguate, cause ambientali come ostacoli, pavimenti scivolosi, illuminazione inadeguata o assenza di supporti in bagno, uso di ausili inadeguati o scorretto uso degli ausili).
- lo studio delle cause situazionali (esordio di patologie acute, in particolare accessi febbrili, riacutizzazione di malattie croniche, variazioni terapeutiche recenti in particolare con antiipertensivi, antidepressivi o benzodiazepine, assunzione di alcool, perdita di coscienza o prelipotimie, attività o movimenti a rischio, eventi ambientali accidentali).

Nei pazienti con fattori di rischio multipli gli interventi per la minimizzazione del rischio dovrebbero riguardare tutti i fattori modificabili riscontrati, in quanto un intervento monofattoriale potrebbe paradossalmente aumentare il numero delle cadute (es. miglioramento delle condizioni visive in pazienti con gravi limitazioni motorie).

In alcuni casi il trattamento delle cause riscontrate deve essere effettuato già in fase pre-operatoria (per esempio in caso di sincope cardiogena per turbe della conduzione) o durante la degenza in fase acuta (revisione dei farmaci, trattamento di patologie acute o riacutizzazione di patologie croniche come scompenso cardiaco e BPCO).

Durante la fase di riabilitazione post-acuta devono essere previsti interventi per aumentare l'equilibrio e migliorare la deambulazione e devono essere indicati gli ausili più appropriati; al momento della dimissione deve essere definito il rischio di caduta.

In molti casi, al momento della dimissione si ravvisa la necessità di indirizzare il paziente per una valutazione diagnostica o terapeutica specialistica, a servizi ambulatoriali di altre discipline (cardiologico, oculistico, ecc.) oppure ad ambulatori geriatrici dedicati alla gestione dell'osteoporosi e delle cadute.

Tali indicazioni devono essere parte integrante del discharge planning, al fine di garantire la continuità del percorso diagnostico-terapeutico, minimizzare il rischio di caduta e impostare un adeguato trattamento antifratturativo.

Prevenzione secondaria a lungo termine

Al fine di ridurre l'incidenza della rifrattura di femore in persone > 65 anni deambulanti, autosufficienti e senza gravi problemi cognitivi all'epoca della prima frattura, al termine del programma di riabilitazione è indicato, secondo le migliori pratiche, un intervento domiciliare multifattoriale che mira al controllo di più fattori di rischio (patologie, terapia farmacologica, stili di vita, rischi ambientali, autosufficienza) e in particolare al mantenimento delle abilità fisiche.

La presa in carico del paziente inizia immediatamente dopo la fine del programma di riabilitazione post-operatorio effettuato in regime di ricovero o a domicilio.

Il programma domiciliare individuale, ha una durata annuale dalla presa in carico ed è composto da:

- Programma di esercizi personalizzato basato su una valutazione a tempo 0 e a 3 mesi e progressione trimestrale supervisionata. Il programma di esercizio fisico è finalizzato al mantenimento ed incremento della forza, dell'equilibrio e delle abilità motorie complessive del paziente.
- Valutazione dei rischi ambientali nell'abitazione e correzione degli elementi di rischio.
- Indicazioni su comportamenti, stili di vita ed abitudini utili al fine della prevenzione delle cadute
- Counselling motivazionale finalizzato a mantenere l'adesione al programma.
- Valutazione finale.

2.6 Continuità assistenziale

La continuità assistenziale nel percorso ospedale - territorio - domicilio assume, per le caratteristiche di questo paziente un ruolo di fondamentale importanza.

Per continuità assistenziale si intende l'organizzazione del processo di cura del paziente da un setting di cura ad un altro ed in particolare nella fase:

- intraospedaliera: per assicurare la continuità tra la fase acuta e quella post-acuta e di riabilitazione;
- extraospedaliera: per garantire la dimissione protetta del paziente (e ogniqualvolta sia possibile il suo rientro a domicilio). E' necessario che essa venga definita con congruo anticipo anche per consentire, se prevista, di pianificare la presa in carico in ambito territoriale attraverso procedure concordate e formalizzate per l'attivazione dei percorsi riabilitativi/assistenziali e di follow-up.

Il progetto di dimissione protetta assume un ruolo centrale già durante il ricovero ospedaliero, in quanto garante: della continuità del percorso assistenziale e delle procedure di dimissione, comprese quelle per l'ottenimento degli ausili, o per le eventuali

visite e controlli successivi al ricovero, di cui è responsabile la figura del case manager;

della definizione dei processi di erogazione e di consegna degli ausili e dei presidi fondamentali per la qualità della vita dei pazienti; del rispetto della fornitura di prescrizioni e prenotazioni, secondo le indicazioni fornite con decreto del 20 dicembre 2011 pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 6 del 10 febbraio 2012.

Le condizioni di fragilità che molte volte caratterizzano il paziente anziano con frattura di femore possono necessitare di sorveglianza medica, di nursing infermieristico e/o di riabilitazione, organizzati in un progetto di cure integrate, di durata variabile ed erogate a domicilio o in una struttura di degenza. Al fine di garantire la continuità di cura e permettere la tempestiva trasmissione di tutta la documentazione utile a questo scopo, è necessario disporre di un sistema di comunicazione efficace, preferibilmente informatizzato che integri i diversi attori (strutture, servizi e professionisti) e coinvolga il MMG dell'assistito.

Fornitura di ausili

Vista l'importanza che rivestono i dispositivi protesici nel percorso di autonomia del paziente anziano con frattura di femore al fine di assicurare la continuità assistenziale ospedale - territorio e garantire il rientro in sicurezza al domicilio le U.U.O.O. di dimissione del paziente prescrivono gli

ausili previsti conformemente alle “Direttive per l’applicazione del D.M 332/99 per le prestazioni di assistenza protesica nel territorio della Regione siciliana” di cui al decreto assessoriale n 2643 del 20 dicembre 2011 pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 6 del 10 febbraio 2012.

2. Indicazioni per le aziende sanitarie

Tutte le aziende sanitarie pubbliche e private accreditate della Regione siciliana devono:

- Formalizzare ed adottare un documento aziendale per il perseguimento degli standard regionali per la gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore;
- Costituire un gruppo di lavoro aziendale per l’implementazione del documento;
- Monitorare e produrre relativa reportistica (annuale);
- Condurre Audit clinico-organizzativo;

Per l’attuazione delle azioni sopra descritte tutte le aziende devono utilizzare gli standard, gli indicatori e i valori attesi riportati nella sottostante tabella.

Tabella “Standard Regionali e Indicatori”

– Agency for clinical innovation. The orthogeriatric model of care 2010.

http://www.anci.health.nsw.gov.au/_dete/assets/pdf_file/0013/153400/aci_orthogeriatrics_clinical_practice_guide.pdf.

– British Orthopaedic Association and British Geriatrics Society. The care of patients with fragility fracture 2007. <http://nhfd.co.uk> -

Scottish Intercollegiate Guide Lines Network. Management of hip fracture in older people. National clinical guide line 111. 2009.<http://www.sign.ac.uk/pdf/sign111.pdf>

– The National Institute for Health and clinical Excellence. Clinical Guideline 124. The management of hip fracture in adults. 2011. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13489/54918/54918.pdf>

– Documento di Indirizzo “Percorso assistenziale per la gestione della frattura prossimale del femore in pazienti ultrasessantacinquenni”

PAFF Regione Lazio DGR n 613 del 7 agosto 2009; (www.asplazio.it/asp.../tut.../paff/Documento%20di%20indirizzo.pdf) consultato il 09/03/2015

– Documento di indirizzo per l’organizzazione dell’assistenza integrata al paziente anziano con frattura di femore dell’Assessorato

Politiche per la Salute della Regione Emilia – Romagna; (Allegato DGR 1133/2013 - Bollettino Ufficiale della Regione [...bur.regione.emiliaromagna.it/...dellassistenza...fratture-di-femore...per..](http://www.bur.regione.emiliaromagna.it/...dellassistenza...fratture-di-femore...per..)) consultato il 05/03/2015

– Percorso dta frattura di femore AReSS del Piemonte (www2.aress.piemonte.it/.../pdta.../153-pdta.html?...1204%3Apdta...frattu..). consultato il 03/03/2015

– Dati della Regione Siciliana SDO e RENCAM 2014;

(http://pti.regione.sicilia.it/portal/page/portal/PIR_PORTALE/PIR_LaStrutturaRegionale/PIR_AssessoratoSalute)

– Conferenza Stato – Regioni del 7 maggio 1998 “Linee guida del Ministero della sanità per le attività di riabilitazione”

– Conferenza Stato – Regioni del 10 febbraio 2011 “Piano di indirizzo per la riabilitazione”

– D.A. n 02643/11 “Direttive per l’applicazione del D.M. n 332/99 per le prestazioni di assistenza protesica nel territorio della Regione Siciliana

– D.A. 26 ottobre 2012 “Piano della Riabilitazione” della Regione Siciliana

– (McLaughlin 2006) Condizioni cliniche del paziente anziano con frattura di femore che richiedono di essere corrette e giustificano un ritardo dell’intervento (maggiori) e condizioni che è opportuno correggere ma non giustificano un ritardo dell’intervento (minori).

APPENDICE

RIABILITAZIONE

Il trattamento riabilitativo è finalizzato alla prevenzione dei danni secondari, al miglior recupero funzionale compatibile con le risorse biologiche, ambientali e sociofamiliari del paziente.

Nell'ambito del modello organizzativo ortogeriatrico l'intervento riabilitativo dovrà avere i seguenti requisiti:

- presa in carico riabilitativa precoce dall'ingresso in ospedale
- continuità assistenziale ospedale – territorio - domicilio
- definizione di un Progetto riabilitativo individuale che, elaborato dal team della riabilitazione sulla base delle tre dimensioni: complessità clinica, disabilità e multimorbidità, permette di allocare il paziente, indipendentemente dalla patologia principale che ha creato la disabilità, in setting riabilitativi più appropriati in relazione alla fase del percorso di cura con impiego di risorse razionali.

In particolare il Progetto riabilitativo individuale, coordinato dal medico specialista in riabilitazione definisce le aree di intervento specifico, gli obiettivi, i professionisti coinvolti, i setting, le metodologie e le metodiche riabilitative, i tempi di realizzazione e la verifica degli interventi che costituiscono i Programmi riabilitativi i quali specificano:

- modalità di presa in carico da parte di una determinata struttura o professionista nel rispetto dei criteri dell'accreditamento
- obiettivi da raggiungere a breve e medio termine
- modalità e tempi di erogazione delle singole prestazioni previste
- misure di esito atteso appropriate per la valutazione degli interventi
- tempi di verifica e conclusione

Il PRI con le relative firme dei componenti del team che hanno partecipato alla stesura deve essere chiaramente documentato nella cartella clinica riabilitativa che è parte integrante della documentazione clinica del paziente.

Solamente attraverso il progetto riabilitativo individuale, che riconosce nella classificazione ICF il telaio concettuale per la definizione del percorso riabilitativo, si potrà avere un governo dell'intero percorso riabilitativo ed un utilizzo corretto dei setting riabilitativi di ricovero ospedaliero, favorendo un utilizzo appropriato delle risorse disponibili e un intervento riabilitativo che permetta il miglior recupero delle capacità funzionali e delle autonomie del paziente.

L'appropriatezza dei percorsi riabilitativi presuppone una diagnosi riabilitativa, per cui nella definizione dei setting riabilitativi si ritiene necessario considerare i seguenti elementi:

- la definizione della tipologia di patologia che ha determinato il danno menomante e la classificazione secondo le categorie ICF;
- il grado di complessità del paziente preso in carico;
- il numero e la tipologia di programmi appropriati per tipologia di disabilità presenti;
- gli strumenti valutativi e terapeutici appropriati per ogni programma in rapporto al recupero della disabilità;
- lo strumento di misura/valutazione finale del/degli obiettivo/i previsti dal/dai programma/i del Progetto riabilitativo individuale.

Allo stesso tempo, per la valutazione dell'efficacia ed efficienza del percorso riabilitativo è necessario disporre di indicatori che possono

essere descritti come:

- indicatori di appropriatezza (variabili indipendenti): precocità di intervento, adeguato periodo di permanenza in uno specifico setting ed adeguato setting alla dimissione
- indicatori clinici, che riguardano sia una valutazione dello stato funzionale ricavabile dalla gravità della disabilità e sua tipologia (ad es. non indicata riabilitazione intensiva per pazienti troppo gravi con elevata instabilità clinica sia per pazienti troppo lievi) che un trattamento e censimento delle comorbidità (insieme di condizioni morbose presenti prima della insorgenza della disabilità) e complicanze (o complicazioni: condizioni morbose insorte successivamente all'esordio della condizione di disabilità) valutate per la loro capacità di interferire con il percorso di recupero molto più che per la loro gravità intrinseca. Le complicanze possono essere in linea con quanto atteso da una buona pratica clinica o possono rappresentare un evento inatteso,

determinando aggiustamenti del percorso e possibili outcome inferiori in tempi più lunghi rispetto a quelli auspicati.

– indicatori di outcome (variabili dipendenti), che rappresentano il risultato conclusivo di diversi processi/azioni, riferiti alla persona nel suo complesso, valutati nel medio-lungo periodo, comprensivi dell'effetto dell'interazione persona-ambiente e della percezione del risultato da parte della persona stessa.

Restringendo il periodo di valutazione e misurando il risultato immediato di processi intermedi (nel breve periodo) si devono considerare anche gli output che possono essere assimilati ad indicatori di miglioramento (ad esempio il miglioramento del ROM e della forza, presumibilmente prevengono la perdita di autosufficienza).

La precocità nella definizione di un Percorso riabilitativo unico, impostato fin dalla comparsa dell'evento morboso che ha determinato il ricovero nel reparto per acuti, (dal momento dell'insorgenza della lesione fino alla stabilizzazione delle problematiche internistiche) rappresenta un elemento fondamentale per una tempestiva presa in carico riabilitativa ed attivazione di quanto necessario per una appropriata consegna del paziente alle strutture della rete (presa in carico precoce).

Riabilitazione in fase di post-acuzie

Nello sviluppo del percorso un momento decisionale riguarda la fase di ricovero riabilitativo.

In ambito di ricovero riabilitativo esistono due livelli assistenziali in relazione alla tipologia, complessità e momento di sviluppo della disabilità, all'intensità ed alla complessità delle attività sanitarie di riabilitazione nonché alla quantità e qualità di risorse assorbite. Perché i ricoveri in strutture riabilitative ospedaliere siano appropriati è comunque indispensabile che soddisfino almeno questi requisiti generali:

- vi sia la necessità per le condizioni cliniche del paziente di assistenza infermieristica 24 h e copertura medico specialistica fisiatrica;
- il paziente sia affetto da disabilità tale da non poter essere trattato con modalità alternative al ricovero ordinario;
- il paziente sia affetto da disabilità modificabili con il trattamento riabilitativo;
- vi sia la necessità di un intervento articolato ed integrato interprofessionale.

Attività di riabilitazione intensiva (identificata dal cod. 56)

Le Unità operative di riabilitazione intensiva sono dirette alla presa in carico di persone affette da:

- menomazioni e disabilità recuperabili di natura e gravità tali da rendere necessaria una tutela medica ed interventi di nursing ad elevata specificità nonché interventi valutativi e terapeutici intensivi non erogabili in altra forma;
- menomazioni e disabilità complesse in grado di avvalersi di competenza medica specialistica fisiatrica e di programmi di riabilitazione intensiva e/o che richiedano la possibilità di interazioni con altre discipline specialistiche;
- disabilità tale da non poter essere trattata con modalità alternative al ricovero.

Le attività devono essere rivolte a persone che necessitano di un intervento riabilitativo distribuito nell'arco della giornata con la partecipazione sia dei professionisti della riabilitazione sia dei professionisti dell'assistenza con presenza infermieristica h 24. Nel piano della riabilitazione della Regione siciliana di cui al decreto assessoriale del 26 ottobre 2012 pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana, supplemento ordinario n. 54 del 21 dicembre 2012, gli interventi di riabilitazione intensiva si caratterizzano nella necessità di garantire al paziente un intervento multidisciplinare e multiprofessionale intensivo di almeno di 3 ore al giorno di trattamento riabilitativo specifico.

Attività di Riabilitazione estensiva (identificata dal codice 60)

È una attività caratterizzata da interventi riabilitativi di più moderato impegno terapeutico, a fronte di un maggior intervento assistenziale, e in particolare alle persone che non possono giovare o sopportare un trattamento intensivo o affetti da disabilità croniche evolutive.

Nel piano della riabilitazione della Regione siciliana di cui al decreto assessoriale del 26 ottobre 2012 pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana, supplemento ordinario n. 54 del 21 dicembre 2012, gli interventi di riabilitazione estensiva si caratterizzano nella necessità di garantire al paziente un intervento multidisciplinare e multiprofessionale valutabile in due ore al giorno di trattamento specifico che implicino un elevato livello di tutela medico - infermieristica.

Sulla base di queste considerazioni, la scelta del livello assistenziale per il paziente affetto da disabilità conseguenti a patologie dell'apparato muscolo-scheletrico deve essere indicata dal PRI. Il processo di valutazione deve comprendere strumenti in grado di definire la complessità clinica, la multimorbilità e disabilità, questi ultimi scelti rispettando lo schema generale dell'ICF (Funzioni Corporee, Strutture Corporee, Abilità e Partecipazione; Fattori ambientali).

Attività di riabilitazione ambulatoriale e domiciliare

Nell'ambito dei percorsi riabilitativi a livello ambulatoriale e domiciliare, dovrà essere attuata, al fine di garantire la continuità ospedale

– territorio, la modalità organizzativa ed erogativa più soddisfacente per la presa in carico delle persone con esiti di frattura di femore. In tal senso rientra la valutazione degli ausili (sia in termini di appropriatezza che di utilizzo), l'erogazione di attività riabilitative in coerenza con quanto determinato nella fase acuta, l'eventuale adattamento dell'ambiente di vita della persona e l'addestramento del care-giver.

I percorsi in riabilitazione della Regione siciliana declinati nei requisiti di:

- struttura
- mandato
- appropriatezza e criteri di accesso
- processo
- aree di attività
- requisiti minimi strutturali
- dotazione minima ambienti
- requisiti minimi tecnologici
- risorse umane
- competenze necessarie del presidio ospedaliero

sono descritti nell'allegato B del decreto assessoriale del 26 ottobre 2012 pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana, supplemento ordinario n. 54 del 21 dicembre 2012.

Scale di valutazione nei setting riabilitativi

Tutti i pazienti che vengono ricoverati nei centri riabilitativi intensivi, estensivi e nei post acuti con funzioni riabilitative, necessitano della stesura di un progetto riabilitativo individuale elaborato in team e di programmi riabilitativi a carico dei diversi professionisti della riabilitazione.

Accanto ad una valutazione della severità del quadro clinico (ISM) si indicano come strumenti indispensabili per un minimo data set di valutazione per una prognosi riabilitativa e l'individuazione del setting di degenza le seguenti scale:

- Funzione dolore (NRS) (Oswestry Disability Index);
- Funzione mobilità articolare (ROM);
- Funzione forza muscolare (MCR);
- Funzione equilibrio e deambulazione (TINETTI BALANCE GAYT SCALE) ;
- Funzione affaticabilità (BORG);
- Funzione Autonomia (Barthel Index)

Per quanto non esplicitamente indicato nel presente documento si fa riferimento al Piano della riabilitazione della Regione siciliana pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 54 del 21 dicembre 2012.

SCHEMA DI INTERVISTA SULLA QUALITÀ DEI SERVIZI DI RICOVERO E CURA IN OSPEDALE

Sezione a cura dell'Azienda

Gentile Signora/e,

Le chiediamo di esprimere solamente un giudizio in merito alla sua ultima esperienza di ricovero ospedaliero.

I dati da Lei forniti durante l'intervista verranno trattati nel pieno rispetto della riservatezza come riportato nella liberatoria da

Lei firmata al momento della dimissione. Le informazioni da Lei fornite durante l'intervista saranno utilizzate esclusivamente per fornire all'ospedale il suo punto di vista sulla prestazione ricevuta con l'obiettivo di migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie.

Le domande che Le farò sono circa 20, pertanto l'intervista durerà circa 7 minuti. Per ogni domanda sarà possibile fornire una sola risposta e non ci saranno risposte giuste o sbagliate: risponda semplicemente ciò che pensa fornendo la risposta che più si avvicina alla Sua esperienza. Non è obbligatorio rispondere a tutte le domande. Se c'è qualcosa di poco chiaro mi interrompa tranquillamente.

La ringrazio per la collaborazione; inizio a sottoporle le domande.

Inizieremo con delle domande che riguardano l'assistenza da Lei ricevuta da parte degli infermieri.

ASSISTENZA DA PARTE DEGLI INFERMIERI

D1.1 Durante il suo ricovero in ospedale, gli infermieri l'hanno trattata con cortesia?

(Ritiene che il loro comportamento sia stato garbato, educato, cordiale etc..)

mai qualche volta di solito sempre non rispondo

D1.2 Gli infermieri l'hanno ascoltata attentamente?

(Hanno mostrato attenzione a quello che lei diceva, interpretato correttamente le sue richieste)

mai qualche volta di solito sempre non rispondo

D1.3 Pensa che gli infermieri le abbiano spiegato le cose in modo chiaro e comprensibile?

(Durante lo svolgimento delle loro mansioni le spiegavano ciò che stavano facendo? il motivo dei loro interventi etc..)

mai qualche volta di solito sempre non rispondo

D1.4 Dopo aver premuto il pulsante di chiamata, ha ricevuto velocemente aiuto?

(L'infermiere impiegava molto tempo a rispondere alla sua richiesta di intervento fatta tramite il pulsante?)

mai qualche volta di solito sempre

non ho mai premuto il pulsante non rispondo

D1.5 Ritiene che il personale infermieristico sia sufficiente?

sì no non rispondo

Adesso passerò a porle le stesse domande, ma questa volta saranno volte a valutare l'assistenza da Lei ricevuta da parte dei medici.

ASSISTENZA DA PARTE DEI MEDICI

D2.1 Durante il suo ricovero in ospedale, i medici l'hanno trattata con cortesia?

(Ritiene che il loro comportamento sia stato garbato, educato, cordiale etc..)

mai qualche volta di solito sempre non rispondo

D2.2 Pensa che i medici l'abbiano ascoltata attentamente?

(I medici si mostravano attenti verso quello che lei riferiva?, hanno interpretato correttamente le sue richieste?)

mai qualche volta di solito sempre non rispondo

D2.3 Pensa che i medici le abbiano spiegato le cose in modo chiaro e comprensibile?

(Durante le visite i medici le spiegavano ciò che stavano facendo? Il motivo dei loro interventi? Cosa stavano valutando?)

mai qualche volta di solito sempre non rispondo

D2.4 Ritieni che il personale medico sia sufficiente?

si no non rispondo

Abbiamo concluso anche la seconda parte, adesso passiamo ad alcune domande che serviranno a valutare l'ambiente ospedaliero inteso come la stanza di degenza, la pulizia dei bagni etc e la sua personale esperienza all'interno della struttura ospedaliera.

L'AMBIENTE OSPEDALIERO

D3.1 Durante il suo ricovero in ospedale, gli ambienti sono stati puliti?

(Il servizio di pulizia era efficiente, il bagno e la camera venivano puliti frequentemente?)

mai qualche volta di solito sempre non rispondo

D3.2 La zona intorno alla sua camera è stata silenziosa durante la notte?

(Riusciva a riposare tranquillamente o era disturbato da rumori di diversa provenienza?)

mai qualche volta di solito sempre non rispondo

LA SUA ESPERIENZA IN OSPEDALE

D4.1 Ha avuto bisogno di aiuto da parte degli infermieri o altro personale sanitario per andare in bagno o usare una padella da letto?

(Riusciva ad andare al bagno da solo o ha avuto bisogno di chiedere aiuto a qualcuno del personale ospedaliero?)

mai qualche volta di solito sempre non rispondo

Se risponde "mai" o "non rispondo" vai alla domanda D4.3

D4.2 Quante volte ha ricevuto velocemente aiuto per andare in bagno o per utilizzare una padella da letto?

(Quando chiamava aiuto per recarsi al bagno o per utilizzare la padella l'aiuto era tempestivo? Il personale arrivava velocemente in aiuto?)

COPIA

mai qualche volta di solito sempre non rispondo

D4.3 Durante la sua permanenza in ospedale, ha avuto bisogno di medicine per il dolore?

si no non rispondo

Se risponde "no" o "non rispondo" vai alla domanda D4.5

D4.4 Durante il suo ricovero in ospedale, quante volte le cure prestate le hanno fatto passare il dolore?

(Le cure fornite sono riuscite effettivamente a ridurle il dolore?)

mai qualche volta di solito sempre non rispondo

D4.5 Le sono stati somministrati farmaci che non aveva assunto prima?

(Durante il ricovero ha iniziato una nuova terapia, nuove compresse o in generale farmaci che prima non assumeva?)

si no non rispondo

Se risponde "no" o "non rispondo" vai alla domanda D5.1

D4.6 Prima di darle qualsiasi nuovo farmaco, il personale dell'ospedale le ha comunicato a cosa serviva?

(Quando le somministravano i farmaci, Lei era a conoscenza di cosa stava assumendo e a cosa servisse quel farmaco?)

mai qualche volta di solito sempre non rispondo

D4.7. Prima di somministrarle qualsiasi nuovo farmaco, il personale ospedaliero le ha spiegato in modo comprensibile i possibili effetti indesiderati?

(Lei conosceva i possibili effetti collaterali dei farmaci che Le somministravano?)

mai qualche volta di solito sempre non rispondo

Siamo alla fine dell'intervista. Le chiederò adesso qualcosa che riguarda la fase di dimissione e quindi un giudizio globale sull'ospedale.

ALLA DIMISSIONE

D5.1 Dopo aver lasciato l'ospedale, si è diretto presso:

(Dove si è recato subito dopo essere stato dimesso? È rientrato a casa o è stato ricoverato in un'altra struttura?)

- casa sua o casa di un parente/amico un'altra struttura sanitaria
 non rispondo

D5.2 Durante il suo ricovero in ospedale, medici, infermieri o altro personale ospedaliero hanno discusso con Lei sull'aiuto di cui potrebbe avere bisogno dopo la dimissione?

(Prima di essere stato dimesso ha ricevuto informazioni su come proseguire le cure e le strutture alle quali rivolgersi?)

- sì no in parte non rispondo

D5.3 Ha avuto informazioni scritte sui sintomi e i problemi di salute cui fare attenzione dopo aver lasciato l'ospedale?

(Prima delle dimissioni le hanno dato informazioni sui sintomi che potrebbero rappresentare un pericolo per le sue condizioni di salute?)

- sì no in parte non rispondo

VALUTAZIONE COMPLESSIVA OSPEDALE

D6.1 Scegliendo un numero da 0 a 10, dove 0 è la peggiore valutazione possibile e 10 la migliore, qual è il suo giudizio?

(Esprima un giudizio complessivo sulla struttura ospedaliera utilizzando i voti da 0 a 10)

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

D6.2 Consiglierebbe questo ospedale ai suoi amici e familiari?

- assolutamente no probabilmente no
 probabilmente sì assolutamente sì non rispondo

L'intervista si è conclusa, La ringrazio per la sua preziosa collaborazione.

BOLZANO

DGP 22.12.15, n. 1548 - Residenze per anziani dell'Alto Adige. (BUR n. 52 del 29.12.)

PRESENTAZIONE

La Provincia di Bolzano, nel contesto del complesso quadro del sistema delle autonomie locali, ha portato avanti politiche sociali organiche e coerenti, che nel corso di oltre sessanta anni hanno determinato un welfare provinciale basato su una attenta amministrazione dei servizi sociali che fa perno sul ruolo primario degli Enti locali (sussidiarietà verticale) e sulla osservanza della sussidiarietà orizzontale in grado di corrispondere al principio fondamentale del riconoscimento della persona. in quanto cittadina/o e titolare di diritti inalienabili e soggettivi, nonché di diritti esigibili in ordine alla erogazione dei servizi sociali

E' da tale angolo di osservazione che si riporta il presente provvedimento che costituisce un modello prototipale di offerta di un servizio sociale in linea con gli auspici e non ancora definiti LIVEAS previsti dalla incompiuta legge n. 328/2000.

Note INTRODUZIONE NORMATIVA

La legge provinciale del 30 ottobre 1973, n. 77, e successive modifiche, concernente provvedimenti in favore dell'assistenza agli anziani, e il relativo regolamento di esecuzione emanato con decreto del Presidente della Giunta provinciale 6 marzo N 1974, n. 17, e successive modifiche;

La legge provinciale 18 agosto 1988, n. 33, e successive modifiche, recante il Piano sanitario provinciale 1988 – 1991, e in particolare l'articolo 22 che disciplina il ricovero di persone nelle residenze per anziani, e il relativo decreto del Presidente della Giunta provinciale 5 maggio 1992, n. 19, e successive modifiche, con il quale è stato emanato

Il regolamento di esecuzione ai sensi di tale articolo 22 e il quale concerne i "centri di degenza per malati cronici";

La legge provinciale del 30 aprile 1991, n. 13, e successive modifiche, recante il riordino dei servizi sociali in Provincia di Bolzano, che definisce in particolare la procedura per la determinazione della retta dei servizi residenziali per anziani e all'articolo 13 i costi e le tariffe dei servizi sociali;

La legge provinciale del 12 ottobre 2007, n. 9, e successive modifiche, e i relativi provvedimenti di attuazione, concernenti interventi per l'assistenza alle persone non autosufficienti;

la propria deliberazione del 11 gennaio 1999, n. 8, e successive modifiche, che approva i criteri per la costruzione ed il finanziamento di alloggi per anziani;

La propria deliberazione del 7 settembre 2009, n. 2251, e successive modifiche, che stabilisce i criteri per l'accreditamento dei servizi residenziali per anziani;

La propria deliberazione del 26 ottobre 2009, n. 2620, e successive modifiche, che definisce il programma quinquennale per l'armonizzazione delle prestazioni e delle rette nelle case di riposo e nei centri di degenza, e in particolare le relative disposizioni transitorie in cui sono stabiliti gli importi unitari da applicarsi negli anni 2014 e 2015 e i parametri del personale per l'anno 2014, nonché secondo cui la Giunta approva nel corso del 2014 sia nuovi parametri di personale sia una nuova regolamentazione delle prestazioni particolari, entrambi da applicarsi dall'anno 2015;

La propria deliberazione del 18 novembre 2013, n. 1744, che stabilisce i criteri per la determinazione delle rette nelle case di riposo e centri di degenza per l'anno 2014;

La propria deliberazione del 13 gennaio 2015, n. 27, e successive modifiche, con la quale sono state emanate le disposizioni transitorie per la determinazione delle rette nelle residenze per anziani dell'Alto Adige relative all'anno 2015, e in particolare la disposizione con la quale viene stabilito che nell'anno 2015 sono elaborate le griglie provinciali relative ai modelli di assistenza e cura e ai criteri di accesso per le nuove forme di assistenza specifica e sono determinati i relativi importi aggiuntivi e i parametri del personale nonché, laddove previsti, i contingenti provinciali dei posti letto.

Nell'anno 2016 sono state realizzate le mete del programma quinquennale di cui alla citata deliberazione n. 2620/2009, e si ritiene opportuno e necessario compendiare tutte le sopra citate deliberazioni del settore delle residenze per anziani in una unica deliberazione generale, e contemporaneamente determinare le prestazioni particolari e le forme di assistenza specifica come previste dalla suddetta deliberazione n. 27/2015, definendo i relativi parametri del personale, le griglie, i criteri di ammissione e il finanziamento.

LA DISPOSIZIONE

Vengono determinati i parametri del personale, come previsti dalla suddetta deliberazione n. 27/2015, in modo definitivo e indipendente rispetto ai livelli d'inquadramento di cui alla legge sulla non autosufficienza, e di dare inizio al corrispondente nuovo sistema di finanziamento mediante un importo unitario uniforme a livello provinciale secondo quanto previsto nella citata deliberazione n. 2620/2009;

Vengono apportati i necessari adeguamenti linguistici, aggiornamenti nonché altre modifiche suggerite dall'esperienza pratica, tra cui le conseguenze in caso di mancato rispetto delle prescrizioni relative all'accreditamento e delle disposizioni vigenti.

Sono approvate le disposizioni concernenti le residenze per anziani dell'Alto Adige come da allegato A), il quale costituisce parte integrante della presente deliberazione;

L'efficacia delle disposizioni di cui al suddetto allegato A) a partire dal 1° gennaio 2016 e di revocare da questa data le deliberazioni elencate all'articolo 58 dello stesso;

Sono abrogati dalla medesima data gli articoli del decreto del Presidente della Giunta provinciale 5 maggio 1992, n. 19, e successive modifiche, elencati nell'allegato B), il quale costituisce parte integrante della presente deliberazione.

Allegato A)

Residenze per anziani dell'Alto Adige

CAPO I

DISPOSIZIONI GENERALI

Art. 1

Ambito di applicazione

1. Le presenti disposizioni contengono la disciplina unitaria delle case di riposo e dei centri di degenza della provincia di Bolzano, di seguito denominati “residenze per anziani”. In particolare essa determina, ai sensi della legge provinciale 30 aprile 1991, n. 13, e successive modifiche, della legge provinciale 30 ottobre 1973, n. 77, e successive modifiche, dell’articolo 22, commi 1 e 3, della legge provinciale 18 agosto 1988, n. 33, e successive modifiche, e in conformità con quanto previsto dagli articoli 8, commi 3 e 3/bis, e 15 della legge provinciale 12 ottobre 2007, n. 9, e successive modifiche, di seguito denominata “legge sulla non autosufficienza”:

- a) gli indirizzi e i criteri per l’organizzazione, la gestione e l’accreditamento delle residenze per anziani;
- b) le modalità di determinazione delle rette e delle tariffe base;
- c) i criteri di accreditamento strutturali e gli standard di personale;
- d) i criteri di ammissione nelle residenze per anziani;
- e) le modalità di finanziamento delle stesse;
- f) il livello e la qualità minima delle prestazioni, al fine di garantire un’offerta di base uniforme.

2. Le presenti disposizioni si applicano, salvo che sia diversamente previsto, a tutte le residenze per anziani in possesso della dichiarazione di idoneità al funzionamento e dell’accreditamento prescritti. Ai fini dell’accreditamento trovano applicazione i criteri di cui all’articolo 9.

3. Alle residenze per anziani gestite dall’Azienda Sanitaria dell’Alto Adige, di seguito denominata Azienda Sanitaria, si applicano esclusivamente le disposizioni relative alla retta, alla tariffa base e al finanziamento, escluse quelle relative alle forme di assistenza specifica e al finanziamento del personale infermieristico e riabilitativo attraverso gli importi annuali forfettari. Per il ricovero transitorio trova applicazione quanto previsto dall’articolo 48.

Art. 2

Definizioni

1. Ai fini delle presenti disposizioni si intende per:

- a) residenze per anziani: strutture sociosanitarie a carattere residenziale per persone anziane che, per motivi psichici, fisici o sociali, non sono in grado di rimanere nel proprio domicilio oppure necessitano di accompagnamento, di assistenza e cura, che non possono essere garantiti in misura adeguata dai familiari, da terzi, dall’assistenza domiciliare o da altri servizi;
- b) persone non autosufficienti: persone con un grado di non autosufficienza accertato ai sensi della legge sulla non autosufficienza, o per le quali il personale specializzato della residenza per anziani abbia accertato e documentato un fabbisogno di cura;
- c) posti letto: posti letto autorizzati dall’ufficio provinciale competente con la dichiarazione di idoneità al funzionamento.

3 Art. 3

Utenza, capacità ricettiva e sicurezza della struttura

1. Le residenze per anziani accolgono persone anziane, di norma a partire dal sessantesimo anno di età, offrendo loro uno spazio abitativo e garantendo loro accompagnamento, assistenza, cura e vitto, inclusa un’adeguata assistenza notturna. La continuità delle prestazioni offerte è indipendente dal ricambio e dal numero delle e degli ospiti.

2. Tutte le strutture sono tenute ad accogliere ospiti con un fabbisogno assistenziale specifico, nel limite di almeno il 10 per cento dei posti disponibili, anche indipendentemente dall’offerta di forme di assistenza specifica ai sensi del capo V.

3. In situazioni particolari e nel rispetto del principio di sussidiarietà, possono essere accolte anche persone con un fabbisogno specifico di età inferiore ai 60 anni, in assenza di offerte adeguate maggiormente rispondenti ai loro bisogni.

4. La capacità ricettiva prevista per le nuove strutture non può essere inferiore a 40 posti letto e superiore a 100 posti letto. Le strutture che, alla data di applicazione delle presenti disposizioni, dispongono di una autorizzazione per 120 o più posti letto devono essere organizzate in unità con un massimo di 120 posti letto ciascuna.

5. Le residenze per anziani devono osservare le disposizioni relative all'accreditamento di cui alle presenti disposizioni, nonché la normativa in materia di eliminazione e superamento delle barriere architettoniche, di sicurezza e tutela sul luogo di lavoro, le norme antincendio e di gestione dei rifiuti e le altre norme specifiche di settore.

6. Deve essere garantito un impianto autogeno di energia elettrica, indipendente dalla rete pubblica ordinaria di approvvigionamento e che si attivi automaticamente in caso di emergenza, per il funzionamento di ascensori, respiratori e altre apparecchiature necessarie, nonché per l'illuminazione di corridoi e scale.

Art. 4

Disposizioni generali relative ai calcoli e ai costi

1. Nell'annuale determinazione dei costi e delle tariffe base delle residenze per anziani e dei relativi servizi devono essere osservate le disposizioni di cui all'articolo 13 della legge provinciale 30 aprile 1991, n. 13, e successive modifiche.

2. Per i calcoli previsti dalle presenti disposizioni si applica quanto segue:

a) tutti i calcoli si basano sul numero di posti letto autorizzato;

b) se il risultato del calcolo presenta cifre decimali, si effettua un arrotondamento per difetto al numero intero precedente se la cifra decimale è inferiore o pari a 50, e un arrotondamento per eccesso al numero intero successivo se superiore a 50.

3. Ai sensi dell'articolo 15, comma 1, lettera b), della legge sulla non autosufficienza, per ciascuna struttura deve essere tenuta una contabilità analitica per centri di costo dei servizi.

Questa contabilità è tenuta in forma semplificata con centri di costo separati per ogni servizio e settore, secondo la griglia stabilita dalla Provincia. Essa garantisce che per ciascuna struttura possano essere imputati al relativo servizio tutti i costi, le entrate, le prestazioni e le unità di personale.

Art. 5

Prestazioni

1. Tutte le residenze per anziani devono garantire le prestazioni e i livelli delle prestazioni definiti come essenziali nel quadro degli standard per le prestazioni e la qualità.

2. Se in una stessa struttura vengono offerti servizi rivolti a diverse tipologie di utenza, possono essere gestite in comune solamente le aree generali di supporto (centrale termica, lavanderia, cucina, ecc.). Devono essere tenuti distinti gli spazi ad uso delle e degli ospiti, salvo che sia diversamente previsto in modo espresso dalle disposizioni relative al singolo servizio.

3. Le residenze per anziani possono offrire anche le forme di assistenza specifica di cui al capo V, previa autorizzazione dell'ufficio provinciale competente.

4. Eventuali prestazioni e servizi non menzionati nelle presenti disposizioni devono essere espressamente indicati nella carta dei servizi di cui all'articolo 20 e possono essere offerti in conformità con la politica dei prezzi e delle prestazioni delle singole residenze per anziani.

Tali ulteriori prestazioni e servizi devono essere comunicati per iscritto all'ufficio provinciale competente. I relativi costi devono essere coperti con le rispettive entrate e non possono essere a carico della retta e della tariffa base.

5. Ulteriori servizi od offerte disciplinati dalla Provincia (ad es. il centro di assistenza diurna, l'accompagnamento e l'assistenza abitativa per anziani, pasti a domicilio) possono essere offerti nel rispetto della relativa normativa provinciale e previa autorizzazione dell'ufficio provinciale competente. I costi di tali servizi od offerte devono essere coperti esclusivamente con le entrate per gli stessi previste, salvo che sia altrimenti disposto dalla relativa normativa specifica.

6. Per il rilevamento, la gestione e la documentazione di tutte le prestazioni offerte e della relativa qualità, dei costi, delle entrate e dei dati essenziali connessi, devono essere utilizzati i sistemi informativi e di sicurezza della qualità, i programmi, i moduli e i modelli validi per tutto il territorio provinciale. La Provincia è autorizzata ad acquisire i dati e le informazioni necessari per l'esercizio del suo potere di indirizzo e controllo.

7. Ogni residenza per anziani opera all'interno dell'intera rete territoriale dell'assistenza agli anziani e ad essa orienta la propria attività.

Art. 6

Ammissione

1. Ogni persona può presentare domanda di ammissione in una residenza per anziani a propria scelta, compilando il modulo unitario predisposto dalla Provincia. La residenza per anziani ha l'obbligo di ricevere la domanda, anche se al momento non dispone di posti letto liberi.
2. L'ammissione avviene sulla base della posizione occupata nella lista di attesa di cui all'articolo 7.
3. L'inserimento in lista d'attesa e l'ammissione non possono essere rifiutati solo a causa dello stato di non autosufficienza o di autosufficienza della persona o della sua appartenenza a una determinata utenza.
4. Il rifiuto dell'inserimento in lista d'attesa o dell'ammissione deve essere motivato per iscritto.
5. In caso di ammissione di persone già ospiti di strutture residenziali diverse dalle residenze per anziani, il trasferimento deve essere organizzato da entrambe le strutture nel rispetto delle presenti disposizioni e di comune accordo, in modo tale da tenere in considerazione le esigenze di tutti i soggetti interessati.
6. Sull'ammissione e sulla dimissione di una persona decide la residenza per anziani, salvo che sia diversamente previsto.
7. Contro le decisioni delle residenze per anziani è ammesso ricorso ai sensi dell'articolo 4 della legge provinciale 30 aprile 1991, n. 13, e successive modifiche.

Art. 7

Lista d'attesa

1. Ogni residenza per anziani è tenuta a formare e a gestire una lista di attesa trasparente secondo i criteri di cui all'articolo 8, nonché ad aggiornarla almeno ogni due mesi.
2. La formazione e la gestione della lista d'attesa rientrano nelle prestazioni essenziali.
3. Ogni aggiornamento della lista d'attesa deve essere archiviato per almeno 60 giorni.
4. La residenza per anziani deve pubblicare online i criteri per la formazione della lista d'attesa.
5. Ogni persona ha il diritto di essere informata sui criteri di formazione della lista d'attesa. La persona inserita in lista d'attesa e i suoi familiari possono inoltre richiedere in ogni momento informazioni sulla relativa posizione in lista d'attesa.
6. L'ufficio provinciale competente può richiedere informazioni motivate sulla formazione e la gestione delle liste d'attesa e, in caso di reclamo, sulla posizione delle persone interessate. La residenza per anziani è tenuta a fornire le informazioni richieste.

Art. 8

Criteri per la formazione della lista d'attesa

1. Ai fini della formazione della lista d'attesa e della relativa graduatoria sono assegnati i seguenti punteggi massimi (su un punteggio massimo totale di 100 punti).
2. Un massimo di 40 punti è assegnato in base alla valutazione del livello di non autosufficienza delle e degli ospiti, che corrisponde di norma al livello di non autosufficienza accertato ai sensi della legge sulla non autosufficienza. La valutazione dei livelli di non autosufficienza in rapporto al punteggio complessivo è la seguente: persone autosufficienti: 0 punti; livello 1: 10 punti; livello 2: 20 punti; livello 3: 30 punti; livello 4: 40 punti. Se il livello di non autosufficienza non è stato accertato ai sensi della legge sulla non autosufficienza, il personale competente dell'ente gestore effettua una stima del fabbisogno di assistenza e cura sulla base delle informazioni e dei documenti disponibili, assegnando una valutazione compresa tra 0 e 30 punti.
3. Un massimo di 30 punti è assegnato in base alla valutazione della situazione familiare e sociale della persona richiedente, che può basarsi anche su valutazioni e informazioni già disponibili di altri servizi. Vengono in particolare valutati:
 - a) la carente possibilità e sostenibilità dell'assistenza a casa tramite la rete familiare o altri servizi ambulatori, semiresidenziali o residenziali: fino a 10 punti;

- b) difficoltà nell'attuale situazione abitativa, che rendono necessaria l'accoglienza di tipo residenziale nella struttura: fino a 10 punti;
 - c) specifiche difficoltà personali della persona richiedente, che rendono necessaria l'accoglienza di tipo residenziale nella struttura: fino a 10 punti.
4. Un massimo di 10 punti è assegnato in base alla data dell'ultima domanda validamente presentata, e più precisamente: 0 punti in caso di domande presentate da meno di 3 mesi; 5 punti in caso di domande presentate da 3 fino a 6 mesi prima; 10 punti in caso di domande presentate da più di 6 mesi.
 5. I rimanenti 20 punti possono essere assegnati in base a ulteriori elementi di valutazione o ad una valutazione proporzionalmente maggiore degli elementi di cui ai commi 2 e 3.
 6. A parità di punteggio ha precedenza la persona più anziana.
 7. Sono fatte salve le specifiche disposizioni relative all'ammissione per le forme di assistenza specifica di cui al capo V.

Art. 9

Criteri di accreditamento

1. Quali criteri per l'accreditamento delle residenze per anziani trovano applicazione le seguenti disposizioni:
 - a) articolo 3, commi da 4 a 6, e articolo 5, commi da 1 a 3;
 - b) articoli 6, 7, 8 e 42;
 - c) articoli 12, 15 comma 5 e articoli 17, 18 e 19 comma 7;
 - d) articoli 20, 21 e 22;
 - e) capo III;
 - f) capo IV.
 2. Salvo che sia diversamente previsto, le disposizioni di cui ai commi da 3 a 15 del presente articolo trovano applicazione alle nuove strutture e alle strutture esistenti in caso di ricostruzione, ristrutturazione, ampliamento, nuovo arredamento, modifica della destinazione d'uso.
 3. La struttura deve essere ubicata in prossimità di una zona residenziale o in luoghi abitati facilmente raggiungibili con l'uso di mezzi pubblici; per le strutture già esistenti si mantiene la situazione presente. La residenza per anziani deve disporre di spazi esterni adeguati alle proprie dimensioni: essi devono essere pianificati e realizzati in modo da consentirne l'utilizzo, almeno parziale, da parte di tutte le persone ospitate, incluse quelle con demenza.
 4. Le soluzioni progettuali devono assicurare che le caratteristiche e la dotazione tecnica della struttura siano in grado di garantire l'assistenza delle e degli ospiti anche in caso di aumento del fabbisogno di cura, senza che debbano essere attuate modifiche strutturali sostanziali.
 5. L'articolazione degli ambienti deve risultare intuitiva a tutti e consentire un accesso ai diversi spazi (servizi generali, spazi abitativi con i relativi servizi, spazi per la riabilitazione e le attività del tempo libero, spazi riservati al personale) facilmente identificabile e raggiungibile per tutti. Gli spazi interni devono essere progettati in maniera da consentire la movimentazione orizzontale (sedie a rotelle, letti, solleva persone, carrelli) e verticale di persone e cose.
 6. Nelle strutture ripartite su più piani devono essere presenti almeno due impianti di movimentazione verticale (ascensori, montalettighe) di dimensioni tali da permettere l'accesso e la movimentazione di un carrello di servizio, di una sedia a rotelle e di almeno un'accompagnatrice/un accompagnatore. Nelle strutture con capacità ricettiva inferiore a 40 posti letto deve essere garantito almeno un impianto di movimentazione verticale di dimensioni sufficienti per un montalettighe.
- . L'area residenziale di assistenza e cura deve essere organizzata per un minimo di 20 e un massimo di 30 ospiti.
- Gli spazi dedicati ai servizi di piano devono essere articolati e organizzati in modo da assicurare il coordinamento del servizio, la preparazione dei pasti e il funzionamento della cucina, il soggiorno, il lavaggio delle padelle e il deposito di materiali (presidi, sedie a rotelle, ecc.). Alcuni spazi i per servizi di piano, usati dal personale di servizio per il coordinamento del servizio o per la cucina, possono essere comuni a due piani, purché sia assicurata la funzionalità del servizio stesso.

8. Almeno il 50 per cento dei posti letto deve essere disposto in stanze singole. Tale disposizione si applica anche alle strutture esistenti, salva la possibilità che l'ufficio provinciale competente autorizzi una deroga nel caso in cui possa essere comprovato un elevato numero di domande di ammissione.

9. Le stanze da letto - soggiorno devono avere le seguenti superfici utili minime: 16 m² per le stanze singole, 24 m² per le stanze doppie.

Per le strutture già esistenti si mantiene la situazione presente (dimensione minima 14 m² per le stanze singole, 20 m² per le stanze doppie, rapporto stanze singole/stanze doppie), fermo restando l'obbligo di adeguamento ai nuovi standard previsti in caso di ricostruzione, ristrutturazione e ampliamento della struttura.

10. In casi eccezionali, i servizi igienici possono essere previsti come servizi in comune nel numero minimo di uno ogni due stanze singole.

11. Gli spazi dedicati ai servizi sanitari devono essere organizzati e articolati in modo tale da garantire la presenza di almeno un ambulatorio per la struttura e un presidio infermieristico per ogni area residenziale di assistenza e cura; il presidio può essere comune a due piani, purché sia assicurata la funzionalità del servizio.

Devono essere presenti e dotati di strumentazioni adeguate spazi e ambienti per i servizi di terapia e riabilitazione.

12. I locali riservati al personale devono prevedere almeno un locale di servizio, un numero sufficiente di locali spogliatoi separati per sesso e un numero sufficiente di servizi igienici accessibili alle persone con disabilità e separati per sesso, negli spazi di uso comune e nei locali adibiti a spogliatoio.

13. Gli spazi di uso comune devono essere articolati e allestiti in modo da garantire alle persone ospitate un soggiorno agevole e al personale l'efficiente svolgimento delle proprie attività. Vanno in particolare garantiti:

- a) il servizio di accoglienza;
- b) la regolare fruizione dei pasti;
- c) le attività di socializzazione;
- d) le attività occupazionali e del tempo libero;
- e) le attività di culto;
- f) le attività connesse alla cura della persona;
- g) l'utilizzo dei servizi igienici;
- h) l'attività amministrativa;
- i) le riunioni.

14. Gli spazi dedicati ai servizi generali devono essere articolati e organizzati in modo tale da garantire il funzionamento della cucina, della lavanderia, del magazzino e il deposito salme; il materiale sanitario può essere anche conservato sui singoli piani. Se determinati servizi generali sono forniti da erogatori esterni, non è necessario prevedere appositi spazi ad essi dedicati.

15. La struttura deve disporre di specifici ausili protesici e tecnici per l'assistenza e la cura delle e degli ospiti, e in particolare di:

- a) materassi antidecubito in tutti i letti;
- b) carrelli, letti in numero adeguato alle necessità;
- c) corrimano per le scale e i corridoi su entrambi i lati;
- d) dotazione di maniglioni nei servizi igienici;
- e) sostegni o corrimano in tutti i locali comuni utilizzabili dalle e dagli ospiti;
- f) arredo consono a supporto della motricità delle persone ospitate;
- g) adeguata segnaletica sia interna che esterna.

Art. 10

Requisiti per il finanziamento

1. Il pieno rispetto delle presenti disposizioni rappresenta requisito essenziale per l'integrale erogazione del finanziamento previsto.

2. In caso di accertate gravi carenze nell'offerta o nell'erogazione delle prestazioni o in caso di ripetuta violazione di disposizioni vigenti, l'importo unitario o l'importo aggiuntivo calcolato è ridotto, anche limitatamente a determinati posti letto, sino a un massimo del 10 per cento del finanziamento annuo complessivo.

Le minori entrate da ciò derivanti non possono essere coperte aumentando la tariffa base.

CAPO II

STANDARD DI PRESTAZIONI E QUALITÀ

Art. 11

Principi e valori

1. Ogni attività svolta all'interno delle residenze per anziani deve mirare al raggiungimento dell'autosufficienza dell'ospite, alla sua autodeterminazione e all'ottimizzazione della sua qualità di vita, anche nel caso in cui permanga un fabbisogno assistenziale. In tale ottica vanno organizzati, in primo luogo, la vita delle e degli ospiti e, in secondo luogo, l'ambito lavorativo delle collaboratrici e dei collaboratori.

2. Ogni ospite ha diritto:

- a) all'auto-aiuto ed al sostegno, per condurre una vita il più possibile autonoma ed indipendente;
- b) ad essere protetto/protetta da eventuali danni sul piano fisico e psichico;
- c) a ricevere accompagnamento, assistenza e cura adeguati e orientati ai propri bisogni;
- d) a ricevere assistenza, accompagnamento e cura tali da valorizzare o perlomeno mantenere le proprie risorse individuali;
- e) al rispetto e alla protezione della propria sfera privata ed intima;
- f) ad essere informata/informato in modo esaustivo sulle offerte, prestazioni e misure di cura, accompagnamento e assistenza;
- g) alla stima, allo scambio reciproco, alla partecipazione alla vita comunitaria, se possibile anche all'esterno della struttura;
- h) a vivere secondo la propria cultura e visione del mondo, nonché a praticare la propria religione;
- i) a comunicare, a propria scelta, in una delle tre lingue della Provincia, nel rispetto della normativa vigente;
- j) a morire dignitosamente.

3. In virtù di questi principi e valori, ogni ente gestore deve stabilire standard di prestazioni e di qualità nei seguenti settori:

- a) accompagnamento, assistenza e cura;
- b) assistenza riabilitativa (fisioterapia, ergoterapia, logopedia);
- c) assistenza medica;
- d) organizzazione della giornata e del tempo libero;
- e) assistenza spirituale;
- f) economia domestica (cucina, lavanderia, pulizie, rifiuti speciali, altro);
- g) amministrazione.

4. Ogni residenza per anziani deve inoltre assicurare la trasparenza e la qualità nella gestione delle strutture, secondo quanto stabilito dalle presenti disposizioni.

Art. 12

Accompagnamento, assistenza e cura

1. Alla base dell'attività di assistenza e cura nelle residenze per anziani vi è un concetto di accompagnamento, assistenza e cura globale.

L'“assistenza” è intesa come concetto generale per tutte le forme di assistenza e ha per punto focale l'accompagnamento: “essere accompagnatore” nella vita di ogni giorno, a sostegno di persone che non sono in grado di fare fronte autonomamente ai diversi bisogni della quotidianità. L'assistenza viene pertanto intesa come un'interazione o un intervento sistematico che contempla le misure necessarie per:

- a) il sostegno, lo sviluppo e il mantenimento delle condizioni sociali, psichiche e fisiche di una persona;

b) il sostegno, lo sviluppo e il mantenimento dell'autonomia di una persona.

2. Ogni struttura deve elaborare e attuare un modello di assistenza per la definizione delle proprie modalità di accompagnamento e cura.

Il modello si basa sugli indirizzi gestionali della struttura e funge pertanto da strumento orientativo per collaboratrici e collaboratori, ospiti, parenti, soggetti finanziatori e opinione pubblica.

Al fine di garantirne l'attualità e la validità, il modello deve essere periodicamente aggiornato e adattato alle nuove esigenze derivanti da mutamenti della società o da nuove conoscenze scientifiche.

3. Tale modello deve comprendere i seguenti punti essenziali:

a) visione dell'essere umano e atteggiamento etico della struttura;

b) modello di assistenza adottato, con cura integrata;

c) processo di assistenza e cura – progetto assistenziale individualizzato (PAI). Il PAI è uno strumento che, partendo dalla situazione fisica, spirituale, psichica e sociale dell'ospite, contiene la pianificazione degli interventi socio- assistenziali, di cura, riabilitativi e diagnostico- terapeutici in un contesto globale. Il PAI riporta informazioni sulla persona (ad esempio, anamnesi, biografia, ecc.), descrive problemi, obiettivi e attività, contiene relazioni e valutazioni; esso è elaborato tenendo conto delle diverse competenze dei gruppi professionali coinvolti. PAI significa qualità di assistenza e di rapporti, nonché aiuto all'autoaiuto.

Ne risulta una documentazione completa e comprensibile degli interventi;

d) modalità di attuazione: gli interventi di accompagnamento e cura sono attuati sia dalle collaboratrici e dai collaboratori sia dalle e dagli ospiti e dai loro familiari.

4. Per ogni ospite deve essere predisposta una cartella personale, che deve essere costantemente aggiornata.

5. La pianificazione dell'assistenza e della cura e la relativa documentazione devono essere gestite attraverso il sistema informatico provinciale.

Art. 13

Assistenza riabilitativa (fisioterapia, ergoterapia, logopedia)

1. Il fabbisogno riabilitativo di tipo fisioterapico, ergoterapico e logopedico delle singole e dei singoli ospiti è rilevato regolarmente. Il personale addetto alla riabilitazione lavora in stretta collaborazione con il personale infermieristico e assistenziale e concorda regolarmente con lo stesso le procedure da seguire, registrando le terapie effettuate e i loro effetti nella documentazione di assistenza e cura della struttu-

2. La terapia riabilitativa può essere garantita anche attraverso ulteriore personale qualificato finanziato con la retta.

3. Se, per grave carenza di personale riabilitativo, l'esecuzione degli interventi necessari è affidata ad altro personale qualificato, il personale riabilitativo deve almeno garantire il coordinamento e la supervisione del personale incaricato.

4. Al fine di garantire l'assistenza riabilitativa, le strutture devono poter disporre delle necessarie infrastrutture, apparecchiature ed ausili.

Art. 14

Assistenza medica

1. L'assistenza medica è garantita da medici della residenza per anziani o da uno o più medici di medicina generale del distretto in cui ha sede la residenza per anziani oppure da medici ospedalieri. L'Azienda Sanitaria garantisce inoltre la necessaria assistenza medica specialistica e psicologica, nonché un'adeguata consulenza dietetica e nutrizionale delle e degli ospiti.

2. I costi dell'assistenza di cui al comma 1 sono a carico dell'Azienda Sanitaria.

3. I medici lavorano in stretta collaborazione con il personale infermieristico e assistenziale, consultandosi periodicamente con lo stesso in merito alle decisioni mediche e registrandole nella documentazione di assistenza e cura della struttura. Essi garantiscono inoltre alle e agli ospiti e ai loro familiari informazioni chiare e trasparenti sia sullo stato di salute sia sulle terapie effettuate in caso di malattia, in modo da garantire un'assistenza e una cura globali delle persone assistite.

Art. 15

Organizzazione della giornata e del tempo libero

1. Nell'ambito dell'assistenza va prestata particolare attenzione all'organizzazione della giornata, del tempo libero e all'animazione. Le residenze per anziani devono infatti garantire, oltre alla cura e all'assistenza, un'organizzazione dignitosa della vita quotidiana delle persone ospitate. A tal fine ogni struttura assicura attività di animazione programmate regolarmente e proposte dal personale addetto all'accompagnamento, dal personale addetto all'organizzazione del tempo libero ed eventualmente da volontarie e volontari.
2. Il tipo di animazione e di attività ricreativa è definito e programmato, d'intesa col personale assistenziale, in base alla rilevazione dei bisogni, dei desideri, delle capacità e abilità delle e degli ospiti, e va registrato nella documentazione di assistenza e cura.
3. Se l'animazione e l'attività ricreativa sono organizzate da volontarie e volontari, a questi ultimi dovranno essere assicurati un inserimento, un coordinamento e una supervisione adeguati nonché una formazione e un aggiornamento specifici da parte di personale qualificato, e si dovrà inoltre prestare particolare attenzione alla presenza continuativa di tali volontari e volontarie.
4. Nell'organizzazione della giornata e del tempo libero si instaurano inoltre contatti e relazioni con l'ambiente esterno.
5. Le attività occupazionali e di socializzazione possono essere svolte anche negli spazi previsti per l'accoglienza e il soggiorno.

Art. 16

Assistenza spirituale

1. Le ospiti e gli ospiti delle residenze per anziani devono confrontarsi con numerose problematiche esistenziali, quali la perdita dell'autonomia, di amici e parenti e del proprio ambiente abituale, la morte di altre persone e la propria. Per affrontare tali problematiche e appagare i bisogni spirituali delle e degli ospiti, la direttrice/il direttore o la/il responsabile della struttura assicura un'adeguata assistenza spirituale tramite un apposito team, che opera in collaborazione con il personale assistenziale.
2. L'assistenza spirituale è prestata su esplicita richiesta della persona interessata e non può essere imposta né alle singole e ai singoli ospiti né all'intero gruppo.

Art. 17

Economia domestica - cucina

1. Poiché le persone ospitate nelle residenze per anziani vi risiedono stabilmente, le cosiddette prestazioni alberghiere (vitto, alloggio e servizio) influiscono in modo determinante sul loro grado di soddisfazione, sulla loro salute e sul loro benessere generale.
2. Particolare importanza riveste il vitto; i pasti rappresentano infatti un momento fondamentale della giornata. Se, da un lato, l'offerta gastronomica deve essere di ottima qualità e garantire un'alimentazione equilibrata e adeguata all'età e ai bisogni, con tutti i necessari apporti nutrizionali, dall'altro occorre fare in modo che il momento del pasto soddisfi altresì i bisogni sociali e psichici delle e degli ospiti.
3. Per assicurare la qualità del vitto va garantita pertanto non solo una pianificazione deimenù concertata con gli specialisti competenti nel rispetto delle esigenze di salute delle e degli ospiti, ma anche una attenta cura degli ambienti in cui si svolgono i pasti. Qualità del servizio significa inoltre che gli orari dei pasti siano adeguati ai ritmi di vita locali.
4. Nella preparazione e distribuzione dei pasti resta ferma in ogni caso la rigorosa osservanza della normativa in materia di sicurezza sul lavoro, igiene e HACCP.

Art. 18

Economia domestica - lavanderia, pulizie, rifiuti speciali, altro

1. Le residenze per anziani forniscono alle e agli ospiti la biancheria piana e un servizio di lavanderia regolare e continuativo, che comprende anche il lavaggio della biancheria personale e dei vestiti. Il servizio deve essere organizzato in modo tale da evitare scambi e complicazioni nella raccolta e nella distribuzione degli indumenti.

2. Per la pulizia della struttura e delle stanze è necessario adottare criteri ecologici. Ciò richiede un'adeguata pianificazione degli orari di lavoro, dei mezzi e delle apparecchiature. La pulizia non deve intralciare eccessivamente la vita quotidiana delle e degli ospiti. Le e gli ospiti che lo desiderino possono essere coinvolti nella pulizia della loro stanza.
3. La struttura deve essere in possesso di un documento che definisca le procedure di igiene, pulizia e disinfezione e i relativi controlli.
4. La gestione del magazzino deve essere organizzata in modo trasparente e conforme alle norme igieniche. Va garantito che le merci e i beni di consumo necessari siano ordinati in tempo utile, acquistati a prezzi vantaggiosi e consegnati previo controllo qualitativo.
5. La direttrice/il direttore o la/il responsabile della struttura ne garantisce il funzionamento dal punto di vista tecnico, ivi comprese la manutenzione delle apparecchiature tecniche e degli impianti, la conservazione del valore degli edifici e dei beni d'investimento, nonché l'eliminazione dei pericoli.
6. I costi derivanti dal regolare smaltimento dei rifiuti speciali prodotti dalla struttura sono a carico dell'Azienda Sanitaria. L'ente gestore provvede all'acquisto dei relativi contenitori e assicura che questi contengano solo rifiuti speciali.
7. La direttrice/il direttore o la/il responsabile della struttura nomina le collaboratrici e i collaboratori responsabili delle attività di economia domestica e sovrintende al rispetto dei termini per i controlli previsti dalla normativa vigente.

Art. 19

Amministrazione

1. L'amministrazione comprende i seguenti settori:
 - a) gestione delle e degli ospiti;
 - b) gestione del personale;
 - c) contabilità, contabilità analitica;
 - d) gestione di contributi e progetti;
 - e) amministrazione generale.
2. Al fine di assicurare adeguati standard di qualità nel settore amministrativo, tutti gli ausili tecnici, quali ad esempio i programmi informatici, vanno utilizzati in modo da ottimizzare l'impiego delle risorse di personale e di tempo. Anche per la gestione delle e degli ospiti e della lista di attesa con il relativo modulo di prenotazione devono essere adottati programmi informatici idonei.
3. Per quel che riguarda i rapporti con le e gli ospiti nonché i loro familiari:
 - a) va garantito che la comunicazione con le persone ospitate avvenga, a loro scelta, in una delle tre lingue della Provincia;
 - b) vanno assicurati regolari orari di apertura della segreteria, in fasce orarie adeguate;
 - c) va introdotto un servizio di gestione attiva dei reclami, da portare a conoscenza e rendere accessibile alle persone ospitate, ai loro familiari e al personale;
 - d) vanno previste opportune modalità di rilevazione del grado di soddisfazione delle persone ospitate, dei loro familiari e del personale.
4. La struttura deve essere gestita in modo da garantire una buona interconnessione fra i vari settori e le relative procedure organizzative.
5. L'efficienza e l'efficacia del settore amministrativo vanno sottoposte a periodica verifica, anche attraverso il confronto con altre strutture comparabili. In tale ottica occorre valutare periodicamente quali procedure amministrative o quali servizi (per esempio gestione del personale, gestione delle retribuzioni ecc.) possano essere condivisi con altre strutture site nelle vicinanze o con altri enti, oppure se sia opportuno stipulare una convenzione con altre strutture che preveda una direzione o una/un responsabile tecnica/tecnico dell'assistenza comuni.
6. Nelle strutture di piccole e medie dimensioni non è necessario prevedere uno specifico servizio di centralino e di portineria. In questo caso il personale, anche non amministrativo, è tenuto a fornire

informazioni a visitatrici e visitatori e a ospiti che le richiedano; le stanze e i servizi della struttura devono essere inoltre facilmente individuabili attraverso una segnaletica chiara.

7. Deve essere redatto un piano pluriennale documentato per la manutenzione ordinaria e straordinaria degli immobili, degli impianti, degli automezzi e delle apparecchiature strumentali.

Art. 20

Trasparenza - carta dei servizi

1. Per ogni struttura è redatta una carta dei servizi.

2. La carta dei servizi, da aggiornare periodicamente, è redatta allo scopo di far conoscere alla popolazione e alle e agli ospiti i servizi offerti.

Essa deve illustrare in modo sintetico e facilmente comprensibile:

a) missione e caratteristiche della struttura;

b) singole prestazioni offerte, eventuali ulteriori prestazioni, servizi e offerte di cui all'articolo 5, commi 4 e 5, nonché le relative rette e tariffe;

c) modalità di funzionamento (orari di apertura, orari di visita, organizzazione della giornata, orari di riposo notturno e di risveglio, orari dei pasti);

d) modalità di accesso, comprese quelle concernenti l'inserimento nelle liste di attesa;

e) soggetti responsabili;

f) qualità dei pasti ed eventuale possibilità di scelta;

g) possibili attività e offerte per il tempo libero;

h) forme e modalità con cui le e gli ospiti possono presentare proposte di cambiamento e reclami ai responsabili del servizio, con indicazione dei tempi di risposta e delle eventuali modalità di accoglimento.

3. La struttura deve assicurare il controllo sul rispetto di quanto previsto dalla carta dei servizi.

Art. 21

Trasparenza - contratto ospite-struttura

1. La residenza per anziani deve garantire alle persone ospitate la massima trasparenza circa le prestazioni offerte. A tal fine e a scopo di reciproca tutela, essa stipula con ogni ospite un contratto che definisce i diritti e i doveri delle parti.

2. Il contratto è stipulato per iscritto sulla base del modulo unificato predisposto dalla Provincia ed è sottoscritto dall'ospite e dalla/dal responsabile della residenza per anziani o da altra persona a ciò autorizzata.

Art. 22

Trasparenza - organigramma

1. La direttrice/il direttore o la/il responsabile della struttura deve elaborare e aggiornare periodicamente l'organigramma del servizio, da cui risultino in modo chiaro e sintetico responsabilità, competenze e ruoli del personale e di eventuali volontarie e volontari.

2. L'organigramma deve fornire una rappresentazione schematica dei diversi settori, delle diverse forme di assistenza specifica nonché degli eventuali ulteriori servizi e offerte del gestore, con il relativo personale assegnato.

3. L'organigramma va pubblicato online senza indicazione dei nominativi e portato a conoscenza di tutti i soggetti interessati, con i nominativi.

Art. 23

Qualità

1. La residenza per anziani garantisce un sistema di gestione della qualità (o certificato di qualità) secondo quanto previsto dall'articolo 25. Tale sistema è caratterizzato da:

a) la presenza di un modello/una visione;

b) l'organizzazione dei processi;

c) la gestione dei processi e delle risorse;

d) un processo di miglioramento continuo;

e) la rilevazione del punto di vista delle persone ospitate.

2. Il sistema di gestione della qualità si basa su principi quali:

- a) la trasparenza delle procedure;
 - b) l'interconnessione fra i vari settori della struttura e la collaborazione con gli erogatori esterni di servizi.
3. Tra gli standard qualitativi e gli indicatori di qualità dei settori rientrano, a titolo esemplificativo e non esaustivo, quelli elencati ai commi da 4 a 11.
4. Accompagnamento, assistenza e cura – standard qualitativi relativi a:
- a) descrizione dei processi di ammissione nella struttura, di uscita dalla struttura e di trasferimento ad altra struttura;
 - b) inserimento strutturato di nuove collaboratrici e nuovi collaboratori;
 - c) misure preventive per:
 - 1) decubiti;
 - 2) cadute;
 - d) descrizione del processo di gestione delle emergenze;
 - e) linee guida per:
 - 1) gestione del dolore;
 - 2) prevenzione della costipazione;
 - 3) infezione alle vie urinarie;
 - 4) misure limitative della libertà personale;
 - 5) Umgang mit weggelaufenen Bewohnerinnen und Bewohnern und entsprechende Vorbeugung,
 - 5) prevenzione e gestione dell'allontanamento di ospiti dalla struttura;
 - 6) collaborazione con altri servizi in casi determinati;
 - f) aktueller Stand im Umgang mit medizinischen Geräten.
 - f) stato attuale dell'utilizzo di attrezzature mediche.
5. Accompagnamento, assistenza e cura – indicatori di qualità:
- a) prevalenza di variazioni di peso corporeo;
 - b) prevalenza di alimentazione tramite sonda;
 - c) prevalenza di decubiti;
 - d) prevalenza di incontinenza;
 - e) frequenza di cadute;
 - f) frequenza di misure limitative della libertà personale;
 - g) frequenza di trasferimenti in ospedale;
 - h) numero dei rilevamenti del grado di soddisfazione delle e degli ospiti, del personale, dei familiari;
 - i) numero e motivazione dei trasferimenti o del cambio di posto letto delle e degli ospiti all'interno delle strutture dell'ente gestore;
 - j) numero e motivazione degli interventi assistenziali individuali;
 - k) numero delle verifiche o valutazioni del progetto assistenziale individualizzato;
 - l) numero dei colloqui periodici svolti con le e gli ospiti e i familiari (ad es. primo colloquio, colloquio di integrazione, colloquio sul progetto assistenziale individualizzato e sugli interventi ecc.);
 - m) numero di audit nel settore dell'assistenza, verifica della pianificazione e della relativa attuazione (ad es. visite infermieristiche, audit interno da parte di incaricati per la qualità/direzione ecc.).
6. Assistenza medica:
- a) gestione dei medicinali;
 - b) numero dei trasferimenti in ospedale.
7. Assistenza riabilitativa:
- a) numero delle prestazioni riabilitative in totale e a persona.
8. Tempo libero /organizzazione della giornata – indicatori di qualità:

- a) numero e motivazione degli interventi assistenziali individuali;
- b) numero delle variazioni apportate al modello organizzativo, all'offerta, allo svolgimento della giornata, alle prestazioni sulla base dei desideri espressi dalle e dagli ospiti;
- c) numero e varietà delle offerte per il tempo libero e partecipazione alle stesse;
- d) numero e varietà dei contatti organizzati con persone esterne alla struttura (ad es. il coro si reca nella struttura, i bambini della scuola materna fanno visita alla struttura, ecc.);
- e) numero di gite;
- f) numero delle volontarie e dei volontari impegnati a vario titolo nella struttura.

9. Assistenza spirituale:

- a) linee guida per l'accompagnamento alla morte.

10. Economia domestica:

- a) orari dei pasti adattati ai ritmi di vita locali delle e degli ospiti;
- b) piano igienico aggiornato;
- c) disposizioni HACCP.

11. Amministrazione:

- a) ricambio del personale;
- b) sondaggi fra il personale;
- c) rispetto dei criteri di accreditamento;
- d) tasso di occupazione dei posti letto per ammissioni a tempo indeterminato e determinato;
- e) identificazione delle collaboratrici e dei collaboratori con i valori della struttura;
- f) coinvolgimento del volontariato;
- g) allestimento accogliente degli spazi interni;
- h) organizzazione dei turni flessibile e orientata alle esigenze delle e degli ospiti.

12. All'Azienda Sanitaria spetta per legge il controllo della qualità dell'assistenza prestata dal personale infermieristico e riabilitativo nelle residenze per anziani. A tale scopo l'Azienda può eseguire presso le strutture verifiche e rilevazioni della qualità mediante questionari e, se necessario, mediante sopralluoghi.

CAPO III

ORGANIZZAZIONE

Art. 24

Gestione

1. La gestione finanziaria, tecnica e amministrativa della struttura, l'organizzazione del personale e dei mezzi nonché i controlli spettano al personale dirigenziale, secondo quanto previsto al capo IV.
2. In particolare le e i dirigenti sono responsabili, con riferimento agli obiettivi fissati e alle direttive generali, del risultato dell'attività delle unità organizzative cui sono preposti, della realizzazione dei programmi e progetti loro affidati nonché delle prestazioni e dei risultati della gestione finanziaria, tecnica e amministrativa, incluse le decisioni sull'organizzazione e gestione del personale.
3. Le posizioni dirigenziali e le relative funzioni sono definite nel rispetto dei principi e delle disposizioni vigenti, di quanto stabilito dall'ordinamento interno della struttura nonché tenuto conto dell'importanza e della complessità delle mansioni, della consistenza dell'organico e dei mezzi finanziari e tecnici disponibili.
4. I limiti, i criteri e le modalità con cui le e i dirigenti devono operare sono specificati in un apposito documento. Gli incarichi dirigenziali possono di norma essere assegnati solo a persone in possesso della necessaria qualifica professionale.

Art. 25

Sistema di gestione della qualità

1. Pianificazione strategica dei servizi: la residenza per anziani deve definire la missione e i valori cui è orientata la propria attività, gli obiettivi di accompagnamento, assistenza e cura da raggiungere nonché i servizi offerti. Essa deve prevedere un adeguato sistema di monitoraggio sul raggiungimento degli obiettivi.

2. Pianificazione operativa della residenza per anziani: la residenza deve definire le procedure di ammissione, di accompagnamento, assistenza e cura, le procedure per il passaggio alle forme di assistenza specifica, nonché per la dimissione delle e degli ospiti e per il loro trasferimento ad altre strutture e servizi. Essa deve assicurare la sistematica applicazione delle procedure definite e prevedere azioni di verifica delle procedure stesse sulla base delle informazioni raccolte in fase di erogazione dei servizi.

3. Devono essere definite procedure per la sicurezza e la gestione delle emergenze, la cui attuazione deve essere assicurata anche attraverso un'adeguata formazione del personale.

4. La residenza per anziani mette in atto un processo di miglioramento continuo e applica regolarmente almeno un metodo (gestione degli errori e dei reclami, verifiche, audit o altri strumenti di valutazione) per assicurare e sviluppare la qualità, allo scopo di migliorare la qualità di vita delle e degli ospiti.

Art. 26

Integrazione con i servizi e le risorse del territorio

1. La residenza per anziani deve inserirsi all'interno della rete dei servizi territoriali. Essa deve collaborare con gli altri servizi del territorio, in modo da favorire uno scambio di esperienze e competenze. Fondamentali sono la collaborazione con altri servizi residenziali per anziani, con i servizi sociali e sanitari, nonché con le associazioni di volontariato e altre organizzazioni.

2. La residenza per anziani contribuisce, con i gestori dei servizi sociali e sanitari ambulatori, semiresidenziali e residenziali attivi nel suo ambito territoriale, all'istituzione di un servizio territoriale unitario per l'assistenza e cura ai sensi dell'articolo 15/bis della legge provinciale 30 aprile 1991, n. 13, e successive modifiche, e partecipa allo svolgimento del servizio stesso.

3. La residenza per anziani deve definire le procedure e le modalità di inserimento, impiego e formazione delle volontarie e dei volontari.

4. La programmazione dell'uso dei locali comuni e dei servizi generali della struttura deve essere orientata allo scambio e all'integrazione con la comunità locale e prevedere, ad esempio, la possibilità di un loro eventuale utilizzo da parte della popolazione.

Art. 27

Gestione della giornata e degli spazi

1. L'organizzazione della giornata e l'offerta delle attività devono tenere conto dei desideri, delle esigenze, dei ritmi e delle abitudini delle e degli ospiti. Va in particolare assicurata un'adeguata flessibilità, in modo che la distribuzione delle attività nel corso della giornata possa essere adattata in ogni momento alle esigenze e alle necessità individuali delle e degli ospiti.

2. L'organizzazione delle attività e della giornata deve inoltre tenere adeguatamente conto delle persone con bisogni e necessità specifici, in modo da migliorare la loro qualità di vita.

3. Deve inoltre essere assicurata all'ospite, per tutto il periodo di permanenza nella struttura e compatibilmente con le condizioni strutturali, la possibilità di personalizzare i propri spazi.

Art. 28

Gruppi abitativi di tipo comunitario

1. L'assistenza può essere organizzata in forma di gruppi abitativi di tipo comunitario, entro il limite massimo di un terzo dei posti della struttura.

2. Il gruppo abitativo di tipo comunitario rappresenta un modello abitativo di tipo residenziale, grazie al quale le e gli ospiti possono conciliare la vita privata con un ambiente comunitario, ricevendo al contempo dalla residenza per anziani un accompagnamento, un'assistenza e una cura adeguati al fabbisogno individuale.

3. Fino alla definizione del relativo modello assistenziale, trovano applicazione le presenti disposizioni. In seguito alla definizione di tale modello, eventuali progetti già avviati dovranno essere adeguati.

Art. 29

Orari di apertura e di visita

1. La struttura deve definire gli orari di apertura e portarli a conoscenza delle e degli ospiti, dei familiari e del personale.

2. Nella definizione degli orari di visita dei familiari si deve tenere conto, per quanto possibile, di eventuali esigenze particolari degli stessi.

CAPO IV

PERSONALE

Art. 30

Norme generali

1. La residenza per anziani è dotata di personale qualificato, secondo quanto specificato dal presente capo.

2. Sono previste le seguenti posizioni dirigenziali:

- a) direttrice/direttore o responsabile della struttura;
- b) responsabile tecnica/tecnico dell'assistenza;
- c) responsabile di settore e responsabile dell'area residenziale delle forme di assistenza specifica, se necessario - decide la direttrice/il direttore o la/il responsabile della struttura;
- d) responsabile dei servizi alberghieri.

Art. 31

Qualificazione del personale

1. Il personale per l'assistenza diretta e l'organizzazione del tempo libero deve essere in possesso di una delle seguenti qualifiche professionali:

- a) assistente geriatrica/geriatrico e assistente familiare;
- b) assistente per disabili;
- c) educatrice/educatore per disabili;
- d) educatrice/educatore professionale;
- e) operatrice operatore socio-assistenziale;
- f) tecnica/tecnico dei servizi sociali;
- g) infermiera generica/infermiere generico (qualifica in esaurimento);
- h) operatrice operatore del tempo libero;
- i) operatrice socio-sanitaria/operatore sociosanitario;
- j) massaggiatrice/massaggiatore, massofisioterapista;
- k) qualifiche professionali ad esaurimento previste da precedenti discipline.

2. Almeno il 45 per cento delle unità di personale operative nell'assistenza diretta presso la struttura deve appartenere a una delle seguenti qualifiche:

- a) assistente geriatrica/geriatrico e assistente familiare in possesso di formazione postqualifica;
- b) assistente per disabili in possesso di formazione post-qualifica;
- c) educatrice/educatore per disabili;
- d) educatrice/educatore professionale;
- e) operatrice operatore socio-assistenziale;
- f) tecnica/tecnico dei servizi sociali,
- g) infermiera generica/infermiere generico (qualifica in esaurimento).

3. Il personale infermieristico deve essere in possesso del diploma universitario di infermiere (o diploma equipollente) ed essere iscritto al relativo ordine professionale. Sono ammesse, quali qualifiche professionali a esaurimento, quelle previste da precedenti discipline.

4. Il personale riabilitativo deve essere in possesso di una delle seguenti qualifiche professionali:

- a) fisioterapista;
- b) ergoterapista;
- c) logopedista.

5. Il personale preposto alle funzioni tecniche (cucina, lavanderia, custode ecc.) deve essere in possesso dei requisiti previsti dai contratti collettivi intercompartimentali e di comparto.

Art. 32

Direttrice/direttore o responsabile della struttura

1. A ogni struttura deve essere preposta/ preposto una direttrice/un direttore o una/un responsabile della struttura. Nel rispetto di quanto previsto dalla normativa e nel quadro di un regolare funzionamento del servizio, la direttrice/il direttore o la/il responsabile della struttura può essere comune a più strutture, anche appartenenti a enti gestori diversi.
2. La direttrice/il direttore o la/il responsabile della struttura è responsabile dell'efficienza e dell'efficacia della gestione e dell'organizzazione nonché della correttezza amministrativa all'interno della struttura, nel rispetto di quanto previsto dalle disposizioni vigenti, dagli statuti e dai regolamenti interni. A tal fine le/gli competono la gestione delle risorse umane e materiali e il relativo controllo, nei limiti delle risorse assegnate e delle attribuzioni conferite.
3. La direttrice/il direttore o la/il responsabile della struttura deve essere particolarmente attenta/attento alla motivazione del personale e alle proposte e richieste da questo avanzate. Devono essere impiegati strumenti per rilevare il grado di motivazione e di soddisfazione del personale e prevenire sindromi da *burn-out*. Particolare attenzione richiede la predisposizione del piano di servizio, che deve assicurare la continuità dell'assistenza tenendo conto delle esigenze del personale.
4. L'attività di formazione e aggiornamento deve essere pianificata tenendo in considerazione, da un lato, gli obiettivi e le esigenze di servizio e, dall'altro, le esigenze del personale. Tale attività può essere svolta in forma individuale o di gruppo.
5. La direttrice/il direttore o la/il responsabile della struttura promuove la collaborazione fra tutto il personale della struttura, fornendo allo stesso il necessario supporto giuridico, amministrativo e contabile e affiancandolo nell'attuazione di un sistema di accompagnamento e cura orientato alle esigenze delle e degli ospiti.

Art. 33

Responsabile tecnica/tecnico dell'assistenza

1. La/Il responsabile tecnica/tecnico dell'assistenza può essere comune a più strutture.
2. La/Il responsabile tecnica/tecnico dell'assistenza deve essere in possesso di una delle seguenti qualifiche professionali:
 - a) operatrice/operatore socio-assistenziale;
 - b) assistente geriatrica/geriatrico e assistente familiare, con relativa qualificazione aggiuntiva;
 - c) infermiera/infermiere professionale, con qualificazione aggiuntiva in materia di gestione e comunicazione.
3. Il comma 2 non si applica a chi era già titolare della funzione alla data di applicazione delle presenti disposizioni.
4. La qualità della funzione di responsabile tecnica/tecnico dell'assistenza è strettamente correlata alla qualità risultante dal sistema di gestione di cui all'articolo 23.

Art. 34

Responsabile di settore e responsabile dell'area residenziale delle forme di assistenza specifica

1. Nelle residenze per anziani con più di 30 posti letto possono essere previsti eventuali responsabili di settore e responsabili dell'area residenziale delle forme di assistenza specifica, nella misura massima di un equivalente a tempo pieno (ETP) ogni 50 posti letto della residenza.
2. Tali responsabili devono essere in possesso di una delle qualifiche professionali di cui all'articolo 33, comma 2.

Art. 35

Responsabile dei servizi alberghieri

1. La/Il responsabile dei servizi alberghieri è competente per l'attuazione degli obiettivi nel settore economia domestica.

Art. 36

Parametri del personale – Generalità

1. Tutti i parametri del personale sono riferiti al personale equivalente a tempo pieno (ETP) effettivamente in servizio e al complesso dei posti letto autorizzati per struttura, e sono da calcolare e garantire su tale base. Le modalità di impiego del personale ricadono nella responsabilità delle

residenze per anziani, purché sia garantita in ogni momento un'assistenza continua, adeguata ai bisogni delle e degli ospiti presenti e sicura dal punto di vista qualitativo. Non si considera discrepanza dai parametri del personale previsti uno scarto temporaneo inferiore a un totale di 1,0 unità di personale – o di 2,0 nel caso di strutture con più di 60 posti letto.

2. I parametri per le forme di assistenza specifica sono riferiti al personale equivalente a tempo pieno (ETP) effettivamente in servizio e al numero di posti letto autorizzati per queste forme di assistenza, e sono da calcolare e garantire su tale base. Le modalità di impiego del personale nell'ambito della forma di assistenza specifica ricadono nella responsabilità delle residenze per anziani, purché sia garantita in ogni momento un'assistenza continua, adeguata ai bisogni delle e degli ospiti presenti e sicura dal punto di vista qualitativo.

3. I parametri per il personale stabiliti dalle presenti disposizioni hanno valore di standard essenziali, che la struttura deve garantire quali parametri minimi. Oltre tali livelli minimi, la struttura è libera di determinare la dotazione di personale in coerenza con il proprio indirizzo gestionale e nel quadro delle risorse disponibili od organizzate.

4. Ciascuna struttura deve in ogni caso garantire una presenza di personale infermieristico nella misura di almeno tre unità di personale a tempo pieno effettivamente in servizio, anche se dal calcolo dei parametri del personale previsti risulta un valore inferiore.

5. Per il personale riabilitativo la presenza delle diverse qualifiche professionali previste va determinata in considerazione dei bisogni delle e degli ospiti.

Art. 37

Parametri del personale – Assistenza di base

1. Per l'assistenza di base devono essere rispettati i seguenti parametri del personale:

- a) personale per l'assistenza diretta e l'organizzazione del tempo libero: 1 equivalente a tempo pieno (ETP) ogni 2,55 posti letto;
- b) personale infermieristico: 1 equivalente a tempo pieno (ETP) ogni 10,5 posti letto;
- c) personale per la riabilitazione: 1 equivalente a tempo pieno (ETP) ogni 40 posti letto.

2. Base di calcolo per il personale per l'assistenza diretta: il tempo lavorativo destinato all'effettivo esercizio della funzione di responsabile tecnica/tecnico dell'assistenza e di quella di responsabile di settore e responsabile dell'area residenziale delle forme di assistenza specifica non è considerato nel rilevamento del rapporto numerico tra personale e posti letto ai fini del calcolo del parametro. Il tempo lavorativo eventualmente destinato all'attività di assistenza e cura è invece considerato ai fini del calcolo del parametro ed è finanziato secondo quanto previsto per il relativo personale.

3. Base di calcolo per il personale infermieristico: il tempo lavorativo destinato all'effettivo esercizio della funzione di responsabile tecnica/ tecnico dell'assistenza e di quella di responsabile di settore e responsabile dell'area residenziale delle forme di assistenza specifica non è considerato nel rilevamento del rapporto numerico tra personale e posti letto ai fini del calcolo del parametro. Il tempo lavorativo ventualmente destinato all'attività di assistenza e cura è invece considerato ai fini del calcolo del parametro ed è finanziato secondo quanto previsto per il relativo personale.

4. Se, per la comprovata irreperibilità di personale idoneo, non è possibile garantire in alcuna forma la presenza del personale infermieristico previsto, al fine di una sostituzione temporanea, a decorrere dall'anno 2016 può essere impiegato personale in possesso dei requisiti di cui al decreto del Presidente della Provincia 10 settembre 2009, n. 42, e successive modifiche, nella misura massima del 25 per cento del parametro previsto per il personale infermieristico.

5. Nel caso di cui al comma 4 deve comunque essere garantita la presenza di almeno una infermiera/un infermiere nella misura di un equivalente a tempo pieno (ETP) effettivamente in servizio.

6. Se, per la comprovata irreperibilità di personale idoneo, non è possibile garantire in alcuna forma la presenza delle operatrici e degli operatori socio-assistenziali previsti, possono essere assunti, in loro sostituzione, operatrici e operatori socio-sanitari specializzati nella seguente misura massima: 20 per cento del parametro previsto per il personale dell'assistenza diretta nei primi cinque anni; 10

per cento del parametro previsto per il personale dell'assistenza diretta per i successivi cinque anni. Decorsi i dieci anni, non possono più essere assunti per l'assistenza diretta operatrici e operatori socio-sanitari specializzati.

7. Nel caso di cui al comma 6 deve comunque essere garantita la presenza di almeno una operatrice/un operatore socio-assistenziale nella misura di un equivalente a tempo pieno (ETP) effettivamente in servizio.

8. Devono essere attuate modalità organizzative tali da garantire la continuità assistenziale delle prestazioni infermieristiche e mediche, in forma di presenza diretta nella struttura o di un adeguato servizio di reperibilità.

9. La funzione di responsabile tecnica/tecnico dell'assistenza deve essere svolta:

- a) fino al 50 per cento dell'orario pieno, se la struttura ha fino a 40 posti letto;
- b) dal 50 fino al 75 per cento dell'orario pieno, se la struttura ha fino a 60 posti letto;
- c) dal 75 fino al 100 per cento dell'orario pieno, se la struttura ha più di 60 posti letto;
- d) dal 75 fino al 100 per cento dell'orario pieno, se uno stesso gestore gestisce più strutture.

Deve essere inoltre garantito un ulteriore 75 per cento dell'orario pieno, se uno stesso gestore gestisce più strutture con almeno 120 posti letto; va tuttavia garantita una gestione unitaria della funzione di responsabile tecnica/ tecnico dell'assistenza.

10. Per la/il responsabile di settore e la/il responsabile dell'area residenziale delle forme di assistenza specifica deve essere rispettato il parametro di cui all'articolo 34, comma 1.

11. Per quanto riguarda il personale dei servizi amministrativi e alberghieri, esso deve essere presente in misura tale da garantire il regolare funzionamento della struttura, secondo quanto previsto dai criteri di accreditamento di cui alle presenti disposizioni. È fatta salva la possibilità di garantire i servizi amministrativi e alberghieri con modalità organizzative diverse dall'impiego di proprio personale. Devono essere attuate forme organizzative comuni a più strutture, tali da garantire una gestione economicamente ottimale dei servizi amministrativi e alberghieri.

Art. 38

Parametri del personale – Forme di assistenza specifica

1. Per quanto non disciplinato dal presente capo, per le forme di assistenza specifica trovano applicazione i parametri del personale di cui al capo V.

Art. 39

Disposizioni finali relative al personale

1. Il personale può essere impiegato a breve termine in più strutture, qualora ciò sia funzionale a una migliore erogazione dei servizi, purché sia garantito il parametro minimo all'interno di ogni singola struttura. Nelle strutture con meno di 50 posti letto vanno definite soprattutto forme di collaborazione con altre strutture, tali da rendere possibile una gestione flessibile e comune a più strutture del personale o di parte di esso. Analoghe forme di cooperazione vanno sviluppate con i servizi territoriali.

2. In caso di variazioni dei posti letto all'interno di un ente gestore, si procede ad un adeguamento proporzionale dei parametri del personale prescritti, con decorrenza dalla dichiarazione di idoneità al funzionamento o dall'autorizzazione.

CAPO V

FORME DI ASSISTENZA SPECIFICA

Art. 40

Norme generali – Autorizzazione e offerta

1. Oltre all'assistenza di base, le residenze per anziani possono offrire, ai sensi delle disposizioni del presente capo, prestazioni particolari alle persone con un fabbisogno specifico di assistenza e cura. Tali prestazioni sono denominate "forme di assistenza specifica".

2. Le forme di assistenza specifica sono attivate dagli enti gestori all'interno delle rispettive strutture, su richiesta delle residenze per anziani e previa autorizzazione dell'ufficio provinciale competente, nel rispetto dei contingenti provinciali di posti letto, ove previsti. I contingenti sono definiti dalla Giunta provinciale, salvo diversa disposizione.

3. I contingenti provinciali di posti letto sono sottoposti a verifica ogni due anni, salvo diversa disposizione. In occasione della verifica possono essere autorizzate nuove forme di assistenza specifica o adeguate quelle esistenti.

I posti letto per ricoveri temporanei possono essere richiesti annualmente.

4. Alla domanda di autorizzazione per una forma di assistenza specifica devono essere allegati un modello di assistenza e cura e i criteri di accesso, elaborati in modo completo sulla base delle griglie messe a disposizione dall'ufficio provinciale competente.

5. Ai fini dell'autorizzazione si tiene conto dell'adeguata distribuzione dell'offerta sul territorio e dell'esperienza consolidata delle strutture nell'accoglienza di persone che necessitano del tipo di assistenza e cura oggetto dell'offerta.

6. Se, per mancanza di domande di autorizzazione, un territorio risulta non coperto, la Provincia identifica all'occorrenza una residenza per anziani che fornisca la forma di assistenza specifica necessaria.

7. Al fine di garantire accompagnamento, assistenza e cura mirati, le residenze per anziani in possesso di un'autorizzazione per la gestione di forme di assistenza specifica hanno inoltre diritto agli importi aggiuntivi di cui all'articolo 8, comma 3, della legge sulla non autosufficienza e, ove previsti, agli importi forfettari per il personale infermieristico e riabilitativo aggiuntivo, come determinati dal presente capo.

8. L'autorizzazione di una forma di assistenza specifica ha di norma la durata di quattro anni e, previa informazione all'ente gestore, può essere adeguata d'ufficio al contingente provinciale vigente. La domanda di prosecuzione va presentata sei mesi prima della scadenza di tale termine. L'autorizzazione può essere anticipatamente revocata o modificata, in caso di inosservanza delle prescrizioni, in particolare della garanzia dell'accesso su tutto il territorio provinciale, o di un tasso di occupazione dei posti, da parte della relativa utenza, inferiore all'85 per cento nel corso di due anni successivi.

9. Le forme di assistenza specifica devono soddisfare tutti gli standard di personale, prestazioni e qualità previsti per l'assistenza di base; devono inoltre assicurare un'assistenza, una cura e un'organizzazione della vita quotidiana conformi al fabbisogno individuale. A tal fine e allo scopo di migliorare la qualità di vita dell'utenza, deve essere impiegato personale specializzato e gli spazi interni devono essere configurati tenendo in considerazione i bisogni specifici delle persone assistite. In concreto la prestazione erogata deve essere conforme alla griglia messa a disposizione dell'ufficio provinciale competente.

10. L'offerta deve essere continuativa e ad ammissione mirata.

Art. 41

Ammissione e dimissione

1. Sull'ammissione ad una forma di assistenza specifica e sulla relativa dimissione, anche in caso di persone già assistite all'interno della struttura, decide la commissione di cui al presente articolo, salvo che sia altrimenti disposto.

2. La decisione sull'ammissione è adottata secondo i criteri di cui all'articolo 42.

3. I componenti della commissione sono nominati dalla direttrice/dal direttore o dalla/dal responsabile della struttura.

4. La commissione è composta da almeno tre componenti, che devono essere scelti fra le seguenti persone:

- a) responsabile tecnica/tecnico dell'assistenza;
- b) responsabile dell'area residenziale della forma di assistenza specifica;
- c) attuale responsabile di settore dell'ospite;
- d) un medico;
- e) una persona del personale addetto all'assistenza diretta.

5. È inoltre possibile ammettere tra i componenti, all'occorrenza oppure in maniera fissa, esperti anche esterni alla struttura. Il coinvolgimento di esperti esterni è importante soprattutto se le persone richiedenti sono già state assistite da altri servizi.

6. Deve essere garantita in ogni caso la presenza di un'infermiera/un infermiere e una operatrice/ un operatore socio-assistenziale.

7. La commissione lavora in stretta collaborazione con il servizio territoriale per l'assistenza e la cura di cui all'articolo 26, comma 2.

8. Ogni componente della commissione ha pari diritto di voto. La decisione è adottata a maggioranza; resta auspicabile l'adozione di decisioni all'unanimità. Le persone interessate e i loro familiari devono essere adeguatamente coinvolti nel processo decisionale. La decisione è redatta per iscritto con la relativa motivazione e va comunicata – su richiesta anche in forma scritta – alle persone interessate e ai loro familiari.

9. Se è necessario trasferire ospiti appartenenti alle tipologie di utenti previste per le forme di assistenza specifica di cui agli articoli da 44 a 46 in un'altra residenza per anziani in cui è attiva una forma di assistenza specifica, il trasferimento dovrà avvenire in modo adeguato e trasparente ed entro un tempo congruo per entrambe le strutture. La domanda di ammissione potrà essere presentata anche dalla struttura di provenienza, nell'interesse e con il consenso della persona assistita; tale struttura dovrà garantire di accogliere nuovamente la persona con assoluta priorità una volta terminata la fase caratterizzata dal fabbisogno di assistenza specifica. In ogni caso la decisione dovrà essere concordata tra le residenze coinvolte e dovrà essere definita la durata del trasferimento, che eventualmente potrà essere prorogata in presenza di adeguata motivazione; le strutture dovranno garantire un trasferimento professionale e un adeguato accompagnamento delle persone assistite.

Art. 42

Norme generali – Lista d'attesa separata

1. Le residenze per anziani che offrono forme di assistenza specifica – escluso il ricovero transitorio – devono formare e gestire, secondo criteri di ammissione trasparenti, un'apposita lista d'attesa separata per l'ammissione nelle stesse.

2. I criteri di ammissione alle forme di assistenza specifica di cui agli articoli 44, 45 e 47 vanno elaborati sulla base di un apposito sistema di punteggio unitario e della relativa griglia, come definiti dall'ufficio provinciale competente.

3. Sino alla definizione del sistema di punteggio unitario e della relativa griglia trovano applicazione i criteri di cui all'articolo 8. Ai fini della lista d'attesa separata, l'appartenenza all'ambito territoriale di riferimento non può comunque costituire elemento di valutazione ai sensi dell'articolo 8, comma 5.

4. La lista d'attesa separata deve in ogni caso garantire l'accesso alle relative offerte, su tutto il territorio provinciale, da parte delle persone rientranti nella tipologia di utenti per le stesse previste.

5. Eventuali disposizioni di statuti, regolamenti o accordi in contrasto con quanto previsto dal presente articolo devono essere adeguate e in ogni caso non trovano applicazione, a pena di nullità.

Art. 43

Tipi di offerte

1. Si distinguono le seguenti forme di assistenza specifica:

- a) assistenza intensiva per nuclei di persone con un fabbisogno di assistenza e cura intensivo;
- b) assistenza estensiva per nuclei di persone con un fabbisogno di assistenza e cura estensivo;
- c) assistenza per nuclei di persone con demenza;
- d) offerta di sollievo: ricovero temporaneo;
- e) ricovero transitorio.

Art. 44

Nuclei di persone con un fabbisogno di assistenza e cura intensivo

1. Tipologia di utenti: ospiti che, in ragione di un fabbisogno di assistenza infermieristica continuativo e superiore alla media, necessitano di un'assistenza sanitaria particolarmente intensiva e per i quali pertanto deve essere garantita una presenza maggiore e continua di personale infermieristico. Queste persone presentano soprattutto un elevato rischio sanitario oppure necessitano continuamente di interventi specifici per il mantenimento delle funzioni vitali, quali ad

esempio respirazione artificiale o nutrizione enterale. Appartengono per esempio a tale tipologia di utenti le persone in coma vegetativo o che soffrono di disturbi neurovascolari periferici, disfunzione vascolare, insufficienza cardiaca, scambio gassoso alterato o insufficienza respiratoria, denutrizione, gravi ferite da decubito, e le persone in condizioni analoghe. Tali esempi non sono esaustivi. In ogni caso deve essere documentato un fabbisogno di assistenza infermieristica continuativo e superiore alla media.

2. Tale forma di assistenza deve essere offerta in almeno una struttura per ciascun comprensorio sanitario.

3. Devono essere soddisfatti i seguenti requisiti:

a) sussistenza di un modello di assistenza e cura autorizzato ai sensi dell'articolo 40, comma 4, ed effettuazione di un rilevamento annuale per verificare il permanere dei requisiti in capo alle e agli ospiti;

b) rispetto del contingente provinciale di posti letto previsto per tale forma di assistenza, come definito ogni due anni dalla Giunta provinciale;

c) grandezza minima del nucleo di persone con un fabbisogno di assistenza e cura intensivo pari a 12 posti letto;

d) capacità ricettiva, da parte degli enti gestori richiedenti l'autorizzazione, di almeno 40 posti letto. Se lo stesso ente gestore gestisce più strutture, l'autorizzazione per questa forma di assistenza specifica è rilasciata sempre in riferimento a una struttura e l'assistenza stessa può essere offerta unicamente in tale struttura;

e) presenza della lista di attesa separata di cui all'articolo 42.

4. Parametri del personale:

a) personale per l'assistenza diretta e l'organizzazione del tempo libero: parametri dell'assistenza di base più 0,5 equivalenti a tempo pieno (ETP) ogni 8 posti letto;

b) personale infermieristico: parametri dell'assistenza di base più 1 equivalente a tempo pieno (ETP) ogni 8 posti letto;

c) personale riabilitativo: 1 equivalente a tempo pieno (ETP) ogni 20 posti letto (incluso il personale per l'assistenza di base).

5. L'importo aggiuntivo previsto per questa forma di assistenza specifica è pari a 8,00 euro giornalieri per ogni posto letto riservato ed effettivamente utilizzato, indipendentemente dalle effettive presenze. Tale importo va impiegato per il necessario personale aggiuntivo.

6. I maggiori costi del personale di cui alle lettere b) e c) del comma 4, derivanti dai nuovi parametri di riferimento, sono rimborsati con i seguenti importi annuali forfettari:

a) personale infermieristico: 58.000,00 euro per ogni equivalente a tempo pieno (ETP);

b) personale riabilitativo: 54.000,00 euro per ogni equivalente a tempo pieno (ETP).

7. Tasso minimo di occupazione dei posti letto ai fini del finanziamento: in caso di insufficiente occupazione dei posti letto, la somma complessiva dell'importo aggiuntivo di cui al comma 5 e degli importi forfettari di cui al comma 6 è adeguata all'occupazione effettiva secondo i seguenti criteri:

a) almeno 96 per cento della possibile occupazione complessiva: 100 per cento dell'importo spettante;

b) dal 92 per cento al 95 per cento della possibile occupazione complessiva: 96 per cento dell'importo spettante;

c) meno del 92 per cento della possibile occupazione complessiva: l'importo spettante è ridotto in proporzione all'occupazione effettiva.

8. Ammissione: ai fini dell'ammissione alla forma di assistenza intensiva è necessaria la certificazione del medico competente, da cui risulti chiaramente che la persona rientra nelle categorie "R1" e "R2" secondo la classificazione del "codice di attività" del Progetto Mattoni (Mattone n. 12). Sull'ammissione decide la commissione di cui all'articolo 41. Gli ulteriori criteri relativi all'ammissione sono specificati con circolare.

Art. 45

Nuclei di persone con un fabbisogno di assistenza e cura estensivo

1. Tipologia di utenti: ospiti che, a causa di particolari disturbi del comportamento rilevanti e recidivanti o della condizione psicofisica complessiva, necessitano di un accompagnamento estensivo affinché non diventino un pericolo per se stessi o per altre e altri ospiti o affinché i loro disturbi del comportamento non pregiudichino in modo sostanziale la qualità di vita propria o delle e degli altri ospiti. Appartengono per esempio a tale tipologia di utenti le persone sottoposte a trattamenti psicologici o persone con disabilità o con problemi di dipendenza, in presenza di gravi disturbi del comportamento sociale. Tali esempi non sono esaustivi.

2. Questa forma di assistenza deve essere offerta in almeno una struttura per ciascun comprensorio sanitario.

3. Devono essere soddisfatti i seguenti requisiti:

a) sussistenza di un modello di assistenza e cura autorizzato ai sensi dell'articolo 40, comma 4, ed effettuazione di un rilevamento annuale per verificare il permanere dei requisiti in capo alle e agli ospiti;

b) rispetto del contingente provinciale di posti letto previsto per tale forma di assistenza, come definito ogni due anni dalla Giunta provinciale;

c) grandezza minima e massima del nucleo di persone con un fabbisogno di assistenza e cura estensivo pari rispettivamente a 8 e a 20 posti letto;

d) capacità ricettiva, da parte degli enti gestori richiedenti l'autorizzazione, di almeno 40 posti letto. Se lo stesso ente gestore gestisce più strutture, l'autorizzazione per questa forma di assistenza specifica è rilasciata sempre in riferimento a una struttura e l'assistenza stessa può essere offerta unicamente in tale struttura;

e) presenza della lista di attesa separata di cui all'articolo 42.

4. Parametri del personale:

a) personale per l'assistenza diretta e l'organizzazione del tempo libero: parametri dell'assistenza di base più 1 equivalente a tempo pieno (ETP) ogni 8 posti letto;

b) personale infermieristico: parametri dell'assistenza di base;

c) personale riabilitativo: parametri dell'assistenza di base.

5. L'importo aggiuntivo previsto per questa forma di assistenza specifica è pari a 16,00 euro giornalieri per ogni posto letto riservato ed effettivamente utilizzato, indipendentemente dalle effettive presenze. Tale importo va impiegato per il necessario personale aggiuntivo.

6. Tasso minimo di occupazione dei posti letto ai fini del finanziamento: in caso di insufficiente occupazione di posti letto, la somma complessiva dell'importo aggiuntivo di cui al comma 5 è adeguata all'occupazione effettiva secondo i seguenti criteri:

a) almeno 96 per cento della possibile occupazione complessiva: 100 per cento dell'importo spettante;

b) dal 92 per cento al 95 per cento della possibile occupazione complessiva: 96 per cento dell'importo spettante;

c) meno del 92 per cento della possibile occupazione complessiva: l'importo spettante è ridotto in proporzione alla percentuale di occupazione effettiva.

7. Ammissione: sull'ammissione alla forma di assistenza estensiva decide la commissione di cui all'articolo 41. Se la persona è già ospite di una residenza per anziani, si deve tenere conto, fra l'altro, della documentazione di assistenza e cura, da cui risulta quali misure sono già state attuate. Gli ulteriori criteri relativi all'ammissione sono specificati con circolare.

Art. 46

Nuclei di persone con demenza

1. Sono offerte forme di assistenza specifica in nuclei di assistenza per ospiti con demenza che si trovano in una fase della malattia per la quale risulta opportuna tale forma di assistenza specializzata in un gruppo apposito.

2. Tipologia di utenti: ospiti affetti da demenza, Alzheimer o malattie analoghe e che, a causa di disturbi del comportamento particolarmente gravi e recidivanti o della condizione psicofisica

complessiva, necessitano di un accompagnamento specifico per non diventare un pericolo per sé o per gli altri ospiti, oppure per riuscire a ottenere un sensibile miglioramento della loro qualità di vita o di quella degli altri ospiti.

3. Devono essere soddisfatti i seguenti requisiti:

- a) sussistenza di un modello di assistenza e cura autorizzato ai sensi dell'articolo 40, comma 4, ed effettuazione di un rilevamento annuale per verificare il permanere dei requisiti in capo alle e agli ospiti;
- b) presenza di un'assistenza a tempo pieno (non può trattarsi esclusivamente di assistenza diurna);
- c) rispetto del contingente provinciale di posti letto previsto per tale forma di assistenza, come definito ogni due anni dalla Giunta provinciale;
- d) grandezza minima e massima del nucleo di persone con demenza pari rispettivamente a 8 e a 20 posti letto;
- e) presenza della lista di attesa separata di cui all'articolo 42.

4. Parametri del personale:

- a) personale per l'assistenza diretta e l'organizzazione del tempo libero: parametri dell'assistenza di base più 1 equivalente a tempo pieno (ETP) ogni 8 posti letto;
- b) personale infermieristico: parametri dell'assistenza di base;
- c) personale riabilitativo: parametri dell'assistenza di base.

5. L'importo aggiuntivo previsto per questa forma di assistenza specifica è pari a 16,00 euro giornalieri per ogni posto letto riservato ed effettivamente utilizzato, indipendentemente dalle effettive presenze. Tale importo va impiegato per il necessario personale aggiuntivo.

6. Tasso minimo di occupazione dei posti letto ai fini del finanziamento: in caso di insufficiente occupazione di posti letto, la somma complessiva dell'importo aggiuntivo di cui al comma 5 è adeguata all'occupazione effettiva secondo i seguenti criteri:

- a) almeno 96 per cento della possibile occupazione complessiva: 100 per cento dell'importo spettante;
- b) dal 92 per cento al 95 per cento della possibile occupazione complessiva: 96 per cento dell'importo spettante;
- c) meno del 92 per cento della possibile occupazione complessiva: l'importo spettante è ridotto in proporzione all'occupazione effettiva.

7. Ammissione: ai fini dell'ammissione a tale forma di assistenza specifica è richiesta un'attestazione, rilasciata dal medico competente, della diagnosi e dell'appartenenza della persona all'utenza di cui al comma 2.

Sull'ammissione decide la commissione di cui all'articolo 41. I criteri relativi all'ammissione sono ulteriormente specificati con circolare.

Art. 47

Offerta di sollievo: ricovero temporaneo

1. Il ricovero temporaneo prevede l'accoglienza a tempo determinato nella residenza per anziani di persone non autosufficienti per i periodi massimi di cui ai commi 4 e 5. Esso non è finalizzato alla successiva ammissione definitiva della persona nella struttura, ma mira principalmente a offrire la possibilità di un recupero ai familiari curanti o al personale di cura privato, sollevandoli temporaneamente dall'impegno di cura e accompagnamento in caso di:

- a) ferie;
- b) assenza a causa di improvvisa malattia o altro motivo;
- c) sovraccarico fisico e/o psichico.

2. L'ente gestore offerente può prevedere ulteriori casi o motivi per il ricorso a tale forma di assistenza specifica.

3. L'ammissione avviene sulla base della lista di attesa separata di cui all'articolo 42. Le persone non autosufficienti assistite a domicilio hanno la precedenza ai fini dell'ammissione.

4. La durata massima del ricovero temporaneo è di quattro settimane. In casi eccezionali motivati, soprattutto a fronte dell'esigenza di organizzare la cura a domicilio a seguito di una necessità

improvvisa di cura, la durata del ricovero può essere prolungata al massimo di ulteriori quattro più quattro settimane.

5. Nell'arco di un anno una persona non può in ogni caso essere accolta per più di sei mesi in un posto riservato al ricovero temporaneo.

6. La dimissione dalla struttura avviene al termine del periodo concordato. La persona assistita e i suoi familiari hanno diritto, in vista della dimissione, ad un colloquio di consulenza con il *caregiver* della persona stessa.

7. Sull'ammissione e sulla dimissione decide l'ente gestore del servizio sulla base dei criteri previsti dallo statuto, dai regolamenti interni e dalla carta dei servizi. Non è necessario l'insediamento della commissione di cui all'articolo 41.

8. Ogni residenza per anziani deve garantire che almeno il tre per cento dei posti letto autorizzati siano destinati a posti letto per ricoveri temporanei; questi ultimi rientrano nelle prestazioni essenziali e pertanto nell'assistenza di base.

9. Per questa forma di assistenza specifica non è definito alcun contingente provinciale di posti letto.

10. Ai fini dell'autorizzazione come forma di assistenza specifica, almeno quattro posti letto oppure almeno il quattro per cento pieno dei posti letto complessivi, se da questa percentuale risulta un numero superiore di posti letto, devono essere riservati ed effettivamente utilizzati per tale offerta. In caso di enti gestori che gestiscono più strutture, il numero minimo previsto può essere garantito nell'ambito del numero complessivo di posti letto dell'ente stesso e ripartito tra le strutture secondo le necessità organizzative.

11. In ogni caso a tale offerta non può essere riservato più del 15 per cento dei posti letto complessivi per ente gestore.

12. Parametri del personale:

a) personale per l'assistenza diretta e l'organizzazione del tempo libero: parametri dell'assistenza di base più 1 ulteriore equivalente a tempo pieno (ETP) ogni 6 posti letto;

b) personale infermieristico: parametri dell'assistenza di base;

c) personale riabilitativo: parametri dell'assistenza di base.

13. L'importo aggiuntivo previsto per questa forma di assistenza specifica è pari a 21,00 euro giornalieri per ogni posto letto riservato ed effettivamente utilizzato, indipendentemente dalle presenze effettive. Tale importo va impiegato per il necessario personale aggiuntivo.

14. Ai fini dell'erogazione dell'importo aggiuntivo di cui al comma 13, ogni ente gestore deve raggiungere, nella media dell'anno, un indice di occupazione di posti letto riservati a tale forma di assistenza specifica pari ad almeno otto persone per posto letto.

Art. 48

Ricovero transitorio

1. Il ricovero transitorio prevede l'accoglienza a tempo determinato nelle strutture di cui al comma 11, per il periodo massimo di cui ai commi 4 e 5, di persone dimesse dall'ospedale, laddove sussista la transitoria e comprovata impossibilità, da parte dei familiari o dei servizi territoriali, di prestare un'adeguata assistenza e non sia ancora possibile o appropriato il ricovero definitivo in una struttura.

2. L'obiettivo di tale forma di assistenza specifica è quello di procurare ai familiari curanti, con il supporto di personale qualificato, il tempo necessario a organizzare la cura presso il domicilio oppure in una altra forma di assistenza.

3. Tipologia di utenti: persone che, dopo aver ricevuto un trattamento medico intensivo in seguito ad una patologia acuta, sono state dimesse da un reparto ospedaliero per acuti con un quadro clinico stabilizzato per essere curate a domicilio e per le quali non sia ancora possibile o appropriato un ricovero definitivo in una struttura. Possono inoltre essere accolte temporaneamente persone che, a causa di situazioni eccezionali e in presenza di una indicazione clinica, non possono più essere assistite a domicilio.

4. La durata massima del ricovero transitorio è di 30 giorni.

5. In casi eccezionali motivati, il comprensorio sanitario territorialmente competente può prolungare la durata del ricovero di ulteriori 30 giorni. Al più tardi al termine di questo periodo devono essere organizzati la cura presso il domicilio oppure, se assolutamente necessario, il ricovero definitivo in una struttura.

6. Ammissione: sull'ammissione a questa forma di assistenza specifica decide il comprensorio sanitario territorialmente competente, in accordo con la direzione dell'ente gestore dell'offerta.

7. Per la gestione di questa forma di assistenza specifica non è prevista alcuna lista di attesa.

8. I servizi territoriali socio-sanitari vengono informati quanto prima e sono coinvolti nella pianificazione dei passi successivi alla dimissione della persona assistita dall'ospedale; a tal fine, prima della dimissione dall'ospedale, l'assistente sociale o l'operatrice/operatore socio-assistenziale o un'infermiera/un infermiere dell'ospedale deve informare anche i servizi territoriali socio-sanitari che la persona assistita verrà assegnata al ricovero transitorio.

9. La dimissione a domicilio dal ricovero transitorio è organizzata di comune accordo dai servizi territoriali socio-sanitari. Se, in seguito alla dimissione dal ricovero temporaneo di transito, è necessaria l'ammissione a tempo indeterminato in una residenza per anziani, vanno di regola contattate le residenze per anziani presenti sul territorio del comune nel quale la persona assistita ha la residenza anagrafica o quelle più vicine a tale comune, definendo insieme ad esse le misure necessarie.

Se la persona non può essere accolta immediatamente nella struttura, deve essere inserita nella lista d'attesa e accolta in via definitiva quanto prima.

10. Il ricovero transitorio deve essere offerto in almeno una struttura di ogni comprensorio sanitario, nel rispetto dei criteri normativi e organizzativi vigenti e nei limiti del contingente provinciale di posti letto previsto per tale forma di assistenza specifica; tale contingente è definito ogni tre anni dall'assessora/assessore provinciale competente. In ogni comprensorio sanitario il numero dei posti letto per acuti deve essere ridotto in rapporto al numero di posti letto attivati per il ricovero transitorio.

11. I posti letto per i ricoveri transitori possono essere attivati all'interno di strutture di residenze per anziani, di strutture gestite dall'Azienda Sanitaria o di strutture private del settore sanitario.

12. In caso di offerta da parte dell'Azienda Sanitaria oppure di strutture private del settore sanitario si applicano le finalità, la disciplina del finanziamento nonché le disposizioni concernenti la partecipazione alla tariffa da parte degli utenti delle residenze per anziani di cui al presente articolo. Non trovano invece applicazione le disposizioni concernenti l'accreditamento delle residenze per anziani, i parametri del personale nonché le ulteriori prescrizioni di cui alle presenti disposizioni.

13. Le residenze per anziani richiedenti l'autorizzazione per questa forma di assistenza specifica devono disporre di almeno 60 posti letto.

14. Parametri del personale validi per i posti letto per il ricovero transitorio gestiti dalle residenze,

a) personale per l'assistenza diretta e l'organizzazione del tempo libero: parametri dell'assistenza di base più 0,5 equivalenti a tempo pieno (ETP) ogni 6 posti letto;

b) personale infermieristico: parametri dell'assistenza di base più 0,5 equivalenti a tempo pieno (ETP) ogni 6 posti letto;

c) personale per la riabilitazione: parametri dell'assistenza di base.

15. Il finanziamento spettante alla residenza per anziani corrisponde alla differenza tra l'importo fisso di 73,00 euro per ogni giorno di presenza e l'assegno di cura o indennità di accompagnamento eventualmente spettante all'utente per il medesimo periodo e da questa/questi dovuto all'ente gestore. A ogni ente gestore spetta inoltre la tariffa base prevista, cui l'utente partecipa secondo le disposizioni previste per le residenze per anziani.

16. Alle residenze per anziani l'importo differenziale di cui al comma 15 è erogato come importo aggiuntivo per tale forma di assistenza specifica. Per i suddetti giorni alle stesse non spetta l'importo aggiuntivo di cui all'articolo 52, commi 1 e 3; i maggiori costi del personale di cui alla lettera b) del comma 14 derivanti dai nuovi parametri di riferimento sono loro rimborsati con gli importi forfettari di cui all'articolo 44, comma 6, lettera a).

17. Il finanziamento di cui al comma 15 è a carico del sociale per i posti letto per il ricovero transitorio attivati all'interno di strutture di residenze per anziani. Se i posti letto per ricovero transitorio sono attivati all'interno di strutture gestite dall'Azienda Sanitaria o di strutture private del settore sanitario, il finanziamento è a carico dell'Azienda Sanitaria.

18. Ai fini dell'erogazione del finanziamento di cui al comma 15, ogni ente gestore deve raggiungere, nella media dell'anno, un indice di occupazione di posti letto riservati a tale forma di assistenza specifica pari ad almeno otto persone per posto letto.

19. Per i giorni in cui i posti letto per il ricovero transitorio non sono occupati, restando a disposizione per un'eventuale ammissione a tale forma di assistenza specifica, l'Azienda Sanitaria si fa carico dell'80 per cento dell'importo di 73,00 euro di cui al comma 15.

20. La disciplina di dettaglio relativa agli aspetti organizzativi e finanziari è stabilita nel quadro delle prescrizioni previste dalle presenti disposizioni.

CAPO VI

RETTA, TARIFFA BASE E FINANZIAMENTO

Art. 49

Disposizioni generali su retta e tariffa base

1. Il calcolo per la determinazione della retta giornaliera, di seguito denominata retta, e della tariffa base è effettuato nel rispetto delle presenti disposizioni. Le rette e le tariffe base così determinate non possono superare gli importi massimi stabiliti con deliberazione della Giunta provinciale.

2. Gli enti gestori determinano annualmente la retta e la tariffa base mediante l'utilizzo della modulistica per il rilevamento dei costi messa a disposizione dall'ufficio provinciale competente.

I moduli, compilati con la ripartizione dei costi e il calcolo della retta e della tariffa base, vanno trasmessi all'ufficio provinciale competente entro la data fissata con circolare annuale.

3. Le entrate risultanti dal calcolo della retta e della tariffa base devono corrispondere al fabbisogno finanziario programmato della struttura.

La retta e la tariffa base sono determinate in base alla struttura dei costi e alla politica dei prezzi e delle prestazioni.

4. Il rapporto tra prestazioni, qualità e complessivi costi di funzionamento della struttura deve risultare congruo nel quadro dell'annuale calcolo della retta e della tariffa base e con riguardo alle strategie ed agli strumenti previsti dalle presenti disposizioni.

5. La retta e la tariffa base coprono tutti i costi non assunti da altri enti sulla base di disposizioni specifiche o non coperti da altre entrate e si applicano sia alle ammissioni a tempo indeterminato sia a quelle a tempo determinato, salvo che sia altrimenti disposto.

6. I costi della/del responsabile tecnica/tecnico dell'assistenza nonché dei responsabili di settore e responsabili dell'area residenziale delle forme di assistenza specifica di cui al capo VI sono a carico degli enti gestori e sono coperti dalle entrate derivanti dalla retta e dalla tariffa base.

7. Per ogni struttura deve essere effettuato un calcolo separato. Se un ente gestore gestisce più strutture, gli eventuali costi comuni (ad esempio direzione o amministrazione) devono essere ripartiti sulle singole strutture in base al relativo carico o a quote prestabilite.

8. Nel calcolo della retta e della tariffa base devono essere considerati i costi relativi a investimenti, rinnovo e manutenzione della struttura, nel rispetto degli importi massimi di cui alla legge provinciale 30 aprile 1991, n. 13, e successive modifiche, e alla relativa deliberazione della Giunta provinciale.

9. In caso di apertura di una nuova struttura, il calcolo della retta e della tariffa base si basa sulla stima di una occupazione progressiva.

Art. 50

Componenti della retta

1. La retta delle residenze per anziani si compone della tariffa base, dell'importo dell'assegno di cura di cui all'articolo 8 della legge sulla non autosufficienza e dell'importo aggiuntivo di cui al comma 3 dello stesso articolo.

Nei casi previsti e con le modalità stabilite dalle presenti disposizioni, le componenti assegno di cura e importo aggiuntivo sono determinate, ai sensi dell'articolo 8, comma 3, della suddetta legge, come importo unitario e pagate direttamente agli enti gestori delle strutture.

2. Ai fini delle presenti disposizioni, l'indennità di accompagnamento di cui all'articolo 3, comma 1, numero 6, della legge provincialemm 21 agosto 1978, n. 46, e successive modifiche, è equiparata all'assegno di cura.

3. La retta per le forme di assistenza specifica comprende inoltre, laddove previsto, l'importo aggiuntivo stabilito, ai sensi dell'articolo 8, comma 3, della legge sulla non autosufficienza, a copertura dei costi aggiuntivi relativi all'assistenza specifica. Esso viene pagato direttamente agli enti gestori delle strutture.

4. A decorrere dall'anno 2016 la Giunta provinciale verifica ogni due anni la congruità dell'importo unitario e degli ulteriori importi previsti dalle presenti disposizioni e, se necessario, li ridetermina.

Art. 51

Tariffa base – Fatturazione

1. La tariffa base è quella parte della retta che deve essere pagata dalle persone e dagli enti obbligati alla compartecipazione ai sensi del decreto del Presidente della Giunta provinciale 11 agosto 2000, n. 30, e successive modifiche.

2. La tariffa base è differente a seconda che si tratti di stanza singola o di stanza a più letti.

Per le e gli ospiti in stanza a più letti la tariffa base è ridotta in misura fissa del cinque per cento.

3. Alle ospiti e agli ospiti sono fatturate direttamente, secondo le presenti disposizioni, la sola tariffa base oppure la tariffa base e l'assegno di cura o l'indennità di accompagnamento percepiti.

4. Ulteriori prestazioni non rientranti nell'offerta delle residenze per anziani ai sensi delle presenti disposizioni possono essere fatturate, in aggiunta agli importi di cui al comma 3, solo se espressamente indicate nella carta dei servizi e se concordate con l'ospite ed effettivamente erogate.

5. In nessun caso possono essere fatturati importi per prestazioni non effettivamente erogate o non rispondenti ai criteri previsti dalle presenti disposizioni.

6. La tariffa base è dovuta per tutti i giorni in cui la persona occupa un posto letto.

7. Per posto letto occupato si intende di norma ogni posto letto occupato da una persona e che pertanto non può essere messo a disposizione per nessun'altra ammissione. A tal fine sono considerati:

a) i giorni a partire da quello concordato con l'ospite per l'accettazione, se precedente all'effettivo giorno di ammissione;

b) i giorni a partire dall'effettivo giorno di ammissione sino al giorno di dimissione compreso, più un massimo di ulteriori tre giorni dopo quello di uscita dalla struttura, concordati con l'ospite o i suoi familiari, se la stanza non è stata liberata e per tale motivo non è né può essere utilizzata per altre ammissioni.

L'applicazione di tale norma è rimessa alle singole residenze per anziani; in ogni caso non è ammissibile una regolamentazione più svantaggiosa per l'ospite e gli eventuali ulteriori giorni di permanenza vanno concordati con l'ospite o suoi familiari;

c) i giorni di ricovero in ospedale e gli altri giorni di assenza, per i quali la tariffa base dovuta è ridotta del 50 per cento nei periodi indicati dalla seguente tabella:

ricoveri in ospedale e altre assenze:

ospedale dopo il 30° giorno

altre assenze

dall'8° giorno al 30° giorno compresi per complessivi 30 giorni all'anno (solare)

8. I giorni di assenza sono calcolati e cumulati separatamente per anno solare a seconda che si tratti di assenze per ricoveri in ospedale o altre assenze; dal 1° gennaio il calcolo per ogni ospite riparte da zero, indipendentemente dal giorno della sua ammissione. Il calcolo riparte da zero anche in caso di dimissione e successiva riammissione della stessa persona.

9. Se una/un ospite si trasferisce in una struttura di un altro ente gestore, il giorno del trasferimento è considerato e rendicontato in entrambe le strutture come effettiva presenza. La relativa tariffa base

è dovuta a entrambe le residenze per anziani nella misura del 50 per cento ciascuna. La fatturazione e la rendicontazione ai fini del finanziamento sono svolte dalla nuova residenza senza soluzione di continuità, secondo le modalità in essere. I giorni del mese di ammissione nella nuova struttura non sono pertanto conteggiati automaticamente come mese di ammissione, ma si prosegue con la modalità di rendicontazione fino a quel momento applicata.

10. Per le e gli ospiti che percepiscono l'assegno di cura o l'indennità di accompagnamento, la tariffa base è aumentata, per i seguenti periodi, dell'importo giornaliero corrispondente e quest'ultimo è fatturato e incassato direttamente dalla residenza per anziani insieme alla tariffa base:

a) in caso di ammissione a tempo indeterminato: durante il primo mese, ossia dall'effettivo giorno di ammissione sino all'ultimo giorno del mese di ammissione compreso; non sono considerati i giorni concordati precedenti all'effettivo giorno di ammissione e successivi a quello di uscita dalla struttura;

b) in caso di ammissione a tempo determinato:

1) dall'effettivo giorno di ammissione e finché il posto letto è occupato; non si considerano i giorni concordati precedenti all'effettivo giorno di ammissione e successivi a quello di uscita dalla struttura;

2) in caso di inquadramento (o nuovo inquadramento) entro 60 giorni dall'ammissione: retroattivamente per il periodo di cui al numero 1), a decorrere dal giorno in cui la persona ha diritto all'erogazione dell'assegno di cura o dell'indennità di accompagnamento.

11. Il pagamento diretto dell'assegno di cura o dell'indennità di accompagnamento alla persona ospitata è sospeso d'ufficio per il periodo in cui all'ente gestore spetta l'importo unitario, fermo restando in ogni caso lo status della persona quale beneficiaria dell'assegno di cura o dell'indennità di accompagnamento ai sensi, rispettivamente, della legge sulla non autosufficienza e della legge provinciale 21 agosto 1978, n. 46, e successive modifiche.

Sono ugualmente sospesi, per lo stesso periodo, gli inquadramenti e i nuovi inquadramenti per l'assegnazione di un livello assistenziale o le verifiche ai sensi dei criteri per la valutazione della non autosufficienza. Vengono invece inquadrate o nuovamente inquadrate le persone che hanno presentato domanda di primo inquadramento nel mese che precede il mese di ammissione nella struttura.

12. Le persone con diritto all'assegno di cura o all'indennità di accompagnamento che lasciano la struttura percepiscono di nuovo direttamente l'assegno o l'indennità dal primo giorno del mese successivo alla dimissione.

13. Per le e gli ospiti che non possiedono i requisiti relativi alla residenza per l'erogazione dell'assegno di cura e non sono titolari dell'indennità di accompagnamento, la tariffa base è incrementata del 15 per cento sino all'ultimo giorno del mese in cui la persona matura i suddetti requisiti. Alla struttura non spetta, per queste e questi ospiti, l'importo aggiuntivo di cui all'articolo 52, commi 1 e 3.

14. Eventuali nuovi posti letto autorizzati sono di norma fatturati secondo il calcolo della retta e della tariffa base in quel momento applicato.

Art. 52

Finanziamento

1. Salvi i casi espressamente disciplinati in modo diverso dalle presenti disposizioni, l'ente gestore ha diritto, per ogni giorno di presenza, ai seguenti importi:

a) in caso di ammissioni a tempo indeterminato:

1) per i giorni di presenza del mese di ammissione: importo aggiuntivo;

2) per tutti gli altri giorni di presenza: assegno di cura/indennità di accompagnamento e importo aggiuntivo, determinati in forma di importo unitario;

b) per i giorni di presenza in caso di ammissioni a tempo determinato: importo aggiuntivo, limitatamente ai posti letto riservati alle relative offerte.

2. L'importo unitario è pari a 58,00 euro per ogni giorno di presenza.

3. L'importo aggiuntivo è pari a 20,00 euro per ogni giorno di presenza.
4. L'importo aggiuntivo previsto per le singole forme di assistenza specifica spetta all'ente gestore per ogni posto letto riservato e autorizzato per la relativa offerta.
5. In misura conforme ai parametri stabiliti dalle presenti disposizioni e alle unità di personale effettivamente in servizio, il personale infermieristico e riabilitativo e il relativo personale sostitutivo sono finanziati applicando gli importi annuali forfettari di cui all'articolo 55, comma 7, e all'articolo 44, comma 6, riferiti a equivalenti a tempo pieno, secondo le modalità di cui all'articolo 55, commi 6 e 8.
6. Gli oneri per l'assistenza sanitaria di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e quelli per l'assistenza farmaceutica, i presidi sanitari (tra cui i pannolini), il necessario materiale sanitario e i farmaci sono a carico del servizio sanitario e non sono considerati ai fini della determinazione della retta e della tariffa base.
7. Per le e gli ospiti di cui all'articolo 51, comma 13, il comprensorio sanitario territorialmente competente si fa carico della differenza tra l'importo unitario e l'incremento del 15 per cento della tariffa base, oppure la differenza fino all'importo di 73,00 euro di cui all'articolo 48, comma 15, se queste/questi ospiti occupano un posto letto per il ricovero temporaneo gestito da una residenza per anziani, e paga tale importo direttamente alla residenza per anziani sino all'ultimo giorno del mese in cui la persona matura i relativi requisiti.

CAPO VII

CALCOLO E PAGAMENTO

Art. 53

Calcolo e liquidazione delle rate

1. Gli importi per il finanziamento previsti dalle presenti disposizioni sono erogati agli enti gestori secondo le seguenti modalità di calcolo e liquidazione.
2. Importo unitario: è calcolato per l'anno successivo un importo complessivo per un presunto tasso di occupazione dei posti letto pari al 100 per cento, che viene quindi liquidato forfettariamente nel corso dell'anno di riferimento direttamente agli enti gestori in due rate (acconti), pari ciascuna al 45 per cento dell'importo stesso, entro fine febbraio e fine agosto di ogni anno. La terza rata (saldo) è erogata, sulla base dell'importo effettivamente spettante, nel primo semestre dell'anno successivo.
3. L'importo aggiuntivo e l'importo aggiuntivo per le forme di assistenza specifica sono erogati unitamente alla terza rata (saldo), purché risultino soddisfatte le condizioni previste.
4. L'Agenzia per lo sviluppo sociale ed economico è incaricata di provvedere all'erogazione degli importi di cui ai commi 2 e 3, previa verifica e comunicazione degli stessi da parte della Ripartizione provinciale Politiche sociali.
5. Gli importi annuali forfettari per il personale infermieristico e riabilitativo e per il personale sostitutivo di cui all'articolo 55, comma 7, sono erogati direttamente agli enti gestori dall'Azienda Sanitaria, sulla base degli importi approvati per il pagamento dalla Ripartizione provinciale Politiche sociali in collaborazione con l'Azienda Sanitaria e comunicati dalla Ripartizione stessa. Le prime due rate (acconti), pari ciascuna al 45 per cento dell'importo annuale previsto, sono liquidate entro fine febbraio e fine agosto di ogni anno. La terza rata (saldo) è erogata sulla base dell'importo effettivamente spettante, nel primo semestre dell'anno successivo. L'importo di riferimento per la determinazione delle prime due rate è calcolato come segue: numero del personale infermieristico e riabilitativo della struttura – secondo i parametri di riferimento previsti – moltiplicato per gli importi forfettari previsti per questo personale e riferiti ad un'anzianità di servizio tra 8 e 15 anni.
6. Gli importi forfettari annuali spettanti alla struttura per il personale infermieristico e riabilitativo aggiuntivo di cui all'articolo 44, comma 6, sono erogati unitamente alla terza rata (saldo), purché risultino soddisfatte le condizioni previste, direttamente dall'Azienda Sanitaria, sulla base degli importi approvati per il pagamento dalla Ripartizione provinciale Politiche sociali in collaborazione con l'Azienda Sanitaria e comunicati dalla Ripartizione stessa.

Art. 54

Moduli di rilevazione e rendicontazione

1. Gli enti gestori delle strutture devono adottare i moduli di rilevazione e rendicontazione predisposti dalla Provincia e comunicare a quest'ultima le informazioni necessarie nelle forme previste. Il relativo finanziamento avviene in ogni caso solo previa comunicazione conforme alle modalità stabilite.

Art. 55

Terza rata e rendicontazione

1. La terza rata è calcolata a conguaglio, sottraendo le prime due rate dal risultato del rendiconto; la liquidazione avviene previa verifica e approvazione del rendiconto stesso. Se da tale calcolo risulta che con gli acconti è stato erogato un importo maggiore di quello effettivamente spettante, la parte eccedente è detratta dalla prima rata del successivo pagamento in acconto.

2. Importo unitario e importo aggiuntivo: le rendicontazioni presentate possono basarsi solo su posti letto autorizzati e conformi ai criteri di cui alle presenti disposizioni. Gli importi riferiti ad un tasso di occupazione dei posti letto superiore al 100 per cento o a posti letto non autorizzati non sono liquidati; gli importi riferiti ad un tasso di occupazione superiore al 99 per cento sono sottoposti ad una ulteriore verifica dettagliata e la terza rata è erogata solo a seguito dell'avvenuta verifica. Eventuali giorni di presenza, accertati in sede di rendicontazione, superiori a un tasso di occupazione mensile dei posti letto del 100 per cento, sono ridotti d'ufficio ad un tasso di occupazione del 100 per cento; a tal fine l'importo unitario è detratto per il numero di giorni necessario affinché il tasso di occupazione mensile sia di nuovo pari al 100 per cento.

3. Ai fini della rendicontazione degli importi di cui al comma 2 sono considerati come giorni di presenza:

- a) i giorni di effettiva presenza dell'ospite (dal giorno di ammissione a quello di dimissione);
- b) i giorni di assenza di cui all'articolo 51, comma 7, lettera c).

4. Ai fini della rendicontazione degli importi di cui al comma 2 non sono considerati:

- a) i giorni di presenza riferiti agli ospiti di cui all'articolo 51, comma 13;
- b) i giorni concordati ai sensi dell'articolo 51, comma 7, lettere a) e b).

5. Importo aggiuntivo per le forme di assistenza specifica: salvo quanto previsto all'articolo 48, comma 15, ai fini della rendicontazione dell'importo aggiuntivo per le forme di assistenza specifica si considerano tutti i giorni dell'anno. In caso di avvio, adattamento o cessazione delle forme di assistenza specifica nel corso dell'anno, si considerano, rispettivamente, i giorni a decorrere dalla data stabilita con l'autorizzazione o quelli fino alla data della cessazione.

6. Importi forfettari: ai fini della rendicontazione per il finanziamento del personale infermieristico e riabilitativo e del personale sostitutivo di cui al comma 7 del presente articolo si applicano gli importi ivi previsti; per il personale infermieristico e riabilitativo aggiuntivo di cui all'articolo 44 trovano applicazione gli importi di cui al comma 6 dello stesso articolo. Tali importi sono erogati per i parametri di riferimento preventivamente approvati, purché questi siano stati effettivamente soddisfatti attraverso assunzioni di personale; in caso contrario, possono essere rendicontati solo gli equivalenti a tempo pieno (ETP) effettivamente in servizio (corrispondenti a 38 ore/settimana). Ai fini della rendicontazione di cui al presente comma si applica inoltre quanto segue:

- a) si considera l'anzianità di servizio maturata fino al 30 giugno dell'anno rendicontato, secondo le classi di anzianità di cui al comma 7;
- b) in caso di sopraggiunta genitorialità, durante l'astensione obbligatoria dal lavoro gli importi forfettari sono rendicontati per intero, mentre in caso di astensione facoltativa possono essere rendicontati solo i costi del lavoro effettivamente prestatato. Questa disposizione non si applica se i suddetti costi del lavoro sono rimborsati da altri enti;
- c) il personale sostitutivo per l'astensione obbligatoria e facoltativa nonché per malattia e altre assenze superiori a tre mesi consecutivi è rendicontato dopo l'effettivo inquadramento secondo gli importi forfettari di cui al comma 7.

7. Si applicano i seguenti importi annuali forfettari:

- a) Personale infermieristico

Anzianità di servizio Importi annuali

0-7 anni 53.000,00 euro

8-15 anni 58.000,00 euro

16-25 anni 62.000,00 euro

≥ 26 anni 66.000,00 euro

Contratto d'opera (indipendentemente dagli anni – su base oraria)

Appalto della prestazione (indipendentemente dagli anni – su base oraria)

52.000,00 euro (per 1.670 ore all'anno)

56.000,00 euro (per 1.670 ore all'anno)

b) Personale per la riabilitazione

Anzianità di servizio Importi annuali

0-7 anni 46.000,00 euro

8-15 anni 50.000,00 euro

16-25 anni 54.000,00 euro

≥ 26 anni 58.000,00 euro

Contratto d'opera (indipendentemente dagli anni – su base oraria)

Appalto della prestazione (indipendentemente dagli anni – su base oraria)

44.000,00 euro

(per 1.670 ore

all'anno)

50.000,00 euro

(per 1.670 ore all'anno)

c) Operatrice/Operatore socio-assistenziale – in sostituzione di infermiere e infermieri

Anzianità di servizio Importi annuali

0-7 anni 42.200,00 euro

8-15 anni 44.300,00 euro

16-25 anni 45.100,00 euro

≥ 26 anni 47.100,00 euro

8. Tutti gli accantonamenti per il trattamento di fine rapporto del personale infermieristico e riabilitativo maturati a decorrere dal 1° gennaio 2015 sono già inclusi nella somma complessiva degli importi annuali forfettari e come tali devono essere contabilizzati e stanziati dalle singole strutture.

Eventuali trattamenti di fine rapporto, premi di produttività riferiti ad attività lavorativa prestata antecedentemente all'anno 2015 e altri costi relativi al personale ancora sospesi, che sono maturati o sorti entro la fine dell'anno 2014 e che fino a quella data erano a carico dell'Azienda Sanitaria, devono essere specificamente rendicontati da quest'ultima con gli enti competenti.

CAPO VIII

DISPOSIZIONI FINALI

Art. 56

Efficacia

1. Le presenti disposizioni trovano applicazione a partire dal 1° gennaio 2016.

Art. 57

Disposizioni transitorie

1. Le residenze per anziani che, alla data di applicazione delle presenti disposizioni, dispongono di un accreditamento contenente una prescrizione non ancora adempiuta soggiacciono, ai fini dell'adempimento della prescrizione stessa, alle presenti disposizioni.

2. Fatta eccezione per le strutture gestite dall'Azienda Sanitaria, per le strutture che nel 2013 avevano diritto ad un parametro di personale più elevato, poiché nella media degli anni precedenti assistevano almeno il 70 per cento delle e degli ospiti con un livello di non autosufficienza 3 e 4, e che, a decorrere dal 1° gennaio 2015, hanno ricevuto un importo unitario di 61,00 euro:

a) im Jahr 2016 ein Einheitsbetrag von 59,00

Euro,

- a) si applica, per l'anno 2016, un importo unitario di 59,00 euro;
- b) si applica, a decorrere dall'anno 2017, l'importo unitario di 58,00 euro di cui all'articolo 52, comma 2.

3. Il finanziamento del personale infermieristico e riabilitativo effettivamente in servizio messo a disposizione della residenza per anziani dall'Azienda Sanitaria continua ad essere interamente a carico di quest'ultima sino al passaggio definitivo. Per tale personale non spettano alla residenza gli importi annuali forfettari di cui all'articolo 55, comma 7, e all'articolo 44, comma 6; il personale stesso va tuttavia considerato nel calcolo del parametro di riferimento di cui alle presenti disposizioni.

4. Oltre a quanto previsto dai commi da 1 a 3 del presente articolo, alle residenze per anziani si applicano le seguenti disposizioni transitorie:

- a) articolo 3, comma 4;
- b) articolo 9, commi 3, 8 e 9;
- c) articolo 28, comma 3;
- d) articolo 42, comma 3.

Art. 58

Revoca

1. Con decorrenza dal 1° gennaio 2016, sono revocate le seguenti deliberazioni:

- a) deliberazione della Giunta provinciale 11 gennaio 1999, n. 8, e successive modifiche;
- b) deliberazione della Giunta provinciale 7 settembre 2009, n. 2251, e successive modifiche;
- c) deliberazione della Giunta provinciale 26 ottobre 2009, n. 2620, e successive modifiche;
- d) deliberazione della Giunta provinciale 14 dicembre 2009, n. 2976;
- e) deliberazione della Giunta provinciale 29 marzo 2010, n. 558;
- f) deliberazione della Giunta provinciale 18 novembre 2013, n. 1744;
- g) deliberazione della Giunta provinciale 13 gennaio 2015, n. 27, e successive modifiche.

Allegato B)

Abrogazione di disposizioni in materia di assistenza agli anziani e di centri di degenza per malati cronici

Art. 1

1. Con efficacia dal 1° gennaio 2016 sono abrogate le seguenti disposizioni del decreto del Presidente della Giunta provinciale 5 maggio 1992, n. 19, e successive modifiche:

- a) capo I;
- b) capo II, articolo 14, commi 1 e 2;
- c) capo II, articolo 17, comma 7;
- d) capo II, articolo 22;
- e) capo II, sezione V;
- f) capo II, articolo 30;
- g) capo II, sezione VIII.

ASSISTENZA PENITENZIARIA

ABRUZZO

DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA 30.11.2015 N. 117 - Rete regionale per l'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti

Note

Viene approvata la "Rete regionale per l'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti" di cui all'"Allegato A" – che costituisce parte integrante e sostanziale al presente provvedimento (a cui si rinvia).

EMILIA-ROMAGNA

DD 13.10.15, n. 13295 - Ripartizione assegnazione e concessione di fondi ai Comuni sede di carcere per la realizzazione degli interventi rivolti alle persone sottoposte a limitazioni della libertà personale in attuazione della delibera dell'Assemblea legislativa 117/2013 e della delibera di Giunta regionale 921/2015 assunzione impegno di spesa (BUR n. 326 del 17.12.15)

Note

PREMESSA

Con la DGR n. 921 del 13/07/2015 ad oggetto "Programma annuale 2015: Ripartizione delle risorse del fondo sociale regionale" al punto 3.3.2. "Interventi rivolti alle persone sottoposte a limitazioni della libertà personale, promossi dai Comuni sede di carcere" sono state disposte risorse programmate per € 550.000,00, da ripartire tenendo conto dei seguenti indicatori:

- Popolazione detenuta: ultimo dato disponibile;
- Popolazione detenuta straniera: ultimo dato disponibile;
- Numero dei soggetti sottoposti a misure esterne di esecuzione penale, rispetto allo specifico territorio: ultimo dato disponibile;

Gli ambiti di intervento sono::

1. Sportello informativo per detenuti;
2. Reinserimento sociale;
3. Miglioramento delle condizioni di vita dei detenuti.

LA RIPARTIZIONE

Viene ripartita, assegnata e concessa la somma complessiva di € 550.000,00 per la realizzazione del Programma, previsto al punto 3.3.2. della citata deliberazione n.921 del 13 luglio 2015, a favore dei Comuni sede di carcere indicati nella tabella suddiviso nelle due linee di finanziamento indicate da premessa, di cui all'allegato 1), parte integrante e sostanziale del presente atto (a cui si rinvia).

I distretti saranno tenuti a seguire, nella stesura dei Piani di Zona per l'anno 2015, le indicazioni programmatiche regionali.

PUGLIA

DGR 30.11.15, n. 2133 - D.P.C.M. 1/4/2008. Osservatorio regionale permanente sulla sanità penitenziaria istituito con DGR n. 941 del 4/06/2009. Integrazione e modifica dei componenti.

Note

Viene modificata la composizione dell'Osservatorio Regionale Permanente sulla sanità penitenziaria, inserendo il Garante regionale delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale, quale componente, unitamente ai Presidenti dei Tribunali di Sorveglianza presenti in Puglia e ai Funzionari regionali competenti per le materie sopra evidenziate. A seguito delle intervenute modifiche, Osservatorio regionale permanente sulla sanità penitenziaria sia così composto:

- Dirigente della Sezione Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione dell'Assessorato alla Sanità, coadiuvato dalla Dirigente del Servizio Assistenza territoriale, psichiatria e dipendenze patologiche e dalla A.P. "Funzione di supporto alla gestione della Linea 3.1. ";
- Dirigente della Sezione Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica e Accreditamento coadiuvato dal dirigente del Servizio Risorse umane e aziende sanitarie e dalla Alta Professionalità "Monitoraggio Accordi Contrattuali";
- Direttore Sanitario delle Aziende Sanitarie Locali, coadiuvato dai Direttori di Distretto Sociosanitario nel cui ambito insiste un Istituto Penale;
- Provveditore Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria di Puglia;
- Direttore del Centro per la Giustizia Minorile della Puglia;
- Garante regionale delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale
- Presidenti dei Tribunali di Sorveglianza di Bari, Lecce e Taranto;
- Funzionario del Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione in funzione di Segretario.

BILANCIO

CALABRIA

L.R. 15.12.15, N. 26 - approvazione rendiconto generale relativo all'esercizio finanziario 2014

EMILIA-ROMAGNA

L.R. 29.12.15 n. 22 - Disposizioni collegate alla legge regionale di stabilità per il 2016. (BUR n. 338 del 29.12.15)

Art. 15**Modifiche alla legge regionale n. 17 del 2005**

1. Dopo il comma 4 dell'articolo 19 della legge regionale 1 agosto 2005, n. 17 (Norme per la promozione dell'occupazione, della qualità, sicurezza e regolarità del lavoro) sono aggiunti i seguenti:

“4 bis. Il programma regionale individua gli obiettivi e le priorità relative in particolare a erogazione di misure di politica attiva del lavoro, contributi e incentivi alle imprese per favorire l'inserimento, il reinserimento e la permanenza nei luoghi di lavoro nonché l'adattamento per abbattere barriere all'accesso, contributi a sostegno del lavoro autonomo e autoimprenditoria per persone disabili, indennità di tirocinio, sostegno alle associazioni delle famiglie delle persone con disabilità e interventi per favorire la mobilità casa - lavoro.

4 ter. Il programma regionale determina inoltre:

- a) le modalità per la concessione ed erogazione delle risorse del fondo regionale disabili;
- b) gli ambiti di intervento e le relative tipologie di contributi e assegnazioni;
- c) i soggetti beneficiari, in relazione ai singoli ambiti di intervento.”.

Art. 16**Modifiche alla legge regionale n. 5 del 2013**

1. Dopo l'articolo 5 della legge regionale 4 luglio 2013, n. 5 (Norme per il contrasto, la prevenzione, la riduzione del rischio della dipendenza dal gioco d'azzardo patologico, nonché delle problematiche e delle patologie correlate) è inserito il seguente articolo:

“Art. 5 bis

Assistenza tecnica, coordinamento, supporto consulenziale

1. La Regione realizza funzioni di assistenza tecnica, giuridica, consulenziale e progettuale agli Enti Locali in riferimento alla disciplina ed alle autorizzazioni relative alle sale giochi di cui all'articolo 1, comma 2, con particolare riguardo agli orari di apertura, ai requisiti architettonici, strutturali, edilizi e dimensionali, alle previsioni degli orari di apertura, all'ubicazione, al fine di sostenere l'adozione di soluzioni strettamente coerenti con le finalità dell'articolo 1, comma 1 e con l'obiettivo di tutela della salute pubblica dai rischi di diffusione di forme di dipendenza dal gioco.”.

2. Dopo l'articolo 7 della legge regionale n. 5 del 2013 è inserito il seguente articolo:

“Art. 7 bis

Priorità e premialità

1. In coerenza con quanto previsto all'articolo 2, comma 1, lettera f), per la concessione di contributi, finanziamenti, agevolazioni e facilitazioni agli esercenti di esercizi commerciali, ai gestori dei circoli privati e di altri luoghi deputati all'intrattenimento costituisce condizione di priorità e premialità la disponibilità del marchio dell'articolo 7.

2. Rientrano nel comma 1 tutte le agevolazioni, gli incentivi finanziari e i contributi previsti da normativa regionale o sostenuti con fondi regionali o ricondotti alla programmazione regionale.

3. La Giunta regionale con proprio atto, entro 120 giorni dall'entrata in vigore della legge regionale di stabilità per il 2016, sentita la competente Commissione assembleare ed acquisito il parere del CAL di cui alla legge regionale 9 ottobre 2009, n. 13 (Istituzione del Consiglio delle autonomie locali), approva, nei limiti delle possibilità della legislazione vigente, specifica direttiva per l'attuazione dei commi 1 e 2.”.

Art. 17

Modifiche alla legge regionale n. 6 del 2014

1. Dopo l'articolo 8 della legge regionale 27 giugno 2014, n. 6 (Legge quadro per la parità e contro le discriminazioni di genere) è inserito il seguente:

“Art. 8 bis

Interventi regionali e a sostegno delle iniziative di enti locali, associazioni di promozione sociale, organizzazioni di volontariato e organizzazioni non lucrative di utilità sociale (ONLUS)

1. Per il raggiungimento delle finalità di cui all'articolo 2 la Regione Emilia-Romagna promuove, concorre ad attuare e attua direttamente manifestazioni, iniziative, progetti formativi, divulgativi e di approfondimento, studi e ricerche, volti alla promozione e al conseguimento delle pari opportunità e al contrasto alle discriminazioni ed alla violenza di genere.

2. La Regione Emilia-Romagna interviene mediante la concessione di contributi a sostegno di iniziative, progetti e manifestazioni proposte dagli enti locali, in forma singola o associata, per la promozione ed il conseguimento delle pari opportunità e per il contrasto alle discriminazioni ed alla violenza di genere.

3. La Regione Emilia-Romagna interviene mediante la concessione di contributi a sostegno di iniziative, progetti e manifestazioni proposte dalle associazioni di promozione sociale, dalle organizzazioni di volontariato e dalle ONLUS il cui statuto o atto costitutivo prevede, anche alternativamente:

a) la diffusione e l'attuazione del principio di pari opportunità fra donna e uomo;

b) la promozione e la valorizzazione della condizione femminile;

c) la prevenzione ed il contrasto di ogni violenza e discriminazione sessista.

4. Per accedere ai contributi regionali i soggetti di cui al comma 3 devono essere iscritti rispettivamente nel registro regionale delle associazioni di promozione sociale, di cui alla legge regionale 9 dicembre 2002, n. 34 (Norme per la valorizzazione delle associazioni di promozione sociale. Abrogazione della legge regionale 7 marzo 1995, n. 10 (Norme per la promozione e la valorizzazione dell'associazionismo)), nel registro regionale delle organizzazioni di volontariato di cui alla legge regionale 21 febbraio 2005, n. 12 (Norme per la valorizzazione delle organizzazioni di volontariato. Abrogazione della L.R. 2 settembre 1996, n. 37 (Nuove norme regionali di attuazione della legge 11 agosto 1991, n. 266 - Legge quadro sul volontariato. Abrogazione della legge regionale 31 maggio 1993, n. 26)), nell'anagrafe unica delle ONLUS di cui all'articolo 11 del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460 (Riordino della disciplina tributaria degli enti non commerciali e delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale).

5. La Giunta regionale individua i criteri e le modalità per la concessione dei contributi e per l'attuazione delle iniziative di cui al presente articolo, considerando prioritariamente gli interventi di cui agli articoli 22, 23 e 24.”.

Art. 18**Modifiche alla legge regionale n. 11 del 2015**

1. Il comma 2 dell'articolo 3 della legge regionale 16 luglio 2015, n. 11 (Norme per l'inclusione sociale di Rom e Sinti) è sostituito dal seguente:

“2. La realizzazione delle microaree familiari di cui al comma 1, lettera b), è disciplinata da un programma comunale, il quale individua, tra l'altro, le aree del territorio comunale idonee alla loro localizzazione, al di fuori degli ambiti di cui agli articoli A-2, A-3 bis, A-13, A-14 e A-15 dell'allegato alla legge regionale 24 marzo 2000, n. 20 (Disciplina generale sulla tutela e l'uso del territorio). L'approvazione del programma è subordinata a verifica di assoggettabilità ai sensi dell'articolo 12 del decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152 (Norme in materia ambientale), non comporta la variazione della classificazione urbanistica delle aree in cui sono realizzate le microaree e il mutamento della destinazione d'uso delle unità immobiliari esistenti eventualmente utilizzate.”.

L.R. 29.12.15, n. 23 - Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2016-2018 (legge di stabilità regionale 2016). (BUR n. 338 del 29.12.15)

Art. 4***Contributo al Comitato di solidarietà alle vittime delle stragi***

1. La Regione Emilia-Romagna è autorizzata a corrispondere, per l'esercizio 2016, un contributo di euro 50.000,00 al Comitato di solidarietà alle vittime delle stragi costituito fra la Regione Emilia-Romagna, la Provincia di Bologna ed i Comuni di Bologna, Castiglione dei Pepoli e San Benedetto Val di Sambro, nell'ambito della Missione 1 Servizi istituzionali, generali e di gestione - Programma 11 Altri servizi generali.

Art. 10***Servizio sanitario regionale - Risorse aggiuntive correnti***

1. Nell'ambito del finanziamento aggiuntivo corrente del Servizio sanitario regionale per livelli di assistenza superiori ai livelli essenziali di assistenza (LEA) sono autorizzati per il bilancio 2016-2018 i seguenti importi, nell'ambito della Missione 13 Tutela della salute - Programma 2 Servizio sanitario regionale - Finanziamento aggiuntivo corrente per livelli di assistenza superiori ai LEA:

- a) euro 20.000.000,00, al fine di assicurare copertura finanziaria agli oneri derivanti dal pagamento, da parte delle Aziende sanitarie regionali, degli indennizzi per emotrasfusi ai sensi della legge 25 febbraio 1992, n. 210 (Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati);
- b) euro 5.000.000,00, per le misure a sostegno dell'equilibrio finanziario di aziende ed enti del Servizio sanitario regionale per ammortamenti non sterilizzati relativi agli anni 2001-2011.

Art. 11***Fondo regionale per la non autosufficienza***

1. In attuazione di quanto disposto dall'articolo 51 della legge regionale 23 dicembre 2004, n. 27 (Legge finanziaria regionale adottata a norma dell'articolo 40 delle legge regionale 15 novembre 2001, n. 40 in coincidenza con l'approvazione del bilancio di previsione della Regione Emilia-Romagna per l'esercizio finanziario 2005 e del bilancio pluriennale 2005-2007) che istituisce il Fondo regionale per la non autosufficienza e al fine di elevare ed ampliare l'area di finanziamento pubblico delle prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria ivi previste, è disposta, per il bilancio 2016-2018, l'autorizzazione di spesa pari ad Euro 120.000.000,00, nell'ambito della Missione 13 Tutela della salute - Programma 2 Servizio sanitario regionale - Finanziamento aggiuntivo corrente per livelli di assistenza superiori ai LEA.

2. La Giunta regionale, previo parere della competente Commissione assembleare, ripartisce le risorse di cui al comma 1 sulla base dei criteri di cui all'articolo 51 della legge regionale n. 27 del 2004.

Art. 12***Gestioni liquidatorie delle ex Unità sanitarie locali cessate al 31 dicembre 1994***

1. La Regione Emilia-Romagna, per il ripiano delle gestioni liquidatorie delle ex Unità sanitarie locali cessate al 31 dicembre 1994, è autorizzata a trasferire agli enti del Servizio sanitario regionale per l'esercizio 2016 l'importo di euro 4.000.000,00 nell'ambito della Missione 13 Tutela della salute - Programma 4 Servizio sanitario regionale - Ripiano di disavanzi sanitari relativi ad esercizi pregressi.

Art. 13***Quota del Fondo sanitario regionale di parte corrente in gestione accentrata presso la Regione per la realizzazione di progetti ed attività a supporto del Servizio sanitario regionale***

1. L'autorizzazione di spesa per lo sviluppo di progetti ed attività a supporto del Servizio sanitario regionale, ai sensi dell'articolo 2 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421), gestiti direttamente a livello regionale attraverso una quota di finanziamento dei LEA riservata alla gestione sanitaria accentrata, viene determinata per il bilancio 2016-2018 in complessivi euro 46.993.830,00, nell'ambito della Missione 13 Tutela della salute - Programma 1 Servizio sanitario

regionale - Finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA, e Programma 7 Ulteriori spese in materia sanitaria, così articolati:

- a) acquisto di beni e servizi per euro 21.110.830,00;
- b) trasferimenti correnti per euro 23.583.000,00;
- c) acquisto di beni per euro 2.300.000,00.

L.R. 29.12.15, n. 24 - Bilancio di previsione della regione emilia-romagna 2016-2018,(BUR n. 340 del 29.12.15)

TOSCANA

L.R. 28.12.15, n. 81 - Legge di stabilità per l'anno 2016. (BUR n. 57 del 29.12.15)

Capo II

Misure per l'equità e la tutela sociale

Art. 19

Progetto "Spesa per tutti" e redistribuzione eccedenze alimentari.

Modifiche alla l.r. 32/2009

1. Dopo l'articolo 3 della legge regionale 25 giugno 2009, n. 32 (Interventi per combattere la povertà ed il disagio sociale attraverso la redistribuzione delle eccedenze alimentari), è aggiunto il seguente:

"Art. 3 bis

Progetto "Spesa per tutti"

1. La Regione, per le finalità di cui all'articolo 1 della presente legge istituisce il progetto "Spesa per tutti" e ne dà applicazione anche tramite accordi con la grande distribuzione organizzata.

2. Il progetto di cui al comma 1 consiste nell'applicazione di sconti dedicati a determinati beni, individuati fra quelli di prima necessità, a cittadini residenti in Toscana sulla base della loro condizione economica e può anche essere limitato a determinati giorni o fasce orarie.

3. L'applicazione degli sconti di cui al comma 2 può poggiare sulle anagrafiche già in possesso dei soggetti operanti nella grande distribuzione organizzata e sul sistema di fidelizzazione da questi utilizzato.

4. Possono accedere al progetto tutti i cittadini residenti in Toscana con un reddito annuo lordo inferiore ai 20 mila euro, tale cifra è incrementata di 5 mila euro per ogni familiare a carico.

5. La Regione, per la realizzazione del progetto, ha una dotazione di 150.000 euro.

6. Il progetto è da intendersi sperimentale; entro dodici mesi dall'attivazione dello stesso, la Regione valuta il rapporto costi/benefici misurato a partire dalla somma investita ed il totale degli sconti applicati agli utenti, dandone informazione al Consiglio regionale, che si esprime sulla necessità di renderlo strutturale."

2. Dopo il comma 2 bis dell'articolo 4 della l.r. 32/2009 è aggiunto il seguente:

"2 ter. Per il programma pluriennale di cui all'articolo 3 ed il progetto di cui all'articolo 3 bis, è autorizzata la spesa di euro 200.000,00 per ciascuno degli anni 2016 e 2017, cui si fa fronte con gli stanziamenti della Missione 12 "Diritti sociali, politiche sociali e famiglia", Programma 04 "Interventi per i soggetti a rischio di esclusione sociale", Titolo 1 "Spese correnti" del bilancio di previsione 2016 – 2018, annualità 2016 e 2017."

Art. 20

Violenza di genere.

Modifiche all'articolo 46 della l.r. 86/2014

1. Al comma 1 dell'articolo 46 della l.r. 86/2014 le parole: "per l'anno 2015" sono sostituite dalle seguenti: "per ciascuno degli anni 2015 e 2016".

2. Il comma 2 dell'articolo 46 della l.r. 86/2014 è sostituito dal seguente:

"2. Agli oneri di cui al comma 1, si fa fronte per l'anno 2015 con gli stanziamenti dell'UPB 234 "Programmi ed azioni per il sostegno dell'inclusione sociale – Spese correnti" del bilancio di

previsione 2015, e per l'anno 2016 con gli stanziamenti della Missione 12 "Diritti sociali, politiche sociali e famiglia", Programma 04 "Interventi per i soggetti a rischio di esclusione sociale", Titolo 1 "Spese correnti" del bilancio di previsione 2016 – 2018, annualità 2016."

L.R. 28.12.15, n. 83 - Bilancio di previsione per l'anno finanziario 2016 e pluriennale 2016 - 2018.

Art. 3

Misure di contenimento della spesa per il personale delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale

1. Gli enti e le aziende del servizio sanitario regionale adottano misure di riduzione delle spese, in linea con le previsioni già contenute nella legge regionale 27 dicembre 2012, n. 81 (Misure urgenti di razionalizzazione della spesa sanitaria. Modifiche alla l.r. 51/2009, alla l.r. 40/2005 e alla l.r. 8/2006), nella legge regionale 24 dicembre 2013, n. 77 (Legge finanziaria per l'anno 2014) e nella legge regionale 29 dicembre 2014, n. 86 (Legge finanziaria per l'anno 2015) e, in particolare, procedono all'adozione di misure per il contenimento della spesa per il personale che, in conformità a quanto sancito dall'articolo 2, comma 71, della legge 3 dicembre 2009, n. 191 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato "legge finanziaria 2010"), nonché dall'articolo 17, comma 3, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98 (Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria), convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, e fermo restando quanto disposto dall'articolo 2, comma 73, della l. 191/2009, siano idonee a garantire che la spesa stessa non superi, a livello di area vasta, il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 per cento.

2. Al fine di cui al comma 1, si considerano anche le spese per il personale con rapporto di lavoro a tempo determinato, con contratto di collaborazione coordinata e continuativa o che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile o con convenzioni.

3. Ai fini dell'applicazione del comma 2, le spese per il personale sono considerate al netto:

- a) per l'anno 2004, delle spese per arretrati relativi ad anni precedenti per rinnovo dei contratti collettivi nazionali di lavoro;
- b) per l'anno 2016, delle spese derivanti dai rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro intervenuti successivamente all'anno 2004.

4. Sono comunque fatte salve, e sono escluse, sia per l'anno 2004, sia per l'anno 2016, le spese di personale totalmente a carico di finanziamenti comunitari o privati, nonché le spese relative alle assunzioni a tempo determinato e ai contratti di collaborazione coordinata e continuativa per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'articolo 12 bis 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).

Art. 4

Budget economici per la farmaceutica e i dispositivi medici

1. Fermi restando i principi di cui all'articolo 14 della legge regionale 29 dicembre 2010, n. 65 (Legge finanziaria per l'anno 2011) e all'articolo 124 della legge regionale 27 dicembre 2011, n. 66 (Legge finanziaria per l'anno 2012), tenuto conto delle ulteriori misure di razionalizzazione del settore, adottate sia a livello locale, sia nazionale, e nel rispetto di quanto previsto dalla normativa statale, la Giunta regionale definisce, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, l'obiettivo di contenimento della spesa per l'anno 2016 per i farmaci e i dispositivi medici.

Art. 5

Contributo a favore delle famiglie con figli minori disabili

1. La Regione, al fine di sostenere le famiglie con figli disabili minori di anni diciotto, istituisce un contributo annuale per il triennio 2016 – 2018 pari ad euro 700,00, a favore delle famiglie in possesso dei requisiti di cui al comma 4, per ogni minore disabile ed in presenza di un'accertata sussistenza nel disabile della condizione di handicap grave di cui all'articolo 3, comma 3, della

legge 5 febbraio 1992, n. 104 (Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate).

2. Ai fini dell'erogazione del contributo è considerato minore anche il figlio che compie il diciottesimo anno di età nell'anno di riferimento del contributo.

3. I contributi di cui al comma 1. sono concessi dal comune di residenza del richiedente a seguito di istanza presentata entro il 30 giugno di ciascun anno di riferimento del contributo. L'istanza di concessione del contributo è presentata dalla madre o dal padre del minore disabile, o da chi esercita la patria potestà. I contributi concessi sono comunicati alla Regione che provvede ai relativi pagamenti.

4. Requisiti per la concessione del contributo sono i seguenti:

a) il genitore che presenta domanda deve far parte del medesimo nucleo familiare del figlio minore disabile per il quale è richiesto il contributo;

b) sia il genitore, sia il figlio minore disabile devono essere residenti in Toscana, in modo continuativo da almeno ventiquattro mesi, in strutture non occupate abusivamente, dalla data del 1° gennaio dell'anno di riferimento del contributo;

c) il genitore che presenta domanda e il figlio minore disabile devono far parte di un nucleo familiare convivente con un valore dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) non superiore ad euro 29.999,00;

d) il genitore che presenta la domanda non deve avere riportato condanne con sentenza definitiva per reati di associazione di tipo mafioso, riciclaggio ed impiego di denaro, beni o altra utilità di provenienza illecita di cui agli articoli 416 bis, 648 bis e 648 ter del codice penale.

5. Le istanze di concessione dei benefici sono redatte secondo uno schema-tipo approvato con decreto del dirigente regionale competente per materia e sono corredate da certificato comprovante l'handicap grave di cui all'articolo 3, comma 3, della l. 104/1992 e dall'attestazione ISEE aggiornata in corso di validità.

La modulistica è pubblicata sul sito istituzionale della Regione.

6. Agli oneri di cui al presente articolo, stimati in euro 1.500.000,00 per ciascuno degli esercizi 2016, 2017 e 2018 si fa fronte con gli stanziamenti della Missione 12 "Diritti sociali, politiche sociali e famiglia", Programma 05 "Interventi per le famiglie", Titolo 1 "Spese correnti" del bilancio di previsione 2016 - 2018.

VENETO

L.R. n. 21 16.12.15 - Rendiconto generale della Regione per l'esercizio finanziario 2014. (BUR n. 120 del 22.12.15)

BOLZANO

L.P. 23.12.15, n. 18 - Disposizioni collegate alla legge di stabilità

L.P. 23.12.15, n. 19 - Legge di stabilità 2016

DIFESA DELLO STATO

FRIULI V.G.

Decreto del Presidente della Regione - Commissario delegato 14 dicembre 2015, n. 300 - Decreto di nomina del dott. Aldo Berti, quale Responsabile per la trasparenza e della prevenzione della corruzione, ex art. 43 DLgs. 14 marzo 2013, n. 33 ed art. 1, comma 7, L 6 novembrem 2012, n. 190. (BUR n. 51 del 23.12.15)

LAZIO

DGR 14.12., n. 724 - Percorso di formazione in materia di anticorruzione e antimafia a favore dei dipendenti dei Comuni del Lazio. Capitolo R41900 "Concorso regionale agli oneri per l'esercizio delle funzioni proprie e conferite e spese per supporti e controlli (Parte corrente)" (Missione "18", Programma "01", Aggregato "1.04.01.02.017"), dell'esercizio finanziario 2015. Importo di € 50.000,00. (BUR n. 103 del 24.12.15)

Note

PREMESSA

La legge 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" individua nella formazione del personale uno dei più rilevanti strumenti gestionali di contrasto alla corruzione.

Nell'espletamento, da parte dei Comuni, delle funzioni di cui all'art. 19 della legge del 7 agosto 2015, n. 135:

- si rende utile superare le criticità dovute a fenomeni corruttivi, per rendere le singole amministrazioni locali più efficienti e trasparenti.
- deve, altresì, essere stimolata ciascuna amministrazione ad attivare una propria politica di prevenzione, attraverso la diffusione delle conoscenze e nella comunicazione delle buone pratiche.

LA FORMAZIONE

Una adeguata formazione dei dipendenti dei Comuni favorisce una maggiore consapevolezza nell'assunzione di decisioni.

IL SUPPORTO

Viene dato supporto ai Comuni del Lazio attraverso un apposito percorso di formazione in materia di anticorruzione e antimafia, nonché di trasparenza nell'esercizio delle funzioni amministrative.

L'ISTITUTO CARLO JEMOLO

Viene affidato all'Istituto Regionale di Studi Giuridici del Lazio "Arturo Carlo Jemolo", la progettazione e realizzazione di un percorso formativo in materia di anticorruzione e antimafia a favore dei dipendenti dei Comuni del Lazio.

LE RISORSE ;

Le risorse economiche sono pari a € 50.000 per il 2015.

Vengono approvate le "Linee guida per la realizzazione del percorso formativo in materia di anticorruzione e antimafia destinato ai dipendenti dei Comuni del Lazio", che allegate al presente atto ne costituiscono parte integrante e sostanziale.

LINEE GUIDA PER LA REALIZZAZIONE DEL PERCORSO FORMATIVO IN MATERIA DI ANTICORRUZIONE E ANTIMAFIA DESTINATO AI DIPENDENTI DEI COMUNI DEL LAZIO

Finalità dell'intervento

Il percorso formativo ha come obiettivo la diffusione delle conoscenze sulla prevenzione e repressione della corruzione e del fenomeno mafioso nonché sulle buone pratiche di prevenzione e di contrasto, da adottare da parte di chi opera nella gestione delle amministrazioni dei Comuni del Lazio.

Destinatari

Il percorso formativo è rivolto ai dipendenti dei Comuni del Lazio (con l'esclusione del Comune di Roma).

Contenuto

L'attività didattica sarà incentrata sui temi dell'antimafia, anticorruzione e trasparenza sia da un punto di vista storico-sociale-antropologico, che da un punto di vista socio-giuridico.

Organizzazione

Sarà cura dell'Istituto Regionale "Arturo Carlo Jemolo" curare la progettazione, l'organizzazione e realizzazione del percorso formativo, in accordo con la Direzione Regionale Politiche Sociali, Autonomie, Sicurezza e Sport e l'Osservatorio tecnicoscience per la Sicurezza e la Legalità.

Le modalità di attuazione del percorso formativo saranno definite in una apposita convenzione tra la Regione Lazio e l'Istituto Regionale "Arturo Carlo Jemolo".

Svolgimento

I corsi si terranno presso apposite sedi da concordare tra la Regione Lazio e l'Istituto Regionale "Arturo Carlo Jemolo", secondo un calendario che sarà definito tra le Parti.

LOMBARDIA

Comunicato regionale 15 dicembre 2015 - n. 179 - Nomina di cinque componenti del comitato tecnico-scientifico, in materia di contrasto e prevenzione dei fenomeni di criminalità organizzata e di stampo mafioso, nonché di promozione della cultura della legalità. (BUR n. 51 del 17.12.15)IL

N.B.

SI TRATTA DELLA RIAPERTURA DEI TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLE PROPOSTE DI CANDIDATURA – IL PRECEDENTE COMUNICATO, N. 135, ERA STATO PUBBLICATO SUL BURLDELL'11 SETTEMBRE 2015, S.O. N. 37.

Durata incarico: legislatura regionale (2018).

REQUISITI: i candidati devono essere soggetti di riconosciuta esperienza nel campo del contrasto dei fenomeni di stampo mafioso e della criminalità organizzata sul territorio lombardo, nonché della promozione della legalità e della trasparenza; devono altresì assicurare indipendenza di giudizio e azione rispetto alla pubblica amministrazione e alle organizzazioni politiche.

Non possono far parte del Comitato e, se già nominati, decadono, coloro che siano stati condannati, anche con sentenza non definitiva, per i reati previsti nel titolo II (Dei delitti contro la pubblica amministrazione, articoli da 314 a 360) e nel titolo III (Dei delitti contro l'amministrazione della giustizia, articoli da 361 a 401) del libro secondo del codice penale.

Le candidature possono essere proposte dalla Giunta regionale, dai consiglieri regionali, dagli ordini e collegi professionali, da associazioni, enti pubblici o privati operanti nei settori interessati, organizzazioni sindacali, fondazioni o da almeno cento cittadini iscritti nelle liste elettorali dei comuni della Lombardia. **Le proposte di candidatura presentate da altri soggetti non legittimati – così come le autocandidature – sono inammissibili.**

Le proposte di candidatura, indirizzate al Presidente del Consiglio regionale, devono pervenire, a pena di inammissibilità, entro la scadenza di venerdì 15 gennaio 2016 – ore 12.00

Le proposte di candidatura in originale devono pervenire al Consiglio regionale in uno dei seguenti modi:

- 1) **consegna al protocollo generale del Consiglio regionale**, via G.B.Pirelli, 12 – 20124 Milano (da lunedì a giovedì, ore 9.00 – 12.00 e ore 14.00 - 16.30, al venerdì ore 9.00 – 12.00);
- 2) **tramite raccomandata con avviso di ricevimento**, indirizzata a Consiglio regionale della Lombardia – UO Lavori d'Aula e Nomine – via Fabio Filzi n.22 – 20124 Milano;
- 3) **tramite posta elettronica certificata nominativa (PEC) – in formato .pdf** – al seguente indirizzo: protocollo.generale@pec.consiglio.regione.lombardia.it.

Ogni proposta di candidatura, sottoscritta dal proponente, include una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, ai sensi dell'articolo 47 del d.p.r. 445/2000, con la quale il candidato, attestandone la veridicità e completezza, dichiara:

- a) i dati anagrafici completi e la residenza;
- b) il titolo di studio;
- c) i rapporti intercorrenti o precorsi con la Regione e gli enti da essa dipendenti;
- d) la disponibilità all'accettazione dell'incarico;
- e) l'inesistenza di alcuna delle condizioni di cui all'art.7 del decreto legislativo 31 dicembre 2012, n.235, che costituiscono cause di incandidabilità;
- f) l'inesistenza di alcuna delle condizioni di cui all'art.7 della l.r.25/2009, che costituiscono cause di esclusione;

g) la propria situazione in merito alle cause di incompatibilità o conflitti di interesse con l'incarico in oggetto, ai sensi degli artt.8 e 9 della l.r.25/2009.

Devono essere allegati:

- 1) il curriculum professionale in formato europeo, datato e sottoscritto, includente l'elenco delle cariche pubbliche e degli incarichi presso società a partecipazione pubblica e presso società private iscritte nei pubblici registri, ricoperti alla data di presentazione della candidatura e almeno nei 5 anni precedenti, nonché gli specifici requisiti richiesti per la nomina;
- 2) fotocopia del documento di identità in corso di validità.

Le candidature prive o carenti della documentazione prescritta sopra indicata sono dichiarate inammissibili. È fatto salvo quanto previsto dall'art.3, comma 6, della l.r.25/2009, circa la possibilità di integrare la documentazione incompleta.

Per quanto non espressamente indicato nel presente comunicato si fa comunque rinvio alla l.r.25/2009, nonché alle norme vigenti e all'ordinamento che disciplina l'ente interessato.

Gli incarichi di cui alla legge regionale 25/2009 non sono cumulabili e l'accettazione della nuova nomina o designazione comporta la decadenza dall'incarico ricoperto, **fatta salva la possibilità di cumulo di due incarichi di componente di collegio sindacale o di revisore legale** (art.10, comma 3).

Per agevolare la presentazione delle proposte di candidatura può essere utilizzato il modulo disponibile presso la U.O.Lavori d'Aula e Nomine – Via Fabio Filzi n.22 – 20124 Milano – telefono 02/67482.491 – 496 – 758, ove è altresì possibile ottenere informazioni relative alle nomine.

Il presente comunicato è pubblicato sul sito del Consiglio regionale della Lombardia (<http://www.consiglio.regione.lombardia.it/bandi-aperti>), mentre il modulo da utilizzare per proporre una candidatura può essere scaricato nella sezione relativa alle nomine del sito medesimo (<http://www.consiglio.regione.lombardia.it/modulistica>).

DIPENDENZE

LAZIO

Determinazione 11 dicembre 2015, n. G15633 - Attuazione deliberazione di Giunta Regionale del 27 ottobre 2015 n.585. Approvazione del progetto operativo del Comune di Poggio Mirteto, capofila del distretto socio-sanitario RI/2, relativo alla misura 5 "Contrasto alle dipendenze" del Piano Sociale di Zona 2015. Autorizzazione all' utilizzo della somma di euro 31.663,40 a valere sul "Fondo per la programmazione e il governo della rete dei servizi socio sanitari e sociali". (BUR n. 102 del 22.12.15)

Note

Il Comune di Poggio Mirteto, in qualità di capofila del Distretto sociosanitario RI/2, risulta tra i comuni che al 31/12/2014 ha certificato una dotazione del fondo di programmazione superiore o pari al doppio del massimale delle risorse ad essi assegnate per la Misura 5 del Piano Sociale di Zona, ai sensi della deliberazione della Giunta Regionale del 25 marzo 2014, n. 136.

Viene integralmente confermata la programmazione 2014, per il "Contrasto alle dipendenze" Misura 5, annualità 2015;

L'importo di euro 31.663,40 per il finanziamento del progetto operativo risulta pari al massimale di spesa previsto dalla deliberazione della Giunta regionale del 25 marzo 2014, n. 136 e che la dotazione del fondo di programmazione a disposizione del distretto sociosanitario RI/2, è sufficiente ad assicurare l'attuazione del progetto;

Viene confermato integralmente, anche per l'annualità 2015, il progetto operativo presentato nel 2014, per il "Contrasto alle dipendenze" Misura 5 del Piano Sociale di Zona 2015, così come

richiesto da parte del Comune di Poggio Mirteto, in qualità di capofila del Distretto sociosanitario RI/2.

Viene rinviata la verifica dell'impiego da parte del Comune di Poggio Mirteto delle risorse di che trattasi alla presentazione da parte dello stesso della rendicontazione delle spese sostenute dal distretto per la misura 5 del Piano Sociale di Zona 2015 secondo i termini e le modalità all'uopo stabilite dal combinato disposto delle deliberazioni della Giunta regionale del 9 marzo 2012, n. 88 e del 25 marzo 2014, n. 136, fatta salva la facoltà da parte della competente struttura regionale di effettuare verifiche in itinere, sull'attuazione degli interventi previsti nel progetto operativo;

Determinazione 11 dicembre 2015, n. G15634 - Attuazione deliberazione di Giunta Regionale del 27 ottobre 2015 n.585. Approvazione del progetto operativo del Comune di Vetralla, capofila del distretto socio-sanitario VT/4, relativo alla misura 5 "Contrasto alle dipendenze" del Piano Sociale di Zona 2015. Autorizzazione all'utilizzo della somma di euro 31.312,37 a valere sul "Fondo per la programmazione e il governo della rete dei servizi socio sanitari e sociali".(BUR n. 102 del 22.12.15)

Note

Il Comune di Vetralla, in qualità di capofila del Distretto sociosanitario VT/4, risulta tra i comuni che al 31/12/2014 ha certificato una dotazione del fondo di programmazione superiore o pari al doppio del massimale delle risorse ad essi assegnate per la Misura 5 del Piano Sociale di Zona, ai sensi della deliberazione della Giunta Regionale del 25 marzo 2014, n. 136.

Viene integralmente confermata la programmazione 2014, per il "Contrasto alle dipendenze" Misura 5, annualità 2015;

L'importo di euro 31.312,37 per il finanziamento del progetto operativo risulta pari al massimale di spesa previsto dalla deliberazione della Giunta regionale del 25 marzo 2014, n. 136 e che la dotazione del fondo di programmazione a disposizione del distretto sociosanitario RI/2, è sufficiente ad assicurare l'attuazione del progetto;

Viene confermato integralmente, anche per l'annualità 2015, il progetto operativo presentato nel 2014, per il "Contrasto alle dipendenze" Misura 5 del Piano Sociale di Zona 2015, così come richiesto da parte del Comune di Vetralla, in qualità di capofila del Distretto sociosanitario VT/4.

Viene rinviata la verifica dell'impiego da parte del Comune di Poggio Mirteto delle risorse di che trattasi alla presentazione da parte dello stesso della rendicontazione delle spese sostenute dal distretto per la misura 5 del Piano Sociale di Zona 2015 secondo i termini e le modalità all'uopo stabilite dal combinato disposto delle deliberazioni della Giunta regionale del 9 marzo 2012, n. 88 e del 25 marzo 2014, n. 136, fatta salva la facoltà da parte della competente struttura regionale di effettuare verifiche in itinere, sull'attuazione degli interventi previsti nel progetto operativo.

UMBRIA

DGR 29.10.15, n. 1246 - Piano operativo per la prevenzione, il contrasto e la cura del gioco d'azzardo patologico, in applicazione della legge regionale 21 novembre 2014, n. 21. (BUR n. 64 del 16,12,15)

Note

PREMESSA

Il gioco d'azzardo problematico ha visto negli ultimi anni in Italia un'espansione travolgente, trasversale a tutte le fasce d'età e condizioni socioeconomiche, legata a fattori molteplici tra cui la crescita dilagante di un'offerta estremamente differenziata di giochi legali, sostenuta da pervasive campagne pubblicitarie, che, partita da tipologie di gioco tradizionali, è giunta a ricomprendere tutti gli strumenti di comunicazione che l'attuale tecnologia mette a disposizione.

In Italia si spende oggi nel gioco una somma complessiva di denaro nettamente superiore a quella relativa a paesi come la Germania, la Francia e l'Inghilterra; da noi vengono ad investire da tutto il mondo, il nostro è il mercato più promettente, dove la diversificazione è più ampia.

Tutto ciò, come è ben noto, evolve in molti casi, secondo un trend che appare in notevole crescita, in forme rilevanti di disagio psichico, associate ad importanti ripercussioni finanziarie e sociali sugli

stessi interessati e sulle loro famiglie. La dipendenza da gioco d'azzardo, considerata una vera e propria patologia, è inclusa nella Classificazione internazionale delle malattie dell'OMS (ICD10, F63.0) e nel Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM V).

Con il decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, coordinato con la legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189, recante “Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute” (cd decreto Balduzzi), il legislatore statale è intervenuto a dettare disposizioni in materia di gioco d'azzardo patologico (o ludopatia), inserendo le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione nei Livelli Essenziali di Assistenza, e prevedendo iniziative di contrasto, prevenzione e riduzione del rischio della dipendenza da gioco d'azzardo patologico, nell'ambito delle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e della Commissione europea dei rischi del gioco d'azzardo. Nella medesima normativa, inoltre, si prevedono il divieto di pubblicità, l'obbligo di esporre materiale informativo, il divieto di ingresso dei minori nelle sale da gioco, la previsione di limitazioni delle distanze delle sale gioco dai c.d. luoghi sensibili.

Anche i dati umbri, pur in linea o lievemente inferiori rispetto alle medie rilevate a livello nazionale, rispecchiano questo andamento generale.

La Giunta regionale, rilevata l'esistenza di bisogni inevasi relativi ad una vasta domanda di intervento per la prevenzione, la riduzione dei rischi associati ed il trattamento del gioco d'azzardo patologico, e nella consapevolezza del rischio di evoluzioni ulteriormente negative del quadro regionale, ha quindi dapprima costituito, con la D.G.R. n. 1263 dell'11 novembre 2013, un gruppo di lavoro intersettoriale per la definizione di un Piano regionale volto al contrasto, alla prevenzione ed al trattamento del gioco d'azzardo patologico, con l'obiettivo di definire proposte operative tese ad arginare la diffusione del fenomeno nel territorio regionale.

Il Consiglio regionale ha poi approvato la legge regionale 21 novembre 2014, n. 21, “Norme per la prevenzione, il contrasto e la riduzione del rischio della dipendenza da gioco d'azzardo patologico”, che ricomprende in larga parte anche le proposte scaturite dal gruppo di lavoro intersettoriale sopra citato.

Nel frattempo, ritenuto necessario attivare una risposta sul versante sociosanitario riguardo ai bisogni delle persone con problemi connessi al gioco d'azzardo problematico e delle loro famiglie, pur in assenza di un accordo tra lo Stato e le Regioni e PA riguardo alle modalità di applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in questo campo e pur in assenza di un adeguamento delle risorse economiche a ciò destinate, con la D.G.R. n. 576 del 26 maggio 2014 è stato approvato e finanziato un progetto dell'Azienda USL Umbria 2 per la realizzazione di un centro di riferimento regionale per il trattamento del gioco d'azzardo patologico, collocato presso il Dipartimento delle dipendenze – sede di Foligno.

Infine, considerato che la legge regionale n. 21/2014 comporta una serie di attività e di adempimenti che richiamano le competenze di un ampio ventaglio di Servizi della Giunta regionale, afferenti a Direzioni regionali diverse, con la D.G.R. n. 608 dell'11 maggio 2015 è stato costituito un gruppo di lavoro regionale per l'attuazione coordinata degli adempimenti in materia di promozione, prevenzione, formazione, cura, sostegno economico, contrasto e controllo, e ne è stato affidato il coordinamento al dirigente del Servizio Programmazione sociosanitaria dell'assistenza distrettuale e ospedaliera della Direzione Salute e coesione sociale.

Oltre ai partecipanti individuati dalla D.G.R. n. 608/2015, il gruppo di lavoro regionale, valutate in maniera più approfondita le attività previste dalla legge regionale n. 21/2014 e considerata la rilevanza sia delle attività di informazione e comunicazione promosse dalla legge stessa, che delle attività e valutazioni di rilievo finanziario e fiscale, ha ritenuto opportuno includere anche il Servizio Autorizzazione, accreditamento e comunicazione della Direzione Salute e coesione sociale, con specifico riferimento alle competenze in materia di comunicazione sanitaria, e il Servizio ragioneria e fiscalità regionale della Direzione Risorsa Umbria, federalismo, risorse finanziarie e strumentali.

Hanno partecipato concretamente ai lavori del gruppo, pertanto, i seguenti servizi regionali:

- *Servizio Programmazione sociosanitaria dell'assistenza distrettuale ed ospedaliera*, della Direzione Salute e coesione sociale;
- *Servizio Programmazione nell'area dell'inclusione sociale, economia sociale e terzo settore*, della Direzione Salute e coesione sociale
- *Servizio Programmazione e sviluppo della rete dei servizi sociali e integrazione socio-sanitaria*, della Direzione salute e coesione sociale;
- *Servizio Accreditamento, valutazione di qualità e comunicazione*, della Direzione Salute e coesione sociale;
- *Servizio Politiche di sviluppo delle risorse umane del SSR, semplificazione in materia sanitaria e patrimonio delle aziende sanitarie*, della Direzione Salute e coesione sociale;
- *Servizio Riforme endoregionali e rapporti con le A.A.*, dell'Area Organizzazione delle risorse umane, innovazione tecnologica e autonomie locali;
- *Servizio Commercio e tutela dei consumatori*, della Direzione Risorsa Umbria, federalismo, risorse finanziarie e strumentali;
- *Servizio Comunicazione istituzionale*, della Direzione Risorsa Umbria, federalismo, risorse finanziarie e strumentali;
- *Servizio Attività legislativa e segreteria della Giunta regionale*, della Direzione Risorsa Umbria, federalismo, risorse finanziarie e strumentali;
- *Servizio Ragioneria e fiscalità regionale* della Direzione Risorsa Umbria, federalismo, risorse finanziarie e strumentali
- *Servizio Politiche attive del lavoro*, della Direzione Programmazione, innovazione e competitività dell'Umbria;

Il gruppo di lavoro ha quindi elaborato una serie di proposte operative di dettaglio, condivise tra tutti i partecipanti, con le quali è stato composto il Piano operativo per la prevenzione, il contrasto e la cura del gioco d'azzardo patologico, allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale, che dà corso, in maniera dettagliata e coordinata, agli adempimenti previsti dalla L.R. 14 novembre 2014, n. 21 a carico della Giunta regionale.

LA DISPOSIZIONE

Viene adottato il Piano operativo per la prevenzione, il contrasto, e la cura del gioco d'azzardo patologico, elaborato dal gruppo di lavoro regionale attivato con la D.G.R. n. 608/2015 integrato con il Servizio Autorizzazione, accreditamento e comunicazione della Direzione salute e coesione sociale e con il Servizio Ragioneria e fiscalità regionale della Direzione Risorsa Umbria, federalismo, risorse finanziarie e strumentali, che viene allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale (Allegato n. 1), a sua volta corredato dei propri allegati, anche essi parte integrante e sostanziale del presente atto.

Si procede all'attivazione del numero verde regionale per il gioco d'azzardo patologico secondo il progetto incluso nel Piano operativo per la prevenzione, il contrasto e la cura del gioco d'azzardo patologico ed allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale (Allegato n. 2);

Viene affidata la realizzazione del progetto "Numero verde regionale per il gioco d'azzardo patologico", riportato all'allegato n. 2, al Centro di riferimento regionale per il gioco d'azzardo patologico, già attivato, con D.G.R. n. 576/2014, presso l'Azienda USL Umbria 2 - Dipartimento delle dipendenze - sede di Foligno;

Viene affidato il coordinamento generale, il monitoraggio e la valutazione del progetto "Numero verde regionale per il gioco d'azzardo patologico", riportato all'allegato n. 2, al Servizio Programmazione sociosanitaria dell'assistenza distrettuale ed ospedaliera della Direzione Salute e coesione sociale, compresa l'adozione degli atti amministrativi e delle procedure necessarie per la realizzazione del progetto stesso.

Viene approvata la realizzazione della campagna regionale di informazione e comunicazione "Umbria NO SLOT" nsecondo il progetto incluso nel Piano operativo per la prevenzione, il

contrasto e la cura del gioco d'azzardo patologico ed allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale (Allegato n. 3);

Viene affidata la realizzazione del progetto "Campagna di comunicazione "Umbria NO SLOT"", riportato all'allegato n. 3, al Servizio Autorizzazione, accreditamento e comunicazione della Direzione Salute e coesione sociale, in collaborazione con il Servizio Programmazione sociosanitaria dell'assistenza distrettuale e ospedaliera della medesima direzione e con il Servizio Comunicazione istituzionale della Direzione Risorsa Umbria, federalismo, risorse finanziarie e strumentali, compresa l'adozione degli atti amministrativi e delle procedure a ciò necessarie.

Viene demandata a successivi atti la disciplina delle disposizioni in materia di rilascio del marchio "No slot", di cui all'art. 4, e di IRAP, di cui all'art. 5 della L.R. n. 21/2014, nella necessità di approfondire maggiormente i diversi aspetti implicati da tali disposizioni, sia al fine di evitare il rischio di violazioni delle competenze regionali, sia per valutare attentamente il loro impatto potenziale.

Viene affidata la realizzazione del corso di formazione sul gioco d'azzardo patologico, rivolto agli operatori dei servizi sanitari e sociali e al volontariato ed incluso nel piano stralcio delle attività formative da affidare al Consorzio Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica nel secondo semestre 2015, approvato con D.G.R. n. 994/2015, al Servizio programmazione sociosanitaria dell'assistenza distrettuale e ospedaliera della Direzione Salute e coesione sociale, in collaborazione con il Servizio Programmazione nell'area dell'inclusione sociale, economia sociale e terzo settore e con il Servizio Programmazione e sviluppo della rete dei servizi sociali e integrazione socio-sanitaria della medesima Direzione regionale, nonché, per quanto di competenza, con il Consorzio Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica.

Viene affidato il monitoraggio delle attività e la valutazione dei risultati del Centro di riferimento regionale per il gioco d'azzardo patologico, attivato con la D.G.R. n. 576/2014 presso l'Azienda USL Umbria 2 Dipartimento delle dipendenze - sede di Foligno, e la ricognizione delle attività già svolte nei confronti del gioco d'azzardo patologico dai servizi sanitari e sociali regionali e dalle principali organizzazioni del volontariato, al Servizio Programmazione sociosanitaria dell'assistenza distrettuale e ospedaliera della Direzione Salute e coesione sociale, in collaborazione con il Servizio Programmazione nell'area dell'inclusione sociale, economia sociale e terzo settore e con il Servizio Programmazione e sviluppo della rete dei servizi sociali e integrazione socio-sanitaria della medesima Direzione regionale.

Viene demandato il consolidamento del sistema di intervento sociosanitario, prevedendone una stretta interconnessione con le attività promosse dal terzo settore e dalle associazioni di volontariato in una logica sistemica, a successivi atti di programmazione e di indirizzo, che dovranno tenere conto delle risultanze delle attività di monitoraggio e valutazione indicate al punto precedente, secondo quanto precisato nel Piano operativo per la prevenzione, il contrasto e la cura del gioco d'azzardo patologico riportato all'allegato n. 1.

Viene approvato lo standard formativo dei corsi obbligatori per i gestori ed il personale dei locali da gioco, incluso nel Piano operativo per la prevenzione, il contrasto e la cura del gioco d'azzardo patologico ed allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale (Allegato n.

Viene demandato al Servizio Politiche attive del lavoro della Direzione Programmazione, innovazione e competitività dell'Umbria l'adozione degli atti amministrativi e delle procedure necessarie, nonché l'attivazione dei percorsi partecipativi previsti dalla legge regionale n. 21/2014.

Viene prevista la stipula di un protocollo operativo tra la Regione Umbria, l'ANCI, le Prefetture, le Forze dell'ordine, la Fondazione Umbra contro l'usura, il CORECOM, l'Amministrazione autonoma dei monopoli di stato, inerente la prevenzione ed il contrasto del gioco d'azzardo patologico e illegale, la sicurezza del gioco e la tutela dei soggetti più esposti al rischio di dipendenza da gioco, attraverso: il potenziamento degli interventi di controllo e di repressione delle attività illegali connesse al gioco d'azzardo, compreso il rischio di infiltrazioni criminali e mafiose, il contrasto e la cura del gioco d'azzardo patologico e le azioni di monitoraggio, di ricognizione e di controllo riguardanti i locali per il gioco lecito, secondo lo schema di protocollo incluso nel Piano

operativo per la prevenzione, il contrasto e la cura del gioco d'azzardo patologico e allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale (Allegato n. 5).

Viene demandata l'attivazione dei percorsi di partecipazione e delle procedure necessarie per la stipula del protocollo operativo citato al punto precedente, secondo lo schema riportato all'allegato n. 5, al Servizio Riforme endoregionali dell'Area Organizzazione delle risorse umane, innovazione tecnologica e autonomie locali.

Viene affidata la realizzazione della rilevazione delle sale da gioco e dei locali con offerta di gioco lecito, di cui alla stessa legge regionale, art. 3, comma 1 lettera e), al Servizio Riforme endoregionali dell'Area Organizzazione delle risorse umane, innovazione tecnologica e autonomie locali, in collaborazione con il gruppo di lavoro regionale attivato con la D.G.R. n. 608/2015.

Viene demandata la predisposizione della relazione annuale prevista dalla legge regionale 21 novembre 2014, n. 21, art. 13, c. 2, al gruppo di lavoro regionale attivato con la D.G.R. n. 608/2015, nel suo complesso, con il coordinamento del dirigente del Servizio Programmazione sociosanitaria dell'assistenza distrettuale e ospedaliera della Direzione Salute e coesione sociale.

NB

Per gli allegati si rinvia alla lettura integrale del testo.

EDILIZIA

LAZIO

DGR 1.12.15, n. 688 - Fondo destinato agli inquilini morosi incolpevoli di cui all'art. 6, comma 5 del decreto legge 31 agosto 2013, n. 102, convertito con modificazioni dalla Legge 28 ottobre 2013, n. 124. Assegnazione definitiva del contributo relativo all'annualità 2014 sulla base del fabbisogno comunicato dai Comuni ammessi a finanziamento con DGR 749/2014. (BUR n. 100 del 15.12.15)

Note

Viene assegnato ai Comuni di Valmontone, Grottaferrata, Zagarolo e Roma Capitale, sulla base del fabbisogno comunicato dagli stessi, il contributo relativo all'annualità 2014 del Fondo destinato agli inquilini morosi incolpevoli di cui all'art. 6, comma 5 del decreto legge 31 agosto 2013, n. 102, convertito con modificazioni dalla Legge 28 ottobre 2013, n. 124.

LOMBARDIA

DGR 10.12.15 - n. X/4531 - Determinazioni conseguenti alla d.g.r. n. 4131/2015 di riparto delle risorse del fondo sociale regionale 2015 in conto capitale (BUR n. 53 del 28.12.15)

Note

PREMESSA

Il d.p.c.m. del 24 luglio 2014, nel trasferire alle Regioni le risorse per il contrasto alla violenza contro le donne, individua (in attuazione dell'art.5/bis della l.119/2013) il numero di centri antiviolenza da attivare sul territorio sulla base della popolazione presente e sul numero dei centri antiviolenza e delle case rifugio esistenti, rapportati alla media di un centro antiviolenza di 1,79 ogni 400.000 abitanti.

L'intesa Stato-Regioni indica i requisiti strutturali delle sedi operative dei centri antiviolenza e case-rifugio, le quali devono possedere oltre ai requisiti di abitabilità, una articolazione dei locali idonea a garantire lo svolgimento delle diverse attività nel rispetto della privacy.

Il Piano quadriennale regionale per le politiche di parità e di prevenzione e contrasto alla violenza delle donne, approvato il 10 novembre 2015 dal Consiglio regionale con d.c.r.n.10894 al paragrafo 3.2.2, individua i criteri generali per il funzionamento dei centri antiviolenza e delle case-rifugio.

Ai sensi dell'articolo 5 della legge regionale n.18/2014 «*Norme a tutela dei coniugi separati o divorziati, in condizione di disagio, in particolare con figli minori*», la Regione promuove interventi di sostegno abitativo a favore dei coniugi separati o divorziati in condizioni di disagio economico, che, a seguito di provvedimento dell'Autorità giudiziaria, sono obbligati al versamento dell'assegno di mantenimento dei figli e non sono assegnatari o comunque non hanno la disponibilità della casa familiare in cui risiedono i figli, anche se di proprietà dei medesimi coniugi o ex coniugi.

Il Programma Regionale di Sviluppo, al programma «*Interventi per le famiglie*», prevede interventi finalizzati a garantire il diritto della casa per la tutela della famiglia, anche di nuova formazione, monoparentale, in difficoltà o in condizioni di disagio economico;

LA DISPOSIZIONE

Vengono individuati gli «*Indirizzi per la redazione dei bandi e criteri per la valutazione e finanziamento delle azioni progettuali*» di cui all'allegato A) parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, per l'adeguamento strutturale di immobili/unità abitative da destinare alle seguenti aree di intervento:

A) contrasto alla violenza contro le donne (legge n.119/2013 e Intesa Stato Regioni del 27 novembre 2014 e d.c.r.n.10894/2015);

B) realizzazione di progetti di inclusione sociale, riguardanti soluzioni abitative temporanee, rivolti a soggetti fragili con particolare attenzione a: coniugi separati o divorziati in condizione di disagio socio – economico con figli (l.r.n.18/2014); alle persone con disabilità con particolare riferimento a progetti di vita indipendente; famiglie mono genitoriali con figli minori.

Viene demandata alle ASL la gestione operativa, amministrativa e contabile degli interventi approvati sulla base degli indirizzi e criteri di cui all'allegato A), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, e più precisamente:

l'emanazione del Bando, tenendo conto che nessuna delle due tipologie di interventi A) e B) potrà assorbire risorse per un importo superiore al 70% delle risorse messe a bando;

l'istituzione della Commissione di valutazione dei progetti, integrata da rappresentanti dei Comuni individuati nel contesto delle cabine di regia attive presso ogni azienda;

la formazione della relativa graduatoria in base ai criteri dell'allegato A) e la trasmissione della stessa alla Regione;

il monitoraggio in ordine all'andamento dei lavori e provvedimenti conseguenti.

In attuazione della l.r.23/2015 che ha previsto l'istituzione delle Aziende di Tutela della Salute e delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali queste daranno continuità all'attività del presente provvedimento;

I progetti potranno essere presentati da Enti non profit o Enti riconosciuti dalle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese, d' intesa con il Comune/ambito territoriale interessato dall'intervento.

Viene ripartita una quota fissa pari al 30 % del totale del contributo sui territori delle Asl ed il restante 70% sulla base di specifici indicatori individuati sulla base di dati oggettivi derivanti dai flussi informativi regionali relativi agli interventi interessati dal presente provvedimento, così da garantire una ripartizione delle risorse proporzionale al fabbisogno delle aree di intervento.

Il 70% delle risorse viene dunque ripartito in misura pari a:

40% sulla base della popolazione residente;

10% sulla base della distribuzione territoriale del numero di persone con disabilità con progetti di vita indipendente;

10% sulla base della distribuzione territoriale del numero dei progetti personalizzati finanziati a favore dei genitori separati e divorziati, a partire dal 2013;

10% sulla base della distribuzione territoriale del numero di donne prese in carico dai centri anti violenza a partire dal 2014 sulla base di quantorisultante dall'elaborazione di dati dall'Osservatorio Regionale Antiviolenza;

20% sulla base della stima regionale di fabbisogno di case rifugio che accolgono donne vittime di violenza per territorio;

10% sulla base della stima regionale della distribuzione territoriale del numero di famiglie monogenitoriali con figli minori sulla base dell'elaborazione di dati da Annuario statistico regionale;

Le risorse ammontano a euro 12.000.000 e sono disponibili sul capitolo 12.07.203.11028 del bilancio regionale per l'esercizio 2015;

Viene approvato lo schema di domanda di contributo di cui all'allegato B), nonché gli schemi di autocertificazione di cui agli allegati C) e D), quali parti integranti del presente provvedimento;
Viene demandata alle ASL la gestione operativa, amministrativa e contabile degli interventi approvati sulla base degli indirizzi e criteri di cui all'allegato A) e più precisamente:

l'emanazione del Bando, tenendo conto che nessuna delle due tipologie di interventi A) e B) potrà assorbire risorse per un importo superiore al 70% delle risorse messe a bando;

l'istituzione della Commissione di valutazione dei progetti, integrata da rappresentanti del Consiglio di rappresentanza dei sindaci;

la formazione della relativa graduatoria in base ai criteri dell'allegato A) e la trasmissione della stessa alla Regione;

il monitoraggio in ordine all'andamento dei lavori e provvedimenti conseguenti;

Viene approvato l'allegato E) «*Riparto risorse*», quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento che ripartisce le risorse come di seguito: una quota fissa pari al 30 % del totale del contributo sui territori delle Asl ed il restante 70% sulla base di specifici indicatori individuati sulla base di dati oggettivi derivanti dai flussi informativi regionali relativi agli interventi interessati dal presente provvedimento, così da garantire una ripartizione delle risorse proporzionale al fabbisogno delle aree di intervento. Il 70% delle risorse viene dunque ripartito in misura pari a:

40% sulla base della popolazione residente;

10% sulla base della distribuzione territoriale del numero di persone con disabilità con progetti di vita indipendente;

10% sulla base della distribuzione territoriale del numero dei progetti personalizzati finanziati a favore dei genitori separati e divorziati, a partire dal 2013;

10% sulla base della distribuzione territoriale del numero di donne prese in carico dai centri antiviolenza a partire dal 2014 sulla base di quanto risultante dall'elaborazione di dati dall'Osservatorio Regionale Antiviolenza;

20% sulla base della stima regionale di fabbisogno di case rifugio che accolgono donne vittime di violenza per territorio;

10% sulla base della stima regionale della distribuzione territoriale del numero di famiglie monogenitoriali con figli minori sulla base dell'elaborazione di dati da Annuario statistico regionale;

5. di dare atto che le risorse ammontano a euro 12.000.000 e sono disponibili sul capitolo 12.07.203.11028 del bilancio regionale per l'esercizio 2015;

6. di costituire un Nucleo tecnico di valutazione per il monitoraggio e controllo in itinere degli interventi;

7. di demandare a successivi provvedimenti della Direzione Generale competente l'assegnazione delle risorse e le modalità di monitoraggio e controllo e ogni provvedimento conseguente.

DD 18.12.15 - n. 11551 - Approvazione del terzo elenco dei beneficiari e contestuale autorizzazione al pagamento dei contributi regionali agli inquilini assegnatari di alloggi di edilizia residenziale pubblica di proprietà di Aler Milano e loro familiari, volti a facilitare l'acquisto dell'alloggio sociale, ai sensi della d.g.r. n. 2841/2014 (legge regionale 5 agosto 2014, n. 24 articoli 13 e 14) (BUR n. 53 del 28.12.15)

Note

Viene approvato l'Allegato 1 «Elenco dei beneficiari dei contributi regionali», parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, ad esito della verifica della completezza e correttezza della documentazione effettuata da Aler Milano, ai sensi del citato d.d.u.o.n.5729, allegato 1, punto 5.;

Viene autorizzata Finlombarda s.p.a. al pagamento degli importi indicati nell'Allegato 1 «Elenco dei beneficiari dei contributi regionali» destinati a n.4 beneficiari per un importo complessivo pari a € 11.658,81, a seguito di verifica della completezza e correttezza della documentazione necessaria all'erogazione effettuata da Aler Milano.

PUGLIA

DGR 9.12.15, n. 2216 - D.L. 31/08/2013, n. 102 art. 6, comma 5 convertito con modificazioni dalla L. 28/10/2013, n. 124 - Fondo per inquilini morosi incolpevoli. Variazione al bilancio di previsione 2015 per aumento di stanziamento.

Note

Viene effettuata la variazione per aumento di stanziamento al bilancio di previsione 2015 mediante l'iscrizione negli stati di previsione dell'entrata e della spesa della somma di € 1.794.546,03 - entrata vincolata a scopo specifico da parte dello Stato per pagamento a Pubbliche Amministrazioni per interventi di cui all'art.6, comma 5, del D.L. n.102/2013, convertito con modificazioni dalla L. n.124/2013.

ENTI LOCALI**CALABRIA**

DGR n. 403 13.10.15 - Approvazione accordo con la Provincia di Reggio Calabria sul trasferimento delle funzioni ed approvazione del disegno di legge. (BUR n. 89 del 18.12.15)

Note

Viene preso atto dell'esito della riunione tecnica del 28 luglio 2015 tra la Regione e la Provincia di Reggio Calabria, e di determinare in € 10.200.000,00, le risorse finanziarie per l'anno 2015, detraendo da questa le somme già versate in acconto e al lordo di tutti gli oneri in conto all'Ente per stipendi, buoni pasto e fondo per il salario accessorio. Al finanziamento degli oneri a valere sugli esercizi 2016 e 2017, determinati in euro 9.700.000,00 annui, si provvede in sede di approvazione dell'assestamento del bilancio annuale 2015 e pluriennale 2015/2017.

Viene preso atto dell'accordo sottoscritto in data 1.10.2015 con l'Amministrazione provinciale ed il Comune di Reggio Calabria, allegato alla presente deliberazione sotto la lettera "A";

Viene approvato, in attesa dell'approvazione della legge di riordino di cui all'art. 8 della l.r. 14/2015, il disegno di legge recante "Primi interventi per favorire la costituzione della Città Metropolitana di Reggio Calabria", allegato alla presente deliberazione sotto la lettera "B" unitamente alla relazione descrittiva di cui all'allegato sub "C" e alla relazione tecnico-finanziaria di cui all'allegato sub "D";

LAZIO

DPGR 16.12.15, n. T00258 - l.r. 26 febbraio 2007, n. 1 – Nomina nel Consiglio delle Autonomie Locali (CAL), del Commissario Straordinario del Comune di Roma Capitale, Francesco Paolo Tronca, e del Vice Sindaco della Città Metropolitana di Roma Capitale, Mauro Alessandri, a seguito della decadenza di Ignazio Marino dalla carica di Sindaco del Comune di Roma Capitale e di Sindaco della Città Metropolitana di Roma Capitale. (BUR n. 101 del 17.12.15)

Note

Viene nominato il Commissario Straordinario del Comune di Roma Capitale, Francesco Paolo Tronca, componente di diritto del Consiglio delle Autonomie Locali (CAL) a seguito della decadenza di Ignazio Marino dalla carica di Sindaco del Comune di Roma Capitale.

Viene nominato il Vice Sindaco di Città Metropolitana di Roma Capitale, Mauro Alessandri, componente di diritto nel Consiglio delle Autonomie Locali (CAL) a seguito della decadenza di Ignazio Marino dalla carica di Sindaco della Città Metropolitana stessa, ai sensi dell'art. 1, comma 40 della legge 7 aprile 2014, n. 56.

NB

Benché i componenti del CAL, ai sensi dell'art. 8 della l.r. 1/2007, hanno durata pari a quella della legislatura del Consiglio regionale e i medesimi restano in carica fino all'insediamento del rinnovato organo le nomine di cui in oggetto decadranno con l'insediamento degli organi ordinari.

DPGR 18.12.15, n. T00275 - Nomina rappresentante della Regione Lazio nel Comitato Regionale di "ANCI LAZIO" (BUR n. 104 del 29.12.15)

Note

Viene nominato il Dott. Luigi Cacciotti quale rappresentante della Regione Lazio nel Comitato Regionale dell'Associazione Nazionale Comuni Italiani.

NB

La nomina del Dott. Luigi Cacciotti quale rappresentante della Regione Lazio nel Comitato Regionale dell'Associazione Nazionale Comuni Italiani verrà a scadenza contestualmente all'attuale legislatura;

La nomina del Dott. Luigi Cacciotti quale rappresentante della Regione Lazio nel Comitato Regionale dell'Associazione Nazionale Comuni Italiani non comporta impegno di spesa.

DGR 18.12.15, n. 744 - Attuazione dell'Accordo per la ricollocazione del personale degli enti di area vasta e della Città metropolitana di Roma capitale, sottoscritto in data 2 novembre 2015, tra la Regione Lazio, i predetti enti e le Organizzazioni sindacali. Rimborso degli oneri di personale relativi all'anno 2015. (BUR n. 104 del 29.12.15)

Note

Sii provvede al rimborso alla Città metropolitana di Roma capitale e agli enti di area vasta della Provincia di Frosinone, Provincia di Latina, Provincia di Rieti e Provincia di Viterbo degli oneri sostenuti nell'anno 2015 e relativi alle spese di personale collocato in sovrannumero in quanto non addetto alle funzioni fondamentali, per complessivi euro 20,36 milioni di euro

DPGR 28.12.15, n. T00277 - l.r. 26 febbraio 2007, n. 1 – Nomina di Patrizia Befani quale componente del Consiglio delle Autonomie Locali (CAL), in luogo di un componente cessato dalla carica. (BUR n. 104 del 29.12.15)

Note

Viene nominato componente del CAL, quale rappresentante dei comuni non capoluogo di provincia con popolazione superiore a quindicimila residenti, Patrizia Befani, la quale subentra a Biagio Coppa.

FAMIGLIA

EMILIA-ROMAGNA

DD 9.10.15, n. 13113 - Assegnazione, concessione e impegno di spesa dei contributi per lo sviluppo e la qualificazione dei Centri per le famiglie. Attuazione D.G.R. 921/2015. (BUR n. 326 del 17.12.15)

Con la DGR n. 921 del 13/7/2015 “Programma annuale 2015: ripartizione delle risorse del fondo sociale regionale ai sensi dell'art. 47 comma 3 della L.R. 2/2003 al punto 3.3.3 del Programma allegato alla citata deliberazione della Giunta regionale n. 921/2015, sono state programmate le risorse destinate al “Consolidamento, sviluppo e qualificazione dei Centri per le famiglie” per complessivi € 754.000,00.

Le risorse sono destinate per le azioni previste dalle Linee Guida approvate con la sopra citata DGR 391/2015 e in attuazione di quanto previsto dall'Intesa sancita in sede di Conferenza Unificata del 5/8/2014:

a) promozione del benessere delle famiglie, prioritariamente con figli di minore età, sia in relazione alle attività della vita quotidiana, sia con riferimento allo sviluppo ed al sostegno delle competenze genitoriali.

b) integrazione e potenziamento dell'attività dei servizi territoriali e specialistici finalizzati a sostenere le famiglie nei momenti critici o nelle fasi di cambiamento della vita familiare, allo scopo di prevenire o ridurre le esperienze di disagio familiare, infantile, adolescenziale;

c) promozione della cultura della partecipazione, dell'accoglienza, della solidarietà e del mutuo aiuto tra le famiglie, attraverso un'attenzione ravvicinata ai microcontesti della comunità, nei quali mobilitare e valorizzare le risorse presenti, promuovere lo sviluppo di aggregazioni e di reti familiari, sostenere attivamente iniziative e progetti che valorizzino il protagonismo delle famiglie, anche in una logica multiculturale e intergenerazionale;

Vengono individuati quali destinatari delle risorse i Comuni, singoli o associati, sede dei Centri per le famiglie già riconosciuti, e attualmente funzionanti, a cui spetterà una quota pari al 100% derivante dai criteri sotto riportati e i Comuni, singoli o associati sede di nuovi Centri per le famiglie a cui spetterà una quota pari al 50% derivante dai criteri sotto riportati:

- quanto a € 752.000,00, finalizzati a sostenere le attività dei Centri per le Famiglie come previsto dalla DGR 391/2015, con riferimento alle aree dell'informazione, del sostegno alle competenze genitoriali, dello sviluppo delle risorse familiari e comunitarie:
 - una quota pari al 40% suddivisa in egual misura per ogni Centro per le Famiglie;
 - una quota pari al 55% suddivisa in base alla popolazione 0-17 anni, residente al 01/01/2014;
 - una quota pari al 5% ripartita tra i Centri per le Famiglie che garantiscono un'operatività sull'intero ambito distrettuale/ottimale. Sono esclusi quei Centri per le Famiglie appartenenti ad un ambito distrettuale /ottimale costituito da un unico Comune. Sono invece inclusi quei Centri per le Famiglie che, pur facendo riferimento ad un ambito ottimale costituito da un unico Comune, garantiscono la loro operatività sull'intero ambito distrettuale costituito da più Comuni;
- quanto a € 2.000,00 al Comune di Piacenza, sede del Centro per le famiglie, per l'azione di coordinamento relativamente alla qualificazione delle attività di sportello informativo e alla formazione degli operatori; - che il contributo regionale è riferito alle attività poste in essere dai Centri per le famiglie nell'anno 2015;

PIEMONTE

DGR 23.11.15, n. 35-2469 - Art. 1, comma 1252 della Legge n.296/2006-Approvazione scheda attuativa in materia di politiche per la famiglia-Anno 2015. Spesa totale euro 624.000, di cui finanziamento statale euro 359.000,00 e finanziamento regionale euro 265.000 (Cap.179629/2015). (BUR n. 50 del 17.12.15)

Note

Viene approvata, in riferimento all'art.1, comma 1252 della Legge 27 dicembre 2006, n. 296 e successive modificazioni ed in attuazione dell'Intesa n. 81/CU del 30.7.2015 in materia di politiche per la famiglia, la scheda di cui all'Allegato 1, quale parte integrante della presente Deliberazione, relativa alla realizzazione delle azioni concernenti il "Sostegno alle attività dei centri per le Famiglie e per il sostegno alle responsabilità genitoriali".

La spesa complessiva è di € 624.000,00.

Allegato 1

SCHEMA PROGETTO

Sostegno alle attività dei Centri per le Famiglie e per il sostegno alle responsabilità genitoriali

AZIONI PREVISTE

La LR 1/2004, che all'art. 42 prevede: "al fine di sostenere gli impegni e le reciproche responsabilità dei componenti della famiglia, la Regione promuove e incentiva l'istituzione, da parte dei comuni, in raccordo con i consultori familiari, di centri per le famiglie, aventi lo scopo di fornire informazioni e favorire iniziative sociali di mutuo aiuto, inseriti o collegati nell'ambito dei servizi istituzionali pubblici dei soggetti gestori delle funzioni socio-assistenziali"

La Regione Piemonte ha realizzato nel corso degli anni una serie di iniziative ascrivibili alle finalità sopra richiamate, tra le quali l'istituzione dei Centri per le Famiglie, per i quali, a partire dall'anno 2004 sono stati assegnati finanziamenti specifici ai Soggetti gestori delle funzioni socio-assistenziali.

A partire dall'anno 2011, a causa della progressiva contrazione delle risorse disponibili, non è stato possibile procedere all'assegnazione di ulteriori finanziamenti dedicati, ma in ogni caso, numerosi soggetti gestori delle funzioni socio assistenziali hanno mantenuto e sostenuto le attività e la continuità dei Centri per le famiglie, che sono diventati punti di riferimento importanti per le famiglie del territorio, coinvolgendo, nella maggior parte dei casi, associazioni ed organismi del terzo settore non profit.

Il nucleo fondamentale degli interventi che vengono assicurati, attraverso le strutture dei centri per le famiglie, quali Centri autonomi rispetto agli altri servizi, oppure in modo meno strutturato, ma comunque specifico, sul territorio, ruota intorno alle seguenti funzioni principali:

- sostegno alla genitorialità;
- attività di consulenza;
- mediazione familiare;
- rapporti con il terzo settore.

La Regione Piemonte, con DGR n.25-1255 del 30.3.2015, ha ritenuto di riattivare il percorso di sostegno e valorizzazione dell'esperienza dei Centri per le Famiglie, istituendo un Coordinamento Regionale dei centri per le Famiglie a titolarità pubblica, che ha iniziato la sua attività nel mese di ottobre 2015, avviando il confronto finalizzato, in via prioritaria, all'elaborazione di un documento di proposta di linee guida regionali in materia.

L'azione da attivare ai sensi dell'Intesa n. 81/Cu del 30.7.2015 si propone di sostenere e potenziare i Centri per le famiglie, nei territori dove questi sono stati istituiti ai sensi dell'art. 42 della LR 1/2004, e comunque le attività a favore delle responsabilità genitoriali, anche nelle rimanenti zone del territorio regionale.

Gli interventi a favore delle famiglie e delle responsabilità genitoriali sono da realizzarsi nell'ambito di reti territoriali formate dagli enti titolari dei centri per le famiglie e delle funzioni socio-assistenziali presenti sul territorio di riferimento, i consultori pediatrici e familiari, gli altri servizi socio-sanitari ed

educativi, le associazioni e le realtà del terzo settore presenti ed impegnate nel settore specifico di intervento.

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO

L'iniziativa è volta al sostegno dei Centri per le Famiglie a titolarità pubblica, attivati dai Soggetti gestori delle funzioni socio-assistenziali piemontesi, attraverso la suddivisione di una quota compresa tra l'80 ed il 90% del budget disponibile tra i soggetti gestori delle funzioni socio-assistenziali che, in base al monitoraggio nazionale attivato a settembre 2015, risultino titolari di un centro per le famiglie, istituito ed operante ai sensi dell'art. 42 della LR 1/2004.

I fondi disponibili saranno suddivisi in quota uguale tra tutti gli enti titolari dei Centri per le Famiglie. Al fine di tener conto della particolare dimensione territoriale e demografica e delle caratteristiche dell'utenza della Città di Torino, la quota da assegnarsi a tale Ente sarà pari alla quota singola moltiplicata

per 4.

Per quanto riguarda i soggetti gestori delle funzioni socio assistenziali che, in base al monitoraggio nazionale da concludersi entro il 31.10.2015, non risultino titolari dei Centri per le Famiglie, tra di essi sarà ripartita in quota uguale la parte residua del finanziamento disponibile, dal 10% al 20% dell'intero budget disponibile, al fine di sostenere gli interventi di sostegno alle responsabilità genitoriali assicurati da tali enti nell'ambito dei servizi istituzionali, nonché l'eventuale creazione/riattivazione di Centri per le famiglie a suo tempo attivati ed ora non più operativi.

SOGGETTI RESPONSABILI DEL MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

DIREZIONE REGIONALE COESIONE SOCIALE

A CARICO DEL FONDO NAZIONALE

€ 359.000

COSTO TOTALE

€ 624.000 DI CUI COFINANZIAMENTO REGIONALE (da assicurarsi attraverso risorse proprie)

€ 265.000

TEMPI E MODALITA' D'ATTUAZIONE**Cronoprogramma**

Monitoraggio dati ed attività dei Centri per le Famiglie: entro il 31.10.2015

Individuazione dei beneficiari delle risorse, riparto dei fondi ed erogazione acconto: entro il 31.12.2015

Utilizzo dei finanziamenti e rendicontazione entro la fine dell'anno 2016.

PUGLIA

DGR 30.11.15, n. 2141 - Intesa approvata in sede di Conferenza Unificata 5 agosto 2014 concernente l'utilizzo delle risorse stanziare sul Fondo per le Politiche della Famiglia anno 2014. Approvazione Programma attuativo - Variazione al Bilancio di previsione 2015, art. 42 - L.R. n. 28/2001 e art. 14 - L.R. n. 53/2014 e iscrizione somma relativa al finanziamento del Ministero del Lavoro e Politiche Sociali. (BUR n.162 del 18.12.15)

Note

Si provvede all'iscrizione nel bilancio di previsione 2015, in termini di competenza e cassa, della somma della maggiore entrata pari ad € 349.000,00, come assegnata con il richiamato Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali di cui all'Intesa sancita in sede di Conferenza Unificata in data 5.8.2014 e, ai sensi dell'art. 42 della L.R. n. 28/2001 e s.m.i. e dell'art. 14 della L.R. n. 53/2014, alla conseguente variazione al Bilancio di previsione per l'anno 2015, approvato con L.R. 23 dicembre 2014, n. 53, in termini di competenza e cassa, per un importo complessivo di € 349.000,00 quale quota di finanziamento assegnata alla Regione Puglia secondo il riparto di cui al richiamato Decreto ministeriale 29 agosto 2014 relativo alla Intesa approvata in sede di Conferenza Unificata in data 5 agosto 2014.

SICILIA

DD 23.11.15 - Elenco aggiornato delle associazioni di solidarietà familiare iscritte nel relativo registro previsto dall'art. 16 della legge regionale 31 luglio 2003, n. 10. (GURS n. 53 del 18.12.15) Art. 1

È approvato l'elenco delle associazioni di solidarietà familiare iscritte nel relativo registro previsto dall'art. 16 della legge regionale n. 10 del 2003, aggiornato al mese di novembre 2015, così come contenuto nell'allegato A che fa parte integrante del presente decreto (a cui si rinvia)..

GIOVANI**BASILICATA**

DGR 24.11.15, n. 1538 - Intesa Fondo Nazionale Politiche Giovanili 80/CU 10 luglio 2014. D.G.R. n. 1431/2014. Bando per il finanziamento di interventi mirati a realizzare centri/forme di aggregazione. Progetto Regionale "Centro anch'io".

Note

Viene approvato il "Bando per il finanziamento di interventi mirati a realizzare centri/forme di aggregazione, progetto "Centro anch'io" di cui agli allegati 1, 2, 3 e 4 che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Viene preimpegnato l'importo di € 87.405,91,

EMILIA-ROMAGNA

DGR 2.11.15, n. 1697 - Assegnazione e concessione contributi regionali di spesa corrente ai soggetti pubblici beneficiari per attività a favore dei giovani in attuazione della L.R. 14/08 e della propria deliberazione n. 745/2015. (BUR n. 324 del 16.12.15)

Note

Viene preso atto dell'istruttoria effettuata dalla competente struttura della Direzione Cultura, Formazione e Lavoro, in attuazione di quanto previsto dall'Allegato A) della propria deliberazione n. 745/2015 e di approvare quando segue:

- l'Allegato 1) "Elenco delle Domande pervenute ordinate per area provinciale" parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, nel quale sono riportati per ciascun progetto: il soggetto richiedente, il titolo del progetto e il costo del progetto;
- l'Allegato 2) "Elenco delle Domande pervenute ordinate per area provinciale, suddiviso in domande ammissibili e non ammissibili" parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, nel quale sono riportati per ciascun progetto: il soggetto attuatore, il titolo del progetto, il costo del progetto, il contributo richiesto;
- l'Allegato 3) "Graduatoria dei progetti ammessi a contributo suddivisi per area provinciale" parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, nel quale sono riportati, per ciascun progetto: i soggetti beneficiari, il titolo del progetto, il costo del progetto, il contributo richiesto, il totale dei punti ottenuti, la percentuale di contribuzione assegnata ed il contributo assegnato per un totale complessivo pari a Euro 400.000,00.

Parte delle risorse regionali complessivamente assegnate e concesse con il presente provvedimento, per un importo totale di Euro 67.903,30, ai progetti:

- "Impara l'arte" presentato dall'Unione dei Comuni dell'Appennino Bolognese per un contributo di Euro 56.229,30;
- "Giovani e città.#sfide# innovavazione sociale" presentato dal Comune di Reggio Emilia per un importo di Euro 11.674,00;

costituiscono quota parte di cofinanziamento regionale ai fini dell'approvazione della "Proposta progettuale in materia di Politiche Giovanili tra la Regione Emilia-Romagna e la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Gioventù e del Servizio Civile Nazionale per l'Anno 2015

DGR 12.11.15, n. 1778 - Approvazione della proposta progettuale in materia di politiche giovanili per l'anno 2015 denominata GECO 5, ai sensi del comma 7 art. 2 dell'Intesa, rep. 41/CU del 7/05/15 e dell'Intesa rep. 66/CU del 16/07/15, tra il governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano e gli enti locali, Fondo nazionale per le politiche giovanili anno 2015 e la riassegnazione delle quote 2013 e 2014 non erogate. (BUR n. 324 del 16.12.15)

Note

Viene approvata la "proposta progettuale in materia di politiche giovanili per l'anno 2015", in coerenza con l'art. 2, comma 7, dell'Intesa sancita in sede di Conferenza Unificata Rep. 41/CU del 7 maggio 2015, denominata GECO 5 – Giovani evoluti e consapevoli, (in continuità con l'APQ 2007-2009 denominato GECO, gli Accordi annuali 2011, 2012, 2013 e 2014 denominati GECO 2, 3 e 4) che comprende:

- **l'Allegato A)** parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, "Schede intervento, le risorse complessive e i costi previsti", nelle quali vengono espressamente indicati il titolo dell'intervento, il costo previsto e la copertura finanziaria, il codice, gli obiettivi, la descrizione dell'intervento, la localizzazione, il numero degli utenti coinvolti, il soggetto attuatore, gli altri soggetti coinvolti, il costo complessivo, la copertura finanziaria prevista, i tempi di realizzazione previsti, il referente del progetto e connessioni con altri interventi";

- **l'Allegato B)** parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, recante il "Quadro finanziario di sintesi della proposta progettuale denominata GECO 5 - Giovani evoluti e consapevoli", che descrive: il titolo degli interventi, i soggetti coinvolti, i tempi previsti per la

realizzazione degli interventi, l'ammontare complessivo della proposta progettuale, l'ammontare della quota di finanziamento derivante dal Fondo nazionale per le Politiche giovanili 2015 e residui derivanti dal Fondo 2013 e 2014, e l'ammontare della quota di cofinanziamento regionale derivante da risorse proprie.

Il valore complessivo della "proposta progettuale in materia di politiche giovanili per l'anno 2015" denominata GECO 5 - Giovani evoluti e consapevoli, corrispondente al costo totale degli interventi previsto nell'allegato B), ammonta complessivamente ad Euro 332.035,50 così suddiviso:

- quota di finanziamento derivante dal Fondo nazionale per le Politiche Giovanili 2015 e residui derivanti dal Fondo 2013 e 2014, pari ad Euro 264.535,50 (pari al 79,67% del totale);
- quota di cofinanziamento regionale derivante da risorse proprie pari ad Euro 67.500,00 (pari al 20,33% del totale);

ALLEGATO A)

"Schede intervento, risorse complessive e costi previsti"

1) Schede intervento:

La realizzazione della proposta progettuale "GECO 5 – Giovani evoluti e consapevoli", si articola in una triplice linea di azione concretizzata nelle tre schede:

- Scheda Progetto "GECO 5 – Giovani evoluti e consapevoli" - Codice Intervento "A" denominata: "Centri e/o Spazi e/o Forme aggregative: la rete della comunicazione per i giovani";
- Scheda Progetto "GECO 5 – Giovani evoluti e consapevoli" - Codice Intervento "B" denominata "Centri e/o Spazi e/o Forme aggregative: la cittadinanza attiva e il protagonismo giovanile"
- Scheda Progetto "GECO 5 – Giovani evoluti e consapevoli" - Codice Intervento "C" denominata: "Centri e/o Spazi e/o Forme aggregative: la creatività giovanile".

Scheda Progetto "GECO 5 – Giovani evoluti e consapevoli" - Codice Intervento "A"

Titolo intervento Centri e/o Spazi e/o Forme aggregative: la rete della comunicazione per i giovani

Codice intervento A

Obiettivi intervento e destinatari

Gli obiettivi sono i seguenti:

- sviluppare iniziative mirate e coordinate di comunicazione rivolte ai giovani, con il diretto coinvolgimento degli appositi Centri e/o Spazi e/o

Forme aggregative del territorio regionale al fine di garantire una conoscenza aggiornata e facilmente consultabile sulla loro presenza e attività.

- acquisire informazioni e dati, rilevanti per i giovani, da inserire all'interno del Sistema informativo, per garantire agli stessi giovani un'informazione aggiornata, sistematica e costante su conoscenza delle opportunità ed esperienze progettuali presenti nei Centri e/o Spazi e/o Forme aggregative (esperienze aggregative, culturali, ricreative, formative, etc.);

Descrizione intervento

L'intervento verrà realizzato attraverso:

- la realizzazione di azioni informative/di comunicazione in coordinamento con gli appositi centri e/o Spazi e/o Forme aggregative del territorio regionale creando le necessarie sinergie nell'ottica di una rete regionale a supporto dell'incontro dei giovani stessi;
- l'attivazione di interventi finalizzati alla raccolta di informazioni utili in merito alle opportunità rivolte ai giovani, attraverso un'utilizzo delle tecnologie più avanzate e di diverse innovative forme di comunicazione e confronto sul web

Localizzazione Territorio regionale

Numero utenti coinvolti

n. 300 giovani coinvolti nei percorsi di appositi centri e/o Spazi e/o Forme aggregative del territorio regionale

n. 1.000 utenti diversi al giorno – portale informativo regionale

Soggetto attuatore Regione Emilia-Romagna

Altri soggetti coinvolti Comuni di Casalecchio di Reno (BO), Modena ed Enti Locali dell'Emilia-Romagna

Costo complessivo 194.535,50 Euro

Copertura finanziaria

prevista

Fondi statali (FPG 2015): 154.535,50 Euro

Fondi regionali: 40.000,00 euro

Tempi di realizzazione previsti 1 Dicembre 2015 – 30 Giugno 2017

Referente del progetto

Dott.ssa Marina Mingozzi – Regione Emilia-Romagna

Servizio Cultura, Sport e Giovani

Tel. 051-5277694 mamingozzi@regione.emilia-romagna.it

Connessioni con altri interventi

Centri e/o Spazi e/o Forme aggregative: la cittadinanza attiva e il protagonismo giovanile ;

Centri e/o Spazi e/o Forme aggregative: la creatività giovanile.

Scheda Progetto “GECO 5 – Giovani evoluti e consapevoli” - Codice Intervento “B”

Titolo intervento Centri e/o Spazi e/o Forme aggregative: la cittadinanza attiva e il protagonismo giovanile

Codice intervento B

Obiettivi intervento e destinatari

Gli obiettivi sono i seguenti:

- valorizzare le esperienze e i progetti territoriali fra i giovani, finalizzate al sostegno della partecipazione responsabile; dell'impegno civico e del protagonismo all'interno del sistema della youngERcard regionale ;

- sviluppare progetti innovativi in ambito di massimo interesse per i giovani che prevedano un loro diretto coinvolgimento anche al fine di una valorizzazione delle buone prassi nell'ambito della rete regionale .;

Descrizione intervento

L'intervento verrà realizzato attraverso :la promozione di esperienze realizzate dai Centri e/o Spazi e/o Forme aggregative del territorio regionale che prevedano interventi finalizzati alla promozione del protagonismo giovanile ;

il sostegno a progetti complessi fra più territori, finalizzati alla valorizzazione delle competenze dei giovani

Localizzazione Territorio regionale

Numero utenti coinvolti presunti 1.500 utenti diversi al giorno

Soggetto attuatore Regione Emilia-Romagna

Altri soggetti coinvolti Enti Locali dell'Emilia-Romagna

Costo complessivo 75.000,00 Euro

Copertura finanziaria prevista

Fondi statali (FPG 2015): 60.000,00 Euro

Fondi regionali: 15.000,00 Euro

Tempi di realizzazione

previsti 1 Dicembre 2015 – 30 Giugno 2017

Referente del progetto

Dott.ssa Marina Mingozzi – Regione Emilia-Romagna

Servizio Cultura, Sport e Giovani

Tel. 051-5277694 mamingozzi@regione.emilia-romagna.it

Connessioni con altri interventi

Centri e/o Spazi e/o Forme aggregative: la rete della comunicazione per i giovani

Centri e/o Spazi e/o Forme aggregative: la creatività giovanile.

Scheda Progetto “GECO 5 – Giovani evoluti e consapevoli” - Codice Intervento “C”

Titolo intervento **Centri e/o Spazi e/o Forme aggregative: la creatività giovanile**

Codice

intervento C

Obiettivi intervento

Gli obiettivi dell'intervento sono:

- offrire opportunità ai giovani creativi dell'Emilia-Romagna, anche attraverso il supporto alla formazione e promozione dei giovani dell'Emilia-Romagna che aspirano a sviluppare una professionalità stabile nel campo artistico-culturale;
- sostenere le professioni creative nascenti attraverso la messa in rete delle principali realtà territoriali che offrono servizi alle imprese di giovani creativi e promuovendo azioni di comunicazioni con modalità strutturate per rendere più efficace la visibilità dei giovani talenti e delle loro opere;

Descrizione intervento

L'intervento verrà realizzato attraverso azioni a supporto della creatività giovanile negli appositi centri e/o Spazi e/o Forme aggregative del territorio regionale e prevede:

- supporto delle professioni creative attraverso l'attivazione di percorsi formativi, finalizzato all'acquisizione di capacità professionali e relazioni con il sistema istituzionale e produttivo artistico e-culturale;
- realizzazione di iniziative, rassegne e concorsi, come strumenti di promozione e visibilità del maggior numero di giovani ;

Localizzazione Territorio regionale

Numero utenti

coinvolti Stimati 40/80 giovani artisti nelle diverse attività

Soggetto attuatore Regione Emilia-Romagna

Altri soggetti coinvolti Associazione GA/ER (Associati sono i Comuni Capoluogo dell'Emilia-Romagna)

Costo complessivo 62.500,00 Euro

Copertura finanziaria prevista

Fondi statali (FPG 2015): 50.000,00 Euro

Fondi regionali: 12.500,00 Euro

Tempi di realizzazione previsti

1 Dicembre 2015 – 30 Giugno 2017

referente del progetto

Dott.ssa Marina Mingozi – Regione Emilia-Romagna

Servizio Cultura, Sport e Giovani

Tel. 051-5277694 mamingozzi@regione.emilia-romagna.it

Connessioni con altri interventi

Centri e/o Spazi e/o Forme aggregative: la cittadinanza attiva e il protagonismo giovanile

Centri e/o Spazi e/o Forme aggregative : la rete della comunicazione per i giovani;

2) Risorse complessive e costi previsti”

La quota del Fondo nazionale sulle politiche giovanili a favore della Regione Emilia-Romagna ammonta ad Euro 264.535,50 e il cofinanziamento regionale previsto ammonta ad Euro 67.500,00.

Nella tabella che segue viene fornito un quadro riassuntivo sui costi previsti complessivamente (pari ad Euro 332.035,50) per ogni singolo intervento.

COSTO COMPLESSIVO PREVISTO PER CIASCUN INTERVENTO

INTERVENTI Costo

COMPLESSIVO

A Centri e/o Spazi e/o Forme aggregative: la rete della comunicazione per i

giovani 194.535,50

B Centri e/o Spazi e/o Forme aggregative: la cittadinanza attiva e il protagonismo giovanile 75.000,00

C Centri e/o Spazi e/o Forme aggregative: la creatività giovanile 62.500,00

TOTALE GENERALE 332.035.50

Allegato B) – Quadro finanziario di sintesi della “Proposta progettuale” denominata

Geco 5 – Giovani evoluti e consapevoli

NB

Si rinvia alla lettura integrale del testo

PIEMONTE

DD 16.12.15, n. 1026 - Attuazione DGR n. 3-667 del 27 novembre 2014, scheda intervento cod.01-2014/2015. Affidamento d'incarico al CSI- PIEMONTE per il progetto "Sistema informativo regionale on line per i giovani" per euro 40.100,00. (BUR n. 51 del 24.12.15)

Note

PREMESSA

La L.R. 13 febbraio 1995 n. 16 e s.m.i., recante “Coordinamento e sostegno delle attività a favore dei

giovani”, stabilisce che la Regione attui un'azione per i giovani del Piemonte, favorendo la realizzazione di iniziative degli Enti locali, promuovendo, in particolare, lo sviluppo di un sistema coordinato di informazione ai giovani;

La Giunta regionale ha approvato, con DGR n. 3-667 del 27 novembre 2014 “L.R. 13 febbraio 1995, n. 16 e L.R. 26 aprile 2000, n. 44. Intesa Fondo nazionale politiche giovanili del 10 luglio 2014. Approvazione della proposta progettuale di cui all'art. 2, comma 6 dell'Intesa”, l’inserimento nel programma di interventi in materia di politiche giovanili attuativo dell’Intesa 2014 della realizzazione di un nuovo sistema informativo regionale on line per promuovere l’accesso alle informazioni e l’orientamento dei giovani su servizi e offerta del territorio, in continuità con il progetto avviato con la deliberazione del 19 settembre 2011 sopra citata e con i protocolli d’intesa di cui alla DGR n. 20-5074 del 18 dicembre 2012 e alla DGR n. 15-6610 del 4 novembre 2013, stabilendone, altresì, gli indirizzi nella scheda-intervento cod. 01-2014/2015 di cui all’allegato A della suddetta deliberazione,

Per la realizzazione di quanto sopra la DGR n. 3-667 del 27 novembre 2014 nella scheda-intervento cod. 01-2014/2015, prevedeva lo sviluppo del sistema informativo on line da parte del CSIPiEMONTE anche in conformità con la L.R. 15 marzo 1978, n. 13 che demanda a quest’ultimo la progettazione degli interventi nel settore.

LA DISPOSIZIONE

Viene affidato al CSI – Piemonte l’incarico per la realizzazione del “Sistema informativo regionale on line per promuovere l’accesso alle informazioni e l’orientamento dei giovani su servizi e l’offerta del territorio ” così come previsto dalla DGR n. 3-667 del 27 novembre 2014 “L.R. 13 febbraio 1995, n. 16 e L.R. 26 aprile 2000, n. 44. Intesa Fondo nazionale politiche giovanili del 10 luglio 2014. Approvazione della proposta progettuale di cui all'art. 2, comma 6 dell'Intesa.

L a spesa complessiva è di Euro 40.100,

PUGLIA

DGR 27.11.15, n. 2062 - Programmazione Fondo Nazionale Politiche Giovanili annualità 2015. (BUR n. 159 del 15.12.15)

Note

Vengono utilizzate le risorse del Fondo Nazionale Politiche Giovanili anno 2015 per incrementare la dotazione finanziaria dell’Avviso Pubblico per organizzazione giovanili - “Laboratori Urbani Mettici le Mani”, destinato a organizzazioni giovanili che gestiscono/cogestiscono Laboratori Urbani e spazi pubblici per i giovani, situati sul territorio regionale, approvato con deliberazione, n. 1879 del 16/09/2014, anche allo scopo di assicurare l’accogliibilità dell’elevato numero di domande

pervenute, in coerenza con gli obiettivi del Piano “Tutti i giovani sono una risorsa” - indirizzi strategici e obiettivi di sviluppo del programma della Regione Puglia per le politiche giovanili 2014/2015, approvato dalla Giunta Regionale con Provvedimento n. 2328 del 3/12/2013.

Viene approvata la programmazione degli interventi a valere sul Fondo Nazionale per le Politiche Giovanili anno 2015, così come descritti nella allegata A) “scheda di sintesi progetto - Avviso pubblico per organizzazione giovanili” (a cui si rinvia).

Vengono approvati gli allegati format-standard sotto elencati, parte integrante del presente provvedimento, che completeranno lo schema di Accordo da sottoscrivere con il Dipartimento della Gioventù:

- Scheda 1.A - Quadro finanziario di sintesi dell'Accordo
 - Scheda 1.B - Quadro finanziario per le aree di intervento prioritarie
 - Scheda 1.C - Quadro finanziario per le eventuali altre aree di intervento proposte dalla Regione
- La copertura del co-finanziamento regionale è pari a € 100.000,

IMMIGRATI

EMILIA-ROMAGNA

Determinazione del responsabile del servizio politiche per l'accoglienza e l'integrazione sociale 4 dicembre 2015, n. 17443 - Ripartizione, assegnazione, concessione e relativa assunzione impegno di spesa dei contributi a favore dei soggetti pubblici della rete regionale del progetto "Oltre la strada" in attuazione della delibera di A.L. n. 117/2013 e della delibera di Giunta regionale n. 921/2015. (BUR n. 326 del 17.12.15)

Note

Viene ripartita, in attuazione della deliberazione dell'Assemblea Legislativa n. 117/2013, e della delibera di Giunta regionale n. 921/2015, punto 3.3.1. dell'Allegato A) parte integrante, la somma complessiva di € **210.000,00** fra i soggetti pubblici facenti parte della rete regionale del progetto Oltre la Strada, così come indicato all'Allegato 1), parte integrante e sostanziale della presente determinazione (a cui si rinvia), assegnando e concedendo la somma a fianco di ciascuno indicata per la realizzazione degli “Interventi a sostegno dei programmi di assistenza temporanea ed integrazione sociale a favore delle vittime di tratta, sfruttamento e riduzione in schiavitù - art. 13 L. 228/2003 e art. 18 D.lgs 286/1998”;

PUGLIA

DGR 9.12.15, n. 2208 - Approvazione Protocollo d'intesa tra le Regioni Calabria, Campania, Puglia e Sicilia per la collaborazione a livello interregionale in materia di immigrazione. (BUR n. 162 del 18.12.15)

Note

PREMESSA

Le fonti europee

Il Libro bianco sul sistema di governo europeo - Approfondire la democrazia nell'Unione europea, SEC. 2000/154, emanato dalla Commissione europea l'11 ottobre 2000 individua nella collaborazione interistituzionale e interregionale (governance multi-livello) un'articolazione significativa dell'agire democratico e dunque si incoraggia la partecipazione sociale lungo tutta la catena decisionale in modo da realizzare forme concrete di “democrazia partecipativa”.

L'Agenda europea sulle migrazioni, emanata il 13 maggio 2015, mediante Comunicazione della Commissione al Parlamento e al Consiglio europeo al Comitato Economico e sociale e al Comitato delle Regioni, (COM/2015/240) individua nelle migrazioni che interessano i Paesi europei una priorità per le politiche dell'UE, ritenendo che le questioni sociali che emergono debbano essere affrontate in modo complessivo e che, non secondariamente,

Altresì che si debba evitare di intervenire a compartimenti stagni, consentendo di elaborare politiche condivise in grado di abbracciare in maniera integrata e simultaneamente le molteplici dimensioni del fenomeno.

La Direttiva dell'UE (2000/43/CE) sulla parità di trattamento vieta la discriminazione fondata sulla razza o sull'origine etnica e il relativo strumento normativo interno di recepimento (D.Lgs. 215/2003);

La Direttiva dell'UE (2000/78/CE) sulla parità di trattamento in materia di occupazione vieta la discriminazione, (in tale materia e nella formazione), fondata sulla religione o le convinzioni personali, la disabilità, l'età o l'orientamento sessuale e relativo strumento normativo interno di recepimento (D.Lgs. 216/2003);

La Direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio del 18 giugno 2009, 2009/52/UE e relativo strumento interno di recepimento (D.Lgs. 109/2012) prevede sanzioni nei confronti dei datori di lavoro che impiegano cittadini di Paesi terzi irregolarmente presenti sul territorio e che contiene altresì norme in tema ' di protezione sociale relative al "particolare sfruttamento" (inserite nel codice penale all'art. 603bis) che possono subire gli stessi migranti;

La Direttiva 2011/36/CE, nonché il relativo strumento normativo interno di recepimento, (D.Lgs. 24/2014) definisce la necessità di elaborazione di un Piano Nazionale Antitratta, concernente la prevenzione e la repressione della tratta di esseri umani e la protezione delle vittime (in sostituzione della Decisione-quadro del Consiglio europeo 2002/629/GAI);

La Direttiva 2004/83/CE recante norme minime sull'attribuzione a cittadini di Paesi terzi o apolidi, tratta della qualifica del rifugiato o di persona altrimenti bisognosa di protezione internazionale, nonché norme minime sul contenuto della protezione riconosciuta e il relativo strumento interno di recepimento (D.Lgs. 251/2007);

La Direttiva 2011/95/UE e il relativo strumento interno di recepimento (D.Lgs. 18/2014);

La Direttiva 2005/85/CE recante norme minime per le procedure applicate negli Stati membri ai fini del riconoscimento e della revoca dello status di rifugiato e il relativo strumento interno di recepimento, (D.Lgs. 25/2008), modificato dal DL 119/2014;

La Direttiva 2003/9/CE del Consiglio europeo del 27 gennaio 2003 che stabilisce norme minime relative all'accoglienza dei richiedenti asilo negli Stati membri e lo strumento normativo interno di recepimento (D.Lgs. 140/2005).

Il Regolamento (EU) 516/2014 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 aprile 2014, che stabilisce le linee generali del programma FAMI (Fondo per l'Asilo, l'Immigrazione e l'Integrazione per il periodo 2014-2020, per promuovere la gestione efficiente dei flussi migratori e l'attuazione, il rafforzamento e lo sviluppo nell'Unione europea di un approccio comune.

Le fonti italiane

Il novellato art. 117 della Costituzione, pur riservando, a mente dell'art. 117 lett. m), alla competenza regolatoria esclusiva dello Stato la materia dell'immigrazione, in tema di fruizione di diritti civili e sociali limita alla competenza normativa statale solo "la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali", che devono peraltro "essere garantiti su tutto il territorio dello Stato";

La previsione del novellato art. 117 della Costituzione recita "la legge regionale ratifica le intese della Regione con altre Regioni per il migliore esercizio delle proprie funzioni";

Il Testo Unico Immigrazione, D.Lgs. 286 del 25 luglio 1998 ("Disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero") e modifiche successive;

La Legge 328 del novembre 2000 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) prevede forme integrate di collaborazione tra i diversi livelli istituzionali (nazionali, intermedi e locali) e le realtà organizzate sul territorio (terzo settore), al fine di concertare gli interventi territoriali, in particolare quelli in favore dei gruppi svantaggiati (compresi gli immigrati), nonché le leggi regionali di recepimento;

La Legge sull'immigrazione della Regione Puglia, LR 32/2009 (Norme per l'accoglienza, la convivenza civile e l'integrazione degli immigrati in Puglia);

La Legge sull'immigrazione della regione Campania, LR 6/2010 (Norme per l'inclusione sociale, economica e culturale delle persone straniere presenti in Campania);

La Legge sull'emigrazione e l'immigrazione della Regione Calabria, LR 17/1990 (Interventi regionali settore dell'emigrazione e dell'immigrazione);

La Legge sull'immigrazione della Regione Calabria, LR 18/2009 ("Accoglienza del richiedenti asilo, del rifugiati e sviluppo sociale, economico e culturale delle Comunità locali");

Il Piano per l'integrazione e la sicurezza "Identità e incontro" del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, approvato dal Consiglio dei Ministri il 10 giugno 2010, che individua le principali linee di azione per favorire l'integrazione degli immigrati, coniugando accoglienza e sicurezza, focalizzate su cinque assi principali: educazione e apprendimento, lavoro, alloggio e governo del territorio, accesso ai servizi essenziali, minori e seconde generazioni;

Il Documento sulle "Linee di intervento generate" del Ministero dell'Interno-Dipartimento per le libertà civili e l'immigrazione", redatto dal Capo Dipartimento - Prefetto Mario Morcone - sulla base dell'Intesa raggiunta in sede di Conferenza Unificata del 10 luglio 2014, documento che propone un sempre maggior coordinamento dei livelli di governance tra Enti di programmazione e di attuazione operative delle politiche, soprattutto nel settore dell'accoglienza, esortando a realizzare la massima conoscenza del fenomeno migratorio a livello territoriale ("conoscere bene per governare meglio") nonché una partecipazione congiunta degli attori sociali con competenze "tecniche" e "politiche";

I Programmi operativi nazionali (PON) 2014-2020 dei Fondi strutturali: Fondo sociale europeo (FSE) e Fondo europeo di sviluppo regionale (FESR) e le articolazioni regionali (POR), in particolare nei sub-programmi attinenti all'occupazione sostenibile e alla mobilità dei lavoratori, all'inclusione sociale e al contrasto della povertà, all'istruzione, formazione e formazione professionale per le competenze e al rafforzamento della capacità istituzionale delle Amministrazioni e della governance territoriale;

La Strategia nazionale per le Aree interne (2014-2020) del Dipartimento per lo Sviluppo e la Coesione economica che prevede, tra l'altro, interventi di ripopolamento delle zone collinari e montane, nelle quali si possono sperimentare insediamenti di lavoratori e lavoratrici stranieri occupati nel settore agro-alimentare.

L'IMMIGRAZIONE NEL SUD

La presenza di stranieri nelle regioni meridionali in particolare a partire dall'ultimo decennio è andata aumentando numericamente ed è divenuta sempre più eterogenea, sia in termini socio-demografici che occupazionali, nonché per le richieste inerenti alle politiche di integrazione.

La presenza di stranieri ha generato/sta generando significative trasformazioni socio-demografiche, caratterizzandosi altresì come sostitutiva, almeno in parte, della forza lavoro autoctona.

Tale situazione riguarda soprattutto le forze lavoro che trovano occupazioni di natura stagionale, determinano una mobilità interprovinciale e interregionale a carattere rotatorio sulla base dei tempi diversi delle colture e delle produzioni e generano, per tali ragioni, problematiche comuni alle diverse aree territoriali.

Conseguentemente alla descritta mobilità si determinano alcune problematiche collaterali di alta complessità che coinvolgono l'housing, spesso carente dal punto di vista igienico-sanitario, il disagio e la vulnerabilità sociale, le forme di lavoro irregolare e di sfruttamento, talvolta persino para-schiavistico, che arrivano a configurare una vera e propria economia sommersa.

Per la loro posizione geografica le regioni del sud sono altresì tra le quelle maggiormente interessate alla gestione dei flussi migratori irregolari, compresi quelli riguardanti i Minori stranieri non accompagnati;

che al fenomeno descritto è correlabile un aumento della domanda diversificata di servizi dedicati all'integrazione e all'inclusione sociale.

IL PROGETTO FEI

Le Regioni Calabria, Campania, Puglia e Sicilia hanno realizzato in partenariato, tra il 2014 ed il 2015, un Progetto FEI (AP 2013 - Azione 9) specificamente incentrato sulle tematiche concernenti

la presenza straniera nei rispettivi territori, sull'incremento/rafforzamento delle reti locali di quanti a vario titolo intervengono nel settore e sul rafforzamento della capacity building individuale e istituzionale, dal titolo COM.IN 2.0 - Competenze per l'integrazione.

Dall'esperienza congiuntamente maturata dal Progetto è emersa l'esigenza di continuare la collaborazione a livello interregionale finalizzata a:

- armonizzare alcune politiche mirate specificamente alla tematica migratoria;
- condividere programmi e politiche di intervento - nonché strumenti operazionali - a gestione autonoma ma a finalità convergenti;
- progettare interventi interregionali con riferimento a risorse finanziarie di competenza ministeriale;
- condividere strumenti di monitoraggio della presenza e della composizione quantitativa e qualitativa degli stranieri sui territori coinvolti;

che la collaborazione interregionale risulta in sintonia anche con le linee strategiche da attuare in materia di immigrazione, in particolare per quanto riguarda tematiche come il lavoro sfruttato in agricoltura e l'accoglienza

che le Amministrazioni aderenti al progetto prevedono nei propri Programmi linee d'intervento nell'ambito di strategie mirate alla promozione dell'inclusione sociale e lavorativa degli immigrati.

L'INTESA

Viene approvata l'intesa tra le Regioni Calabria, Campania, Puglia e Sicilia per la collaborazione a livello interregionale in materia di immigrazione;.

Viene quindi approvato lo schema di protocollo d'intesa allegato al presente atto per fame parte integrante e sostanziale per il coordinamento e la gestione dei rapporti tra le Regioni partecipanti;

- di dare mandato al Dirigente della Sezione Sicurezza del Cittadino, politiche per le Migrazioni, Antimafia Sociale di provvedere alla sottoscrizione del predetto protocollo d'intesa.

VENETO

DGR 9.12.15, n. 1838 - Rimodulazione degli interventi finanziati in attuazione del programma di iniziative ed interventi in materia di immigrazione per l'anno 2005 in materia di alloggio e realizzati dall'azienda territoriale per l'edilizia pubblica territoriale della provincia di belluno. conferimento alle finalità di cui alla l. 10/1996. (BUR n. 121 del 24.12.15)

Note

PREMESSA

Con DGR n. 4255 del 30.12.2005, la Giunta regionale ha approvato, in attuazione del Programma di iniziative ed interventi in materia di immigrazione per l'anno 2005, la realizzazione di un programma di reperimento/realizzazione di alloggi temporanei per immigrati/emigrati di ritorno dai paesi extraUE, affidandone l'attuazione alle Aziende Territoriali per l'Edilizia Residenziale (ATER) del Veneto e definendo altresì gli obiettivi e i criteri generali secondo i quali realizzare i progetti attuativi.

Il programma di reperimento/realizzazione di alloggi temporanei per immigrati/emigrati di ritorno dai paesi extraUE era finalizzato all'ampliamento della disponibilità di alloggi temporanei per immigrati/emigrati di ritorno favorendo la migliore applicazione della L.189/2002 "Modifica alla normativa in materia di immigrazione e di asilo" che dispone che la stipula del contratto di soggiorno per lavoro subordinato sia vincolata, tra l'altro, alla garanzia da parte del datore di lavoro della disponibilità di un alloggio per il lavoratore, che rientri nei parametri minimi previsti dalla legge per gli alloggi di edilizia residenziale pubblica.

Con il citato provvedimento la Giunta ha impegnato, nell'ambito di un finanziamento complessivo di € 2.300.000,00, € 155.545,00 a favore dell'ATER della Provincia di Belluno stabilendo altresì un vincolo d'uso decennale per gli alloggi recuperati con il predetto finanziamento.

LA DISPOSIZIONE

Viene autorizzata l'Azienda Territoriale per l'Edilizia Residenziale della Provincia di Belluno a conferire, affinché vengano destinati alle finalità di edilizia residenziale pubblica (e.r.p.) di cui alla

L. 10/1996, ai Sindaci dei comuni di competenza, ai sensi della medesima legge regionale, gli alloggi oggetto degli interventi di cui alla D.G.R. n. 4255 del 30/12/2005.

DGR 9.12.15, n. 1839 - Sperimentazione di nuovi sistemi di accoglienza in strutture residenziali in semiautonomia per i minori stranieri non accompagnati appartenenti alla fascia di età dai 16 ai 17 anni. (BUR n. 121 del 24.12.15)

Note

PREMESSA

La Legge regionale 16 agosto 2002, n. 22, "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio- sanitarie e sociali", individua le competenze dei soggetti pubblici e privati nell'attuazione dei processi di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento dei servizi sanitari, socio- sanitari e sociali.

In particolare, l'articolo 14 "Autorizzazione all'erogazione e all'esercizio di attività sociali da parte di soggetti pubblici e privati" della L.R. 22/2002, affida alla Giunta regionale il compito di definire, ad integrazione dei requisiti minimi strutturali ed organizzativi stabiliti dalla normativa regionale vigente, nuovi requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi, previo parere della Conferenza regionale per la programmazione sanitaria e socio- sanitaria, di cui all'articolo 133 della L.R. 13 aprile 2001, n. 11.

Con D.G.R. n. 2473/2004, la Giunta regionale ha così inteso dare attuazione a quanto disposto dalla citata Legge regionale n. 22/2002, proponendo la sperimentazione di standard qualitativi per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale delle strutture socio sanitarie e sanitarie.

Detta sperimentazione è stata approvata con D.G.R. n. 3855/2004.

Con D.G.R. n. 84/2007, la Giunta regionale, recepito il parere della Conferenza Permanente per la Programmazione Sociosanitaria, ha approvato gli standard definitivi relativi ai requisiti di autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale dei servizi sociali e di alcuni servizi socio sanitari della Regione del Veneto, in sostituzione degli standard qualitativi sperimentali previsti dalla Deliberazione n. 2473/2004; la Giunta regionale ha così recepito ed integrato i requisiti minimi strutturali e organizzativi fissati dallo Stato per l'autorizzazione all'esercizio e ha definito i criteri per l'accreditamento dei servizi e delle strutture a ciclo diurno e residenziale, sociali e socio-sanitari della Regione.

In particolare, l'Allegato A alla D.G.R. n. 84/2007, prevede requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi, di elevato standard qualitativo per l'autorizzazione all'esercizio e per l'accreditamento delle comunità educative per minori, deputate a erogare un servizio educativo - assistenziale finalizzato all'accoglienza temporanea del minore qualora il nucleo familiare sia impossibilitato o incapace di assolvere al proprio compito.

Dette comunità educative sono strutturate per offrire protezione ed accoglienza a minori, anche giovanissimi, con alle spalle spesso un vissuto fatto di violenze, abusi, abbandono, degrado familiare, in situazioni di forte disagio e sofferenza psico- fisica, quindi con una autonomia e una capacità di socializzazione ridotta.

Tutte le norme riguardanti i diritti dei minori (diritto alla protezione, all'istruzione, alla salute, alla partecipazione, ecc...) si applicano ovviamente anche ai minori stranieri non accompagnati, ai quali deve essere garantita l'accoglienza in un ambiente adeguato, ai sensi della L.R. n. 22/2002 e della D.G.R. n. 84/2007, e nei confronti dei quali devono essere attivate tutte le azioni necessarie all'integrazione sociale.

Per minore straniero non accompagnato, ai sensi dell'articolo 1°, comma 2°, del D.P.C.M. n. 535/1999, si intende il minore non avente cittadinanza italiana o di altri Stati dell'Unione Europea che, non avendo presentato domanda di asilo politico, si trova per qualsiasi causa nel territorio dello Stato privo di assistenza e di rappresentanza da parte dei genitori o di altri adulti per lui legalmente responsabili in base alle leggi vigenti nell'ordinamento italiano.

Negli ultimi anni, e in particolare nell'anno in corso, il problema dell'accoglienza dei msna ha assunto un'importanza via via maggiore, in quanto il numero di minori stranieri non accompagnati

presenti in Italia è aumentato considerevolmente, superando anche la capacità ricettiva delle strutture deputate all'accoglienza; secondo alcuni recenti dati forniti dal Ministero degli Interni, infatti, a fine 2012, i minori presenti in Italia erano 5.821 mentre a dicembre 2014 hanno superato le 10.000 unità, registrando una crescita di oltre il 66%

Il numero ha continuato a crescere, tant'è che l'incremento del numero di msna accolti al 30 aprile del 2015, rispetto al medesimo periodo del 2014, è superiore di quasi 2.000 unità.

In Veneto, alla data del 30/04/2015, i msna erano 176 accolti in 23 strutture di accoglienza .

L'andamento attuale dei flussi migratori, destinato a non fermarsi ma al contrario ad aumentare, porta a far pensare ad un continuo aumento anche del numero di minori non accompagnati, con conseguenti criticità per quanto riguarda la ricerca di adeguati luoghi di accoglienza degli stessi.

L'analisi delle distribuzioni per età dei msna presenti, registra una forte concentrazione di minori nella fascia di età fra 16 e 17 anni (81,9% sul totale) con una significativa accentuazione dei minori diciassetenni, per lo più di sesso maschile.

L'esperienza maturata dai Servizi Sociali di molti Enti Locali, in prima linea nell'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati, dimostra come in capo ai msna, di età media più elevata rispetto ai minori italiani accolti, vi siano caratteristiche di elevata maturazione psicofisica, con un vissuto personale e familiare connotato da esperienze di autonomia totale e in contesti di vita estremi e per nulla tutelanti.

Questi ragazzi presentano per lo più una notevole spinta all'autonomia e soffrono meno, rispetto ai minori italiani, di disagi psico- fisici e di ridotta autonomia relazionale, soprattutto in considerazione del fatto che, nella maggioranza dei casi, non provengono da situazioni familiari degradate, ma semplicemente si trovano sul territorio nazionale, fisicamente lontani dal proprio nucleo familiare.

Si tratta di giovani che in un breve periodo di tempo devono necessariamente raggiungere obiettivi di autonomia personale, relazionale, economica, alloggiativa ed acquisire un bagaglio formativo e/o professionale tale da consentire loro, al raggiungimento della maggiore età, di poter trasformare il loro permesso di soggiorno per minore età in un nuovo permesso per motivi formativi, di lavoro subordinato o di accesso al lavoro.

Necessitano di conseguenza di azioni specifiche e di formule di accoglienza residenziale maggiormente rispondenti alle effettive necessità evolutive e di integrazione.

D'altra parte, gli elevati standard qualitativi previsti dalla Regione per l'accoglienza dei minori, sono dettati dalla necessità di affrontare situazioni particolarmente problematiche vuoi per il contesto familiare di provenienza vuoi per le particolari condizioni dei minori stessi che si trovano in condizioni di fragilità e debolezza psichica, oltre che per accogliere minori che per la fascia di età richiedono attenzioni e cura assidue e costanti.

Le peculiari caratteristiche evidenziate in capo ai minori stranieri non accompagnati appartenenti a questa più elevata fascia d'età ed in possesso di una significativa capacità di autogestione, rende opportuna la sperimentazione di modelli di accoglienza in strutture residenziali in semiautonomia, che consentano ai giovani quindi di vivere la loro quotidianità in maniera autogestita, seppur non ancora totalmente.

Tali modelli di accoglienza, riservati a quei giovani ultraquindicenni che durante il primo periodo di pronta accoglienza abbiano evidenziato competenze e capacità auto gestionali compatibili e nei confronti dei quali siano escluse quindi forme di vulnerabilità che consiglierebbero interventi specializzati o forme di affidamento più tradizionali, consentirebbero ai ragazzi di effettuare un percorso finalizzato alla consapevole e completa gestione della propria vita

LA SPERIMENTAZIONE DI NUOVI MODELLI

Viene approvata la sperimentazione di nuovi modelli di accoglienza, in strutture residenziali in semiautonomia, denominate "Gruppi Appartamento", secondo le direttive contenute nell'**Allegato A**, parte integrante e sostanziale del presente atto, ad integrazione degli standard previsti nell'Allegato A della D.G.R. n. 84/2007, dei minori stranieri non accompagnati appartenenti alla

fascia di età che va dai 16 ai 18 anni non compiuti e che possiedano capacità auto gestionali adeguate.

Tale sperimentazione potrà consentire di elaborare un modello di accoglienza adeguato alle particolari caratteristiche dei minori adolescenti, per i quali non esistano problematiche particolari, al fine di accompagnarli in un processo di maturazione e di acquisizione di autonomia tali di consentire loro di vivere in prima persona la propria vita quotidiana.

La sperimentazione avrà la durata di un anno, decorso il quale verranno verificati i risultati e le eventuali criticità, in modo da poter addivenire alla definizione di un modello standard per i minori appartenenti alla citata fascia di età, che risultino, all'esito degli accertamenti effettuati nel primo periodo di accoglienza, privi di problematiche di tipo psico-fisico ed in possesso di sufficiente ed autonomia gestionale.

Trattandosi di una fase ancora sperimentale, nell'attesa di un'eventuale standardizzazione del modello, si ritiene di riservare la possibilità di partecipare alla sperimentazione stessa agli /organismi già in possesso dell'autorizzazione all'accoglienza dei minori e del relativo accreditamento.

Secondo quanto disposto dal Ministero dell'Interno-Dipartimento per le libertà civili e l'immigrazione con circolare n.8855 del 25/7/2014, in ragione del notevole afflusso di minori stranieri non accompagnati che caratterizza l'attuale periodo ed al fine di poter far fronte alle correlate necessità di accoglienza, si ritiene di autorizzare, in via temporanea, fino al cessare dell'emergenza e comunque per un periodo non superiore a due anni, l'aumento fino al 25% delle potenzialità di accoglienza delle strutture/comunità destinate ai minori.

ALLEGATO A

DIRETTIVE PER L'AVVIO DI UNA SPERIMENTAZIONE DELLA MODALITÀ DI ACCOGLIENZA IN SEMIAUTONOMIA DENOMINATA "GRUPPO APPARTAMENTO" RIVOLTA AI MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI APPARTENENTI ALLA FASCIA DI ETÀ RICOMPRESA FRA I 16 E I 18 ANNI.

Presentazione

Con il presente documento, ad integrazione di quanto previsto in ordine ai requisiti strutturali e organizzativi fissati dalla D.G.R. n. 84 del 16 gennaio 2007 per l'autorizzazione all'esercizio e per l'accreditamento dei servizi e delle strutture a ciclo diurno e residenziale, sociali e socio- sanitari della Regione del Veneto, in attuazione della Legge regionale n. 22 del 2002, vengono definite le direttive per la sperimentazione di modelli di accoglienza in semiautonomia, denominati "Gruppo Appartamento", volti a sviluppare e valorizzare le capacità di autogestione dei minor stranieri non accompagnati appartenenti alla fascia di età compresa tra i 16 anni compiuti ai 18 anni non compiuti.

In particolare, l'Allegato A della D.G.R. n. 84/200, prevede la prestazione di un servizio educativo assistenziale finalizzato all'accoglienza temporanea del minore straniero, privo di assistenza familiare, ma che, appartenendo ad una fascia di età che implica il possesso di un certo grado di maturità, può iniziare un percorso volto all'acquisizione di una propria autonomia.

Il servizio attualmente previsto e offerto, contempla la realizzazione di un percorso educativo molto strutturato rivolto ai minori, per lo più giovanissimi, con alle spalle spesso un vissuto fatto di violenze, abusi, abbandono, degrado familiare, che hanno pertanto sperimentato situazioni di forte disagio e sofferenza psicofisica, di cui conservano ancora i segni e che presentano quindi un'autonomia e una capacità di socializzazione molto ridotta. La necessità di offrire pertanto dei percorsi educativi-assistenziali particolarmente qualificati necessita l'esistenza di standard qualitativi particolarmente elevati.

Secondo la legislazione italiana, tutte le norme riguardanti i diritti dei minori (diritto alla protezione, all'istruzione, alla salute, alla partecipazione, ecc...) si applicano anche ai minori stranieri non accompagnati, ai quali deve essere garantita l'accoglienza in un ambiente adeguato, ai sensi della L.R. n.

22/2002 e della D.G.R. n. 84/2007, e nei confronti dei quali devono essere attivate tutte le azioni necessarie legate alla loro integrazione sociale.

Negli ultimi anni, il problema dell'accoglienza dei MSNA ha assunto un'importanza via via maggiore, in quanto il loro numero è aumentato considerevolmente.

Secondo alcuni recenti dati forniti dal Ministero degli Interni, l'analisi della distribuzione per età dei msna presenti registra una forte concentrazione di minori nella fascia di età ricompresa fra 16 e 18 anni, con una significativa accentuazione dei minori diciassetenni, per lo più di sesso maschile.

L'esperienza maturata dai Servizi Sociali di molti Enti Locali, in prima linea nell'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati, dimostra che gli stessi sono caratterizzati da un'elevata maturazione psicofisica, con un vissuto personale e familiare connotato da esperienze di autonomia totale e in contesti di vita estremi e per nulla tutelanti. I MSNA presentano per lo più, quindi, una notevole spinta all'indipendenza e soffrono meno, rispetto ai minori italiani, di disagi psico-fisici e di ridotta autonomia relazionale, soprattutto in considerazione del fatto che, nella maggioranza dei casi, non provengono da situazioni familiari degradate, ma semplicemente si trovano lontani dal proprio nucleo familiare.

Si tratta di giovani che in un breve periodo di tempo devono necessariamente raggiungere obiettivi di autonomia personale, relazionale, economica, alloggiativa ed acquisire un bagaglio formativo e/o professionale tale da consentire loro, al raggiungimento della maggiore età, di trasformare il loro permesso di soggiorno per minore età in un nuovo permesso per motivi formativi, di lavoro subordinato o di accesso al lavoro. Necessitano di conseguenza di azioni specifiche e di formule di accoglienza residenziale maggiormente rispondenti alle effettive necessità evolutive e di integrazione.

Tutto ciò premesso, appare opportuno proporre l'approvazione della sperimentazione di nuovi modelli di accoglienza, in strutture residenziali in semiautonomia, denominati "Gruppo Appartamento", dei minori stranieri non accompagnati, ad integrazione degli standard previsti nell'Allegato A della D.G.R. n. 84/2007, in ragione delle peculiari caratteristiche comportamentali e anagrafiche di questo target di riferimento.

L'accesso del minore straniero non accompagnato, di età ricompresa tra i sedici e i diciassette anni, nelle strutture residenziali in semiautonomia, denominate "Gruppi Appartamento", deve essere preceduto e ha come presupposto ineludibile lo svolgimento di un periodo di prima accoglienza, caratterizzato da una accurata osservazione e conoscenza degli adolescenti accolti.

In questa prima fase, di pronta accoglienza, assume una importanza fondamentale la qualità della tutela, dell'osservazione e delle azioni di avvio del percorso di conoscenza.

La pronta accoglienza del msna deve quindi necessariamente svolgersi in una comunità educativa per minori.

Durante la prima accoglienza del msna, della durata di mesi due, che dovrà essere realizzata con il coinvolgimento del tutore, se già nominato, devono concretizzarsi azioni indispensabili per la salvaguardia del minore e propedeutiche alla successiva definizione del piano educativo personalizzato, finalizzato ad avviare il minore accolto, entro termini ragionevolmente brevi, forme di autonomia personale, relazionale, economica, alloggiativa.

Qualora, dalle osservazioni rilevate durante la fase di osservazione del msna e dal risultato delle valutazioni compiute da una équipe di professionisti, composta da personale educativo, mediatori culturali e psicologi, siano emersi in capo al minore elementi di competenza e capacità auto gestionali compatibili, l'ospite potrà proseguire l'accoglienza in strutture residenziali di semiautonomia definite "Gruppo Appartamento". Ciò previa la necessaria autorizzazione del tutore, se già individuato, dei servizi sociali affidatari. Deve essere comunque data comunicazione al Tribunale dei Minorenni.

Il msna, durante il periodo di "seconda accoglienza", dovrà seguire un percorso educativo – formativo definito con il coinvolgimento del tutore, che lo accompagni al compimento della maggiore età e gli permetta di acquisire, oltre ad una forma di completa autonomia di vita, competenze e capacità professionali tali da consentire di inserirsi nel mondo del lavoro e di fargli

acquisire un permesso di soggiorno per lavoro subordinato o di continuare la formazione in un percorso di studi superiore.

DEFINIZIONI GENERALI

Denominazione Strutture residenziali per minori stranieri non accompagnati denominate “Gruppo Appartamento”
Descrizione Si tratta di un servizio educativo - assistenziale di tipo residenziale, rivolto ad una determinata fascia d’età, realizzato in condizioni di semiautonomia, pur in presenza di adeguate tutele, finalizzato ad accompagnare il minore al raggiungimento della maggiore età facilitando quel naturale processo di maturazione e di responsabilizzazione volto a consentire al minore di condurre la propria vita in piena autonomia.

Finalità La modalità di accoglienza ha la finalità di avviare il minore straniero non accompagnato, di età ricompresa tra i sedici e i diciassette anni, ad un percorso che lo porti a conseguire autonomia personale, relazionale, economica nella gestione della propria vita quotidiana.

Destinatari Minori stranieri non accompagnati, di età ricompresa tra i sedici e i diciassette anni, che nella prima fase di pronta accoglienza hanno evidenziato competenze e capacità auto gestionali compatibili con forme di accoglienza di tipo residenziale in condizioni di semiautonomia, e nei confronti dei quali la preliminare fase di osservazione abbia escluso la presenza di forme di vulnerabilità che richiedono interventi specializzati o forme di affidamento più tradizionali.

Capacità ricettiva Le strutture residenziali in semiautonomia, denominate “Gruppi Appartamento”, potranno ospitare, compatibilmente con le rispettive capacità alloggiative, fino ad un numero massimo di 6 msna.

CRITERI E MODALITÀ DI REALIZZAZIONE

Possono partecipare alla sperimentazione dell’accoglienza dei Minori Stranieri Non Accompagnati di età compresa fra i 16 e i 17 anni nelle strutture residenziali denominate “Gruppo Appartamento” gli enti già in possesso di autorizzazione e accreditamento per l’esercizio dell’attività di accoglienza dei minori nelle

Comunità di accoglienza.

L’accoglienza dei minori in argomento dovrà articolarsi in due fasi: una fase di prima accoglienza destinata alla conoscenza e attenta osservazione del minore al fine di valutare l’assenza di problematiche e, quindi, la possibilità di partecipare alla tipologia di accoglienza in semi-autonomia; una seconda fase, volta a fare acquisire al minore una sufficiente autonomia per la gestione della propria vita quotidiana.

Le due fasi possono essere svolte anche da Enti Gestori distinti, seppur necessariamente operanti in stretta sinergia tra loro, mediante azioni di raccordo poste in essere dai servizi sociali dell’Ente Locale competente.

PRIMA ACCOGLIENZA

L’Ente Gestore deve assicurare una fase iniziale di pronta accoglienza dei msna, della durata di due mesi, presso le comunità educative per minori, propedeutica all’eventuale avviamento dei minori nelle strutture residenziali in semiautonomia denominate “Gruppo Appartamento”.

Questa fase di prima accoglienza assume carattere fondamentale e dovrà quindi essere caratterizzata da una accurata osservazione e conoscenza dei minori accolti, a tutela degli stessi e al fine di stabilire la loro idoneità ad accedere alla seconda fase di semiautonomia.

Durante la prima accoglienza il minore dovrà essere accolto in una comunità educativa per minori per cui dovranno essere garantiti i servizi che caratterizzano tale tipologia di struttura.

Inoltre:

- il minore dovrà essere ospitato in un ambiente protetto, confortevole e adatto alle sue esigenze;
- dovrà essere garantito un primo screening medico-sanitario volto a stabilire lo stato di salute del minore;
- dovrà essere presente nella struttura una equipe multidisciplinare, composta, oltre che dagli educatori, e dal coordinatore, da uno psicologo, da un mediatore linguistico - culturale nonché dall’assistente sociale del comune competente. L’equipe dovrà calendarizzare una serie di incontri volti a conoscere in maniera il più approfondita possibile la situazione del minore, la sua storia

personale e familiare, la sussistenza di eventuali problematiche di tipo psicologico/psichiatrico, al fine, in tale ipotesi, della segnalazione ai servizi competenti. L'equipe, sulla base di tali approfondimenti, riportati in una apposita relazione, elaborerà un programma educativo e valuterà l'idoneità del minore ad accedere al regime di semi autonomia nell'ambito del "Gruppo appartamento. L'equipe infine dovrà fornire al minore le prime informazioni in ordine allo stato giuridico del msna, della possibilità di richiedere la protezione internazionale in presenza di particolari presupposti, la possibilità, e le relative modalità, di richiedere il rientro nel Paese d'origine;

l'equipe multidisciplinare dovrà assicurare inoltre l'introduzione del minore ospite alle regole della convivenza, un adeguato supporto educativo e relazionale nell'inserimento del minore nel gruppo di riferimento, nella gestione della quotidianità, delle attività interne alla struttura, delle prime azioni di conoscenza del territorio;

dovrà essere garantita all'interno della struttura la presenza quotidiana, obbligatoriamente residenziale dalle ore 20.00 alle ore 8.00, sette giorni su sette; di un operatore, adeguatamente formato ed aggiornato, con funzioni di vigilanza, gestione dei locali e del gruppo di ospiti conviventi

dovrà essere garantito un servizio di reperibilità telefonica per l'accesso alle strutture adibite all'accoglienza, attivo 24 ore su 24, festivi compresi;

dovrà essere effettuata la segnalazione alle competenti Autorità di PS e avviata la procedura per regolarizzare il soggiorno secondo quanto previsto dalla vigente normativa. con conseguente accompagnamento del msna in Questura per il foto segnalamento, il rilascio del cedolino di richiesta del permesso di soggiorno e la domanda della tessera sanitaria. Con gli organi di pubblica sicurezza potrà essere valutata e condivisa l'opportunità di svolgere preventivamente un accertamento dell'età anagrafica del sedicente minore, per evitare la convivenza promiscua di minori con adulti;

dovrà essere avviato un percorso di prima alfabetizzazione alla lingua italiana internamente alla struttura;

SECONDA ACCOGLIENZA

Durante la seconda fase dell'accoglienza del msna, nelle strutture residenziali in semiautonomia denominate "Gruppi Appartamento", l'Ente Gestore deve assicurare i seguenti servizi:

deve essere garantito un ambiente confortevole e attento alle esigenze dei minori ospiti

l'appartamento deve possedere i requisiti igienico-sanitari e di abitabilità previsti dalla vigente normativa in materia. Lo stesso deve inoltre essere dotato di una stanza comune da dedicare alle attività di studio.

gli ambienti e le attrezzature della struttura devono essere sottoposti a pulizia giornaliera, con il coinvolgimento attivo degli ospiti che, organizzati in turni, dovranno assolvere alle faccende domestiche;

ogni struttura non potrà ospitare più di 6 ragazzi in contemporanea, con omogeneità di sesso ed esclusione di ogni promiscuità; se richiesto dalle effettive presenze sul territorio, l'Ente Gestore dovrà quindi garantire unità abitative distinte, possibilmente tra loro vicine, per soli maschi e per sole femmine;

deve essere garantita la presenza di n. 1 unità di personale educativo all'interno di ciascuna struttura, per un arco temporale di 24 ore settimanali con un minimo di 2 ore al giorno, sette giorni su sette; il personale educativo sarà presente all'interno dell'unità abitativa in modo flessibile, in base ai bisogni degli ospiti, fungendo da supporto nell'organizzazione della vita quotidiana dei minori, (pianificazione degli impegni quotidiani, del budget mensile da assegnare a ciascun minore per responsabilizzarlo, cura di sé, contatto relazionale) e delle varie attività di gestione domestica (turni pulizie, preparazione dei pasti, acquisti generi di prima necessità, ecc...). Lo stesso fungerà altresì da facilitatore di rete nel contesto del quartiere in cui l'unità abitativa è ubicata, per aiutare i ragazzi a prendere contatto e conoscenza con la realtà che li circonda e poter così usufruire dei servizi, delle opportunità e dei contatti umani che il quartiere può esprimere

□□dovrà essere garantita la presenza quotidiana all'interno dell'unità abitativa di un operatore, adeguatamente formato ed aggiornato, con funzioni di vigilanza, gestione dei locali e del gruppo di ospiti conviventi, dalle ore 20.00 alle ore 8.00, sette giorni su sette. La presenza sarà obbligatoriamente residenziale;

□□il personale educativo deve essere in possesso, alternativamente, del diploma di Educatore Professionale Animatore conseguito a seguito di corsi regionali triennali di formazione specifica, del diploma universitario di Educatore Professionale, del diploma di laurea di Educatore Professionale o di altro titolo riconosciuto equipollente dallo Stato e dalla Regione del Veneto, oppure deve essere in possesso del diploma di laurea in Scienze dell'educazione o Scienze della Formazione e dell'Educazione con indirizzo in Educatore Professionale, o altro titolo riconosciuto equipollente dallo Stato e dalla Regione del Veneto;

□□al minore ospite deve essere garantito un contributo mensile per il vitto e le spese personali. In particolare, deve essere messo a disposizione di ciascun ragazzo un pocket money di circa 150 euro, necessario per acquisti individuali quali abbonamenti ai mezzi pubblici, ricariche telefoniche, pagamento oneri per il rilascio dei documenti, eventuali altre spese alimentari o personali;

□□fino al 50% del monte ore settimanali di presenza obbligatoria del personale educativo all'interno dell'unità abitativa potrà essere coperto dalla figura del mediatore culturale;

□□l'Ente Gestore deve garantire, per ciascun minore accolto, la stesura di un Progetto educativo personalizzato, definendo un percorso educativo - formativo individuale e calibrato in base alla personalità, alle attitudini e alle competenze di ciascun ospite. Nel Progetto educativo personalizzato verranno dettagliati gli aspetti di maggiore fragilità del msna sui quali intervenire negli ambiti fondamentali e più delicati della cura di sé, della gestione economica, della pianificazione degli impegni quotidiani attinenti alla sfera privata e di tipo scolastico/lavorativo, individuando tutti gli ostacoli che possono impedire o semplicemente ritardare il raggiungimento, da parte del minore, di una spiccata autonomia, evidenziando infine gli obiettivi da raggiungere in termini di maggiore autonomia e quantificando i tempi di realizzazione delle necessarie azioni. Il PEI dovrà essere oggetto di monitoraggio trimestrale da parte dell'Ente Gestore. A tal fine deve essere redatta una cartella personale per ogni minore ospite, contenente le informazioni e i dati personali, le attività realizzate in attuazione del PEI e i risultati del monitoraggio trimestrale; l'Ente Gestore deve redigere altresì un report annuale di valutazione dei risultati conseguiti dal PEI in relazione a ciascun ospite;

□□dovrà essere garantita l'organizzazione di attività diurne, in un Centro Specializzato, attivo dalle ore 9 alle ore 17, dal lunedì al venerdì, al quale gli ospiti dei Gruppi Appartamento dovranno accedere secondo tempi e modalità definiti nel PEI. Nell'ambito di tali attività verranno realizzati:

- interventi di alfabetizzazione alla lingua italiana;
- supporto didattico di chi frequenta la scuola secondaria di primo grado;
- orientamento professionale e alla formazione professionale;
- accompagnamento all'inserimento lavorativo (stesura curricula, bilancio di competenze, informazione);
- attività ludico ricreative;
- attività periodiche di educazione alla legalità, alla sessualità consapevole.

I ragazzi potranno altresì essere avviati alla frequenza di corsi di formazione professionale;

□□all'interno di ciascuna unità abitativa, dovrà essere garantita a ciascun ospite la possibilità di personalizzare ritmi di vita e spazi a disposizione, nel rispetto e in armonia con i ritmi e gli spazi degli altri minori conviventi;

□□dovrà essere promosso l'inserimento degli ospiti nel contesto urbano e sociale del territorio in cui ciascuna unità abitativa è ubicata, attraverso la conoscenza e l'uso dei servizi essenziali (scolastici, ricreativi, educativi, sociali, socio- sanitari);

L'Ente Gestore dovrà redigere, per ciascun minore accolto e al termine dell'accoglienza, un report che documenti il grado di autonomia raggiunto dal msna .

Il Comune territorialmente competente dovrà verificare il possesso in capo all'Ente gestore dei requisiti prescritti dalle presenti direttive e il rispetto delle disposizioni di cui alla direttive stesse nella realizzazione dei progetti di accoglienza.

I Comuni interessati dai progetti in discorso dovranno inviare alla Regione entro sessanta giorni dalla conclusione della sperimentazione apposita relazione ove, nel descrivere le attività realizzate, porranno in evidenza eventuali criticità o punti di forza della stessa allo scopo di definire/ottimizzare il modello di accoglienza in semiautonomia.

INTERVENTI ASSISTENZIALI

BASILICATA

DGR 17.11.15, n. 1485 - LL.RR. 30/81, 22/82, 26/89, 5/2015 (art. 21) e 18/2015 - Determinazione dei benefici economici da corrispondere ai dializzati, ai talassemici e ai cittadini affetti da altre malattie del sangue, nonché sottoposti a trapianto renale o di midollo osseo e che necessitano di interventi terapeutici e di controllo in forma continuativa. Anno 2015. (BUR n. 52 del 16.12.15)

Note

Vengono individuati - fra gli altri - quali destinatari del contributo previsto dalla L.R. 22/82, così come modificata dalla legge regionale 26/89 tutti i cittadini affetti da infezione da HIV, purché soggetti a terapie e controlli continuativi.

Vengono esclusi dalla fruizione del contributo di cui al punto precedente tutti i pazienti già titolari, per la stessa patologia, dell'indennizzo previsto dalla legge 210/92.

I limiti ISEE e gli importi delle provvidenze, con decorrenza 1° gennaio 2015, come da L.R. n. 47 del 27 ottobre 2015, sono stabiliti in € 14.000,00 ed in € 21.000,00 per la concessione, rispettivamente in misura totale o ridotta del 50%, dell'assegno mensile - pari ad € 240,00 - da corrispondere ai cittadini di cui alle LL.RR. succitate, come da tabella seguente:

• ISEE: 0 - 14.000; Contributo: € 240,00;

Contributo aggiuntivo per la dialisi domiciliare;

€ 150,00;

• ISEE: 14.001 - 21.000; Contributo:

€ 120,00; Contributo aggiuntivo per la dialisi domiciliare;

€ 150,00.

Viene determinato per l'anno 2015 il contributo forfettario a titolo di rimborso spese destinato ai beneficiari delle leggi regionali n. 22/82 e 26/89 che si sottopongono regolarmente ed emotrasfusioni, anche tenendo conto delle modifiche apportate con L.R. 23 novembre 2004, n. 23, nel seguente modo:

– € 32,00 mensili a favore di cittadini affetti da talassemia ed altre patologie ematiche che effettuano terapia trasfusionale presso centri o strutture pubbliche o private situate anche nel comune di residenza la cui distanza dal domicilio è compresa tra 10 km e 50 km;

– € 43,00 mensili a favore di cittadini affetti da talassemia ed altre patologie ematiche distanti oltre 50 km e fino a 80 km dal centro trasfusionale;

– € 59,00 mensili a favore di cittadini affetti da talassemia ed altre patologie ematiche distanti oltre 80 km dal centro trasfusionale.

CAMPANIA

REG.REG. 23.12.15, n. 6 - "Regolamento di attuazione di cui all'articolo 5, comma 1 della Legge regionale 9 novembre 2015, n. 13 (Istituzione del fondo regionale per il sostegno socio-educativo, scolastico e formativo dei figli delle vittime di incidenti mortali sul lavoro)". (BUR n. 78 del 23.12.15)

Art. 1

Oggetto

1. In attuazione dell'art. n. 5 comma 1, della legge regionale 13/2015 (Istituzione del fondo regionale per il sostegno socio-educativo, scolastico e formativo dei figli delle vittime di incidenti mortali sul lavoro) il

presente regolamento disciplina e definisce i criteri, le modalità di richiesta, i termini per la presentazione delle domande, l'entità massima dei contributi da corrispondere, l'erogazione del contributo per il sostegno socio educativo, scolastico e formativo dei figli delle vittime degli incidenti mortali sul lavoro.

Art. 2

Soggetti beneficiari

1. Hanno diritto ad accedere alle risorse destinate al fondo i figli di genitore deceduto per incidenti mortali sul lavoro, verificatisi anche in itinere come previsto dall'art. 12 del DLgs. 23 febbraio 2000 n. 38, o anche nei casi in cui la vittima risulti sprovvista della copertura assicurativa obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n.1124, in possesso dei seguenti requisiti:

- a. Status di figlio di un genitore deceduto a seguito di infortunio sul lavoro;
- b. Età non superiore a ventotto anni;
- c. Genitore residente, al momento del decesso, in uno dei comuni della Regione Campania;
- d. Iscrizione ad un servizio socio-educativo per l'infanzia, scolastico di ogni ordine e grado, Università o corso di formazione professionale riconosciuto dalla Regione Campania;
- e. Reddito del nucleo familiare, accertato ai sensi del DPCM 5 dicembre 2013, n. 159.

Art. 3

Spese finanziabili

1. Le risorse sono destinate solo al rimborso delle spese sostenute e documentate per l'iscrizione e la frequenza ai servizi socio-educativi per l'infanzia, delle scuole di ogni ordine e grado, pubbliche, paritarie e private riconosciute, le Università ed i corsi di formazione professionale riconosciuti dalla Regione Campania, di seguito indicate:

- a. Tasse di iscrizione;
- b. Rette di frequenza;
- c. Acquisto dei libri di testo;
- d. Acquisto di ausili scolastici per diversamente abili secondo quanto previsto dall'art. 13 della L. 5 febbraio 1992, n. 104;
- e. Servizio mensa;
- f. Abbonamento, per uso scolastico, al servizio di trasporto pubblico.

Art. 4

Modalità operative

1. Entro il 31 dicembre di ogni anno, l'ufficio competente pubblica un avviso per la raccolta delle richieste di contributo dei soggetti beneficiari all'art. 2 del presente regolamento per l'anno scolastico o accademico in corso.

2. Il valore massimo del contributo è determinato in relazione alla fascia ISEE (ordinario) ed al percorso formativo frequentato (ALLEGATO A).

3. La Giunta Regionale stabilisce ogni anno i valori massimi dell'ISEE di riferimento.

4. Nel caso in cui le domande ammissibili risultino superiori alla soglia delle risorse destinate al fondo si procede alla redazione di una graduatoria dei beneficiari con riferimento ai valori ISEE, partendo dall'indicatore di reddito più basso, ovvero sono finanziati prioritariamente gli studenti con i valori ISEE più bassi.

5. L'erogazione del contributo avviene in due soluzioni e solo a rimborso delle spese sostenute ammissibili:

- a. Prima erogazione con importo massimo del 60% del finanziamento assegnato, può essere richiesto, al termine delle attività amministrative con la pubblicazione della graduatoria degli aventi diritto, con apposita istanza agli uffici competenti dai soggetti beneficiari.

All'istanza deve essere allegata la documentazione contabile che attesti le spese fino a quel momento sostenute;

b. Saldo finale - pari alla differenza tra l'importo erogato e l'importo riconosciuto, deve essere richiesto con apposita istanza agli uffici competenti dal soggetto beneficiario solo al termine del percorso formativo. All'istanza deve essere allegata la documentazione amministrativa e contabile che attesti la frequenza al corso e le spese sostenute ad eccezione di quelle già presentate e rimborsate in prima erogazione.

ISTRUZIONE

PUGLIA

DGR 30.11.15, n. 2108 Piano regionale per il diritto allo studio per l'anno 2015.

Note

PREMESSA

La Legge Regionale n. 31 del 4.12.2009 "Norme regionali per l'esercizio del diritto all'istruzione e alla formazione", ha come obiettivo quello di promuovere e sostenere azioni volte a rendere effettivo il diritto allo studio, programmando interventi diretti a rimuovere gli ostacoli di ordine economico, sociale e culturale al fine di rendere effettivo per tutti il pieno esercizio del diritto all'istruzione e alla formazione.

All'art.5 della L.R. 31/2009 sono individuate le tipologie di intervento in attuazione delle finalità ricomprese nella medesima legge regionale.

Alla Regione sono attribuite, ai sensi dell'art.7 L.R. 31/2009, le funzioni di programmazione generale, di indirizzo, coordinamento e sperimentazione nelle materie della legge in questione, attraverso l'elaborazione di indirizzi programmatici triennali e l'approvazione del Piano annuale degli interventi dei cui all'art. 5, tenendo conto dei fondi per i quali si è verificata l'effettiva disponibilità.

Spetta agli Enti locali esercitare le funzioni amministrative relative agli interventi della L.R. 31/2009, attraverso la predisposizione di un programma, elaborato con il concorso delle istituzioni scolastiche statali e paritarie, contenente gli interventi indicati nell'art. 5, provvedendo altresì alla gestione delle relative risorse e trasmettendo alla Regione una relazione annuale sull'utilizzo dei fondi regionali e sul raggiungimento degli obiettivi della programmazione, nonché sulle esigenze e le particolarità del loro territorio.

Il Piano regionale per il diritto allo studio costituisce una priorità nell'ambito delle politiche regionali in quanto garantisce servizi essenziali a supporto del diritto allo studio.

L'ATTIVITA' ISTRUTTORIA

In base all'istruttoria espletata dal Servizio Diritto allo studio, avvalendosi della collaborazione dei Gruppi Provinciali di Lavoro di Brindisi, Foggia, Lecce e Taranto e dell'ex Crsec di Andria per la Bat, sulla base della programmazione formulata dai Comuni e dei rendiconti relativi all'anno 2014, trasmessi alla Regione, da cui è possibile rilevare quanto segue:

Notizie di carattere generale

Sono stati rilevati e messi a confronto i dati relativi alla popolazione residente: quelli alla data del Censimento del 2011 e quelli alla data del 31.12.2013; complessivamente la popolazione pugliese è cresciuta nel periodo che va dal 31.12.2011 al 31.12.2013 dell'0,95%.

Contributi richiesti

Come per gli anni precedenti sono stati rilevati i dati riepilogativi forniti dai Comuni in ordine alla spesa prevista per la realizzazione dei vari servizi, pari ad € 122.727.075,09 e l'entità dei contributi richiesti alla Regione che assommano ad € 46.151.447,39 a fronte dei quali lo stanziamento del Bilancio regionale per l'esercizio 2015, L.R. 53/14 Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2015" è di € 8.800.000 (Cap. 911070) e di € 1.000.000 (Cap. 911080).

Scuole dell'infanzia

Sono stati rilevati per ciascun Comune i dati relativi alla popolazione scolastica, plessi, sezioni ed alunni delle Scuole dell'infanzia: statali, comunali e paritarie private, con l'annotazione, per le

scuole statali, delle sezioni e degli alunni con doppio organico, cioè quelle che effettuano orario prolungato. Sono attive in Puglia 3.901 sezioni di scuola dell'infanzia statale che si aggiungono a 143 sezioni degli Enti locali e 991 sezioni di scuole dell'infanzia paritarie convenzionate con gli Enti locali, per un totale di 5.035 sezioni.

Scuole Primarie

Sono stati rilevati i dati sulla popolazione scolastica: plessi 761, classi 9.246 ed alunni 188.849 delle Scuole primarie comprese le classi e gli alunni che effettuano uno o più rientri pomeridiani al sensi della normativa vigente.

Scuole Secondarie di 1° e 2° grado

Sono stati anche rilevati i dati sulla popolazione scolastica (plessi, classi ed alunni) delle Scuole secondarie di 10 grado (498-5.684-127.287) e di 2° grado (524-9.583-211.156), comprese le classi e gli alunni della Scuola con "tempo prolungato".

Servizio di mensa

Dal Programmi comunali, sono stati rilevati gli elementi relativi a tale servizio così come organizzato nei van i Comuni. Per ogni ordine scolastico sono indicati: la media degli alunni che partecipano al servizio di mensa, il numero dei giorni per ogni settimana in cui viene effettuato il servizio e la durata complessiva del servizio in giorni, ridotta, quest'ultima al fini dell'assegnazione del contributo ad un limite massimo di 180 giorni. Usufruiscono del servizio mensa in Puglia: 64.950 alunni di Scuola dell'Infanzia statale; 10.065 alunni delle scuole dell'infanzia comunali e paritarie private; inoltre 30.550 di Scuola primaria e 2.326 di Scuola secondaria di 10 grado. E' stata anche rilevata la spesa media giornaliera per ogni pasto (media regionale € 4,20), l'entità della contribuzione delle famiglie (media regionale € 44,52 mensili), nonché il tipo di gestione del servizio.

Servizio di trasporto

Sono state fornite dai Comuni informazioni dettagliate inerenti l'estensione del servizio svolto. Sono state indicate le località coperte dal servizio di trasporto (frazioni o borgate, rioni staccati dal centro urbano, periferia e centro urbano, case sparse nell'agro). Dal dati precedenti e quindi dal tipo di insediamento sul territorio è stato anche ricavato un indice di complessità per il servizio di trasporto, attribuendo i valori 1, 2, 3, 4 e 5 se il servizio viene effettuato nei van i ambiti. L'indice massimo fissato in 5 è stato attribuito in presenza di altre caratteristiche (superficie del territorio comunale superiore al 100 Km², territorio montano). Si conoscono i dati sugli alunni trasportati per ogni tipo di scuola (complessivamente sono 32.369, rispetto ai 33.975 del 2014). Sono noti i dati sugli scuolabus utilizzati per il servizio (complessivamente 850 rispetto al 883 del 2014) ed il tipo di gestione del servizio, nonché la spesa totale per i van i tipi di servizio.

IL PIANO DI RIPARTO REGIONALE

Dall'analisi dei dati sopra descritti, è stato predisposto il Piano regionale per il Diritto allo studio, provvedendo alla formulazione del riparto dei fondi sulla base dei seguenti criteri:

- popolazione scolastica,
- servizi scolastici posti in essere e necessità di ampliamento degli stessi,
- condizioni socio-economiche dei Comuni,
- tipo di insediamento sul territorio,
- impegni assunti dal Comune.

I CRITERI PER LA QUANTIFICAZIONE DEL CONTRIBUTO

Vengono riportate di seguito indicazioni più dettagliate in ordine ai criteri adottati per la quantificazione dei contributi finanziari che vengono assegnati a ciascun Comune e riportati nell'Allegato alla presente deliberazione.

Allegato - Contributi assegnati

E' il prospetto riepilogativo dei contributi assegnati ai Comuni, quantificati secondo criteri obiettivi, essenzialmente mediante l'utilizzazione dei dati forniti dagli stessi Comuni e qui di seguito specificati.

Per il Servizio mensa, viene previsto il contributo di € 0,40 per ogni pasto preventivato dal Comune

nel proprio Programma comunale, per un massimo di 180 giorni di servizio. Alla spesa per il servizio, che considerato indispensabile sia nella Scuola dell'Infanzia con orario prolungato e con doppio organico che nella Scuola Primaria per il tempo prolungato, concorrono sia le famiglie, con una contribuzione obbligatoria per legge, che i Comuni con fondi del Bilancio comunale.

Per i Comuni aderenti all'Unione dei Comuni della Costa Orientale viene riconosciuto un contributo per il servizio di mensa che viene garantito in forma associata dagli stessi Comuni e assegnato al Comune di Santa Cesarea Terme, Comune capofila dell'Unione.

L'importo assegnato per il servizio di mensa ammonta ad € 6.754.805 rispetto ad € 6.153.832 assegnati per l'anno 2014.

Per la quantificazione dei contributi che si assegnano per il Servizio di trasporto si è tenuto conto dell'indice di complessità del servizio. Vengono concessi contributi unitari di € 1.200 per ogni scuolabus di proprietà comunale che viene utilizzato per il servizio, anche se affidato per la guida a terzi mediante convenzione, per tutti i Comuni che hanno un indice di complessità del servizio pari a 4 o 5; per i Comuni con indice 3 il contributo unitario per scuolabus è ridotto ad € 1.100, per quelli con indice 2 o 1 l'importo unitario è pari ad € 1.000.

Per quei Comuni che effettuano il servizio di trasporto degli alunni non direttamente ma a mezzo convenzione con terzi con la messa a disposizione di tutti gli automezzi da parte dell'impresa, il contributo assegnato è pari al 10% della spesa prevista. Se il servizio è misto, con l'utilizzazione di automezzi comunali, il contributo è pari al 8% della spesa prevista.

Per alcuni Comuni che, non avendo le scuole nell'ambito del proprio territorio comunale, hanno fatto richiesta di contributi per gli alunni pendolari che sono costretti a recarsi nei paesi limitrofi dove sono ubicate le scuole, viene assegnato un contributo per facilitazioni di viaggio da un minimo di € 1000 ad un massimo di € 5000 in base al numero degli alunni pendolari.

Al Comune di Santa Cesarea Terme capofila dell'Unione dei Comuni della Costa Orientale viene assegnato un contributo straordinario di € 15.000 per l'acquisto di un nuovo scuolabus per esigenze particolari evidenziate da apposita relazione.

L'importo complessivamente assegnato per il servizio di trasporto ammonta ad € 1.866.893 rispetto ad € 1.919.756 assegnati nell'anno 2014.

Al Comune di Santa Cesarea Terme si assegna la somma di € 1.172, erroneamente non assegnata per interventi van i nell'anno 2014.

L'importo globale per gli interventi di cui all'art. 5 comma 1 della L.R. 31/2009 ammonta ad € 8.800.000.

Gi importi assegnati ai singoli Comuni sono riportati nell'Allegato alla presente Deliberazione (a cui si rinvia).

Contributi per le scuole dell'infanzia paritarie private

Per le scuole paritarie private senza fini di lucro convenzionate con i Comuni, viene previsto un contributo di € 1009,00 a sezione.

L'importo globale ammonta ad € 1.000.000. Gli importi assegnati ai Comuni con il presente piano sono riportati nell'Allegato alla presente deliberazione.

I contributi regionali assegnati, dovranno essere utilizzati per gli scopi cui sono stati finalizzati, senza alcuna deroga, restando pertanto rigidamente vincolati nella loro destinazione.

Impegno, liquidazione e rendicontazione dei contributi

L'impegno e la liquidazione dei contributi così assegnati ai Comuni viene demandata al dirigente della Sezione Scuola Università e Ricerca che adotterà apposite determinazioni.

Contestualmente si procederà al recupero di eventuali economie dei contributi regionali erogati per l'anno 2014 o per gli anni precedenti, rilevate dall'esame dei rendiconti presentati dai Comuni. Tali economie saranno portate in detrazione dai contributi assegnati e ne costituiranno un primo acconto.

Ai sensi dell'art. 9, comma 2, lett. c, della L.R. 31/2009, i Comuni dovranno trasmettere la rendicontazione dei fondi assegnati per il corrente anno 2015 entro il 28.2.2016 completa di una relazione annuale sull'utilizzo dei fondi regionali e sul raggiungimento degli obiettivi della programmazione. In sede di esame della rendicontazione si procederà al recupero, totale o parziale,

del fondi concessi se i servizi previsti non saranno stati affatto realizzati o ridotti a meno dell'80%.

COPERTURA FINANZIARIA

Il presente provvedimento comporta una spesa di € 9.800.000.

MINORI

LAZIO

Determinazione 14 dicembre 2015, n. G15718 - Approvazione dello "Schema di Accordo", tra la Regione Lazio con La Città Metropolitana di Roma Capitale per la realizzazione del Programma "Rete di centri regionali di eccellenza per il contrasto degli abusi e maltrattamenti". (BUR n. 102 del 22.12.15)

Note

INTRODUZIONE NORMATIVA

Legge del 27/05/1991 n. 176 *“Ratifica ed esecuzione della Convenzione Internazionale sui Diritti dell’Infanzia, fatta a New York il 20 novembre 1989”*;

Legge del 3 agosto 1998 n. 269 *“Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno del minore, quali nuove forma di riduzione della schiavitù”*.

Legge 28 novembre 2000, n. 328: *“Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”*;

Legge regionale 6 agosto 1999, n. 14: *“Organizzazione delle funzioni a livello regionale e locale per la realizzazione del decentramento amministrativo”* e successive modificazioni;

Legge 4 maggio 1983, n. 184: *“Diritto del minore ad una famiglia”* e successive modificazioni ed integrazioni;

Legge regionale del 9 settembre 1996, n.38 *“Riordino programmazione e gestione degli interventi e dei servizi sociali”*;

Legge regionale del 7 dicembre 2001, n. 32: *“Interventi a sostegno della famiglia”* ed in particolare l’art. 2 che prevede che la Regione, nell’esercizio della propria attività di indirizzo, coordinamento e programmazione, persegue, tra i propri obiettivi, la tutela, l’assistenza e la consulenza a favore dei componenti del nucleo familiare che subiscono maltrattamenti, in particolare dei minori vittime di abusi e di violenza sessuale o di altro tipo;

L’art. 15 della legge del 7 agosto 1990 n. 241 che stabilisce che le amministrazioni pubbliche possono sempre concludere tra loro accordi per disciplinare lo svolgimento in collaborazione di attività di interesse comune;

Llegge 7 aprile 2014, n. 56, c.d. Legge Delrio, *«Disposizioni sulle città metropolitane, sulle province, sulle unioni e fusioni di comuni»*, in particolare:

- l’articolo 1, commi 44 e 85, che individua le funzioni fondamentali, rispettivamente, delle Città metropolitane e delle province;

- l’articolo 1, comma 89, il quale dispone che lo Stato e le regioni, secondo le rispettive competenze, provvedano al trasferimento delle funzioni delle province, diverse da quelle fondamentali di cui al citato

comma 85;

- l’articolo 1, comma 92, che con Decreto del Presidente del consiglio dei Ministri, stabilisce i criteri generali per l’individuazione dei beni edelle risorse finanziarie, umane, strumentali e organizzative, connesse all’esercizio delle funzioni di cui al punto 2), da trasferire agli enti subentrati;

- l’art. 1, comma 95, fatta salva l’applicazione di quanto previsto dall’accordo dell’11 settembre 2014 sancito dalla Conferenza Stato- Regioni, che prevede la stesura della bozza di proposta di legge regionale;

DGR 12 giugno 2015 n. n. 277 Proposta di legge regionale concernente *“Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alla città metropolitana di Roma capitale, a Roma capitale e riallocazione delle funzioni amministrative a livello locale”*.

In particolare l'art. 5 della su esposta proposta di legge (Servizi di inclusione sociale e istruzione scolastica) prevede che nelle more del riordino della legislazione regionale in materia di interventi e servizi sociali e comunque entro il 31 dicembre 2016, la città metropolitana di Roma capitale e le province esercitano le funzioni i compiti amministrativi concernenti tra le altre l'assistenza ed il sostegno alle donne e minori vittime di violenza attraverso la realizzazione ed il finanziamento di servizi territoriali e strutture residenziali ad essi dedicati, in concorso con lo Stato, la Regione e i comuni.

DGR 31 ottobre 2006, n. 793: "Interventi a sostegno dei minori vittime di maltrattamenti".

Determinazione dirigenziale del 14 settembre 2015 n. G10902 "Costituzione del Tavolo Tecnico Regionale per il monitoraggio delle procedure operative relative alla tutela delle vittime minorenni di abuso sessuale online".

DGR n. 585 del 27 ottobre 2015 che ha destinato al finanziamento della Misura 4.3 "Interventi per la tutela dei minori" dei Piani di Zona 2015 la somma di euro 500.000,00..

LA CONFERMA DELLE FUNZIONI ASSISTENZIALI SPECIFICHE

Nella predetta deliberazione si sottolinea che per qualificare gli interventi oggetto della suddetta Misura e garantire a tutti i bambini del Lazio in modo omogeneo, gli interventi per la prevenzione del maltrattamento attraverso un'azione di coordinamento, si ritiene opportuno individuare una nuova modalità operativa rispetto alle linee guida dettate con la D.G.R. 136/14, destinando il finanziamento per l'anno 2015, di euro 500.000,00, alla città metropolitana di Roma per la realizzazione del Programma "Rete di centri regionali di eccellenza per il contrasto degli abusi e maltrattamenti", rinviando a successivo atto specifiche direttive circa le modalità di utilizzazione delle risorse;

LE CRITICITÀ RAPPRESENTATE

Con la nota dell'Ufficio IX- 2 della città metropolitana di Roma Capitale del 4/12/2015 il suddetto Ente rappresenta una situazione di grave criticità nella continuità gestionale di centri di eccellenza nella tutela dei minori e di contrasto al maltrattamento minorile evidenziando in particolare la situazione del Centro Fregosi che rappresenta nel Lazio un importante e qualificato punto di riferimento per le famiglie alle quali garantisce un servizio ad elevata specializzazione nell' aiuto di minori vittime di abuso e maltrattamento, nonché di interesse nazionale per la comunità scientifica.

IL RICONOSCIMENTO DELLA FUNZIONE DEL CENTRO FREGOSI

Viene ritenuta utile dare continuità funzionale e operativa al Centro Fregosi che, nelle more del riordino delle funzioni e compiti amministrativi della città metropolitana di Roma Capitale, possa comunque operare sia nei confronti della cittadinanza che come capofila di un sistema di centri regionali per la prevenzione e cura del maltrattamento e abuso minorile e familiare qualificati e selezionati con successivo atto operanti sul territorio regionale.

L'ACCORDO REGIONE LAZIO CITTA' METROPOLITANA ROMA CAPITALE

Viene approvato l'allegato schema di accordo, (allegato A) con il quale si definiscono i criteri e le modalità con le quali la Regione Lazio e la città metropolitana di Roma Capitale realizzano il Programma "Rete di centri regionali di eccellenza per il contrasto degli abusi e maltrattamenti"

Viene rimandato ad un successivo atto l'emanazione di linee guida per l'individuazione di centri regionali qualificati per la prevenzione e la cura del maltrattamento e abuso minorile e familiare.

Allegato A

SCHEMA DI ACCORDO CON LA CITTA' METROPOLITANA DI ROMA
CAPITALE

per

la realizzazione del Programma

"Rete di centri regionali di eccellenza per il contrasto degli abusi e maltrattamenti"

PREMESSA

1- Finalità

L'Accordo regionale mira a garantire la realizzazione di una rete di Centri regionali di eccellenza per il contrasto degli abusi e maltrattamenti a danno dei minori, attraverso azioni coordinate e sistematiche messe in atto dagli Enti firmatari.

La finalità irrinunciabile dell'azione di coordinamento è quella di promuovere e sostenere interventi per la prevenzione e il contrasto al maltrattamento e all'abuso all'infanzia e all'adolescenza, attraverso una sinergia tra gli Enti firmatari dell'accordo, i servizi socio-sanitari territoriali e gli organismi giudiziari (Tribunale per i Minorenni/Tribunali Ordinari) che favorisca la condivisione progettuale, decisionale, metodologica ed operativa a beneficio dei minori sottoposti a situazioni interpersonali potenzialmente traumatiche.

Il coordinamento di azioni diversificate ed integrate permette l'avvio di processi riparativi multilivello: riparazione sociale, terapeutica, giudiziaria.

In tale contesto si individua come obiettivo più generale garantire alla popolazione minorile del territorio della Regione Lazio qualificati e mirati interventi professionali nelle situazioni di rischio psico-fisico, conseguente alla mancata tutela e protezione.

2 - Enti firmatari dell'Accordo

L'Accordo di programma coinvolge:

- la Regione Lazio, soggetto promotore dell'Accordo, rappresentata da _____;
- la Città metropolitana di Roma Capitale, soggetto attuatore dell'accordo, rappresentato da _____;

3 - Campo di applicazione

Il presente documento trova applicazione a livello regionale e diventa riferimento per eventuali Accordi territoriali promossi dalla Città metropolitana di Roma Capitale e dai Comuni, comprese le loro articolazioni amministrative dotate di autonomia, amministrativa, finanziaria e gestionale nei limiti previsti dalla legge e dagli statuti.

L'Accordo regionale di programma è rivolto ai bambini e adolescenti esposti a rischio di abuso e maltrattamento, segnalati dal servizio sociale e/o dall'autorità giudiziaria, nonché alle loro famiglie in un'ottica di valutazione, diagnosi, trattamento e sostegno alla genitorialità.

Sono pertanto interessati all'Accordo i Comuni, le AA.SS.LL, gli Istituti scolastici, le Forze dell'Ordine, Tribunale per i Minorenni e Ordinari, Organismi del privato sociale attivi nel contrasto dell'abuso.

4 - Impegni dei soggetti firmatari

4.1- Regione Lazio

La Regione Lazio, nel rispetto dei principi costituzionali e in armonia con gli articoli 6 e 7 dello Statuto regionale, e successive modificazioni, si impegna a destinare alla Città metropolitana di Roma Capitale le risorse finanziarie necessarie all'attuazione delle politiche di tutela dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza sanciti dalle convenzioni internazionali, promuovendo ogni iniziativa necessaria a garantire ai bambini la protezione e le cure necessarie per il loro benessere, mediante la realizzazione di una rete di Centri regionali di eccellenza per il contrasto degli abusi e maltrattamenti a danno dei minori, attraverso:

1. l'adozione di un atto dirigenziale con cui si individua il "Centro provinciale Giorgio Fregosi per i bambini ed adolescenti vittime di abuso e maltrattamento" della Città Metropolitana di Roma Capitale, quale Centro capofila di eccellenza nel settore per la prevenzione ed il contrasto al maltrattamento e all'abuso, ad alto contenuto specialistico, rispondente a standard qualitativi di rilievo, nel rispetto delle linee guida sull'abuso e sul maltrattamento ad oggi presenti, della normativa vigente nazionale e sovranazionale.

Il Centro è individuato quale promotore di un percorso d'integrazione di azioni mirate alla protezione dei minori vittime di abuso e maltrattamento; tale percorso si realizza attraverso la costruzione di un sistema a rete con altri Centri specialistici del territorio regionale, che favorisce, in modo coordinato, tempestivo ed efficace, interventi nell'ambito sociale, clinico e giuridico, in una convergenza di obiettivi inalizzati alla protezione dei minori. Attraverso il confronto e lo scambio tra diversi modelli, metodologie, strumenti e prassi operative si favorisce inoltre la

realizzazione di interventi omogenei e coerenti su tutto il territorio regionale, consentendo altresì di far emergere e raccogliere elementi informativi sul fenomeno dell'abuso e maltrattamento, sotto il profilo quantitativo e qualitativo.

Il Centro, servizio consolidato ed operativo dal 1999:

- a) opera in un'ottica multidisciplinare entro una cornice di sinergica cooperazione interservizi nel rispetto del quadro giuridico/giudiziario di riferimento;
 - b) garantisce una costante comunicazione a) con la rete dei Servizi sociosanitari di I livello; b) con gli operatori psico-socio-giudiziari (tutori, amministratori di sostegno, curatori speciali, responsabili ed operatori delle strutture protette, Forze dell'ordine) che hanno in carico le situazioni che vengono inviate al Centro specialistico; c) con il personale della scuola (insegnanti e dirigenti scolastici); d) con i pediatri/medici di base; e) con altre figure afferenti ad Enti in convenzione che si occupano di maltrattamento e abuso qualora abbiano un ruolo nel sostegno alla famiglia o ai minori;
 - c) promuove azioni integrate con altri Centri specialistici e/o organismi del privato sociale, presenti nel territorio regionale, operanti nel settore della tutela dei minori e del sostegno alla genitorialità, in un'ottica di integrazione di area vasta;
 - d) prevede la presenza di diversificate aree specialistiche di intervento rappresentate in servizi specifici ed integrati, quali:
 - Servizio di accoglienza;
 - Servizio di affiancamento e supporto degli operatori dei Servizi del territorio;
 - Servizio di psicodiagnosi e valutazione delle competenze di accudimento;
 - Servizio di trattamento clinico;
 - Servizio di Spazio Neutro;
 - Servizio di supervisione interna ai Servizi del Centro;
 - e) prevede la presenza di un'equipe multiprofessionale;
 - f) realizza azioni di formazione, aggiornamento e supervisione rivolta agli operatori dei Servizi socio-sanitari del territorio allo scopo di favorire la diffusione e l'omogeneità di un modello comune di intervento sull'abuso e il maltrattamento perpetrato sui bambini;
 - g) prevede la rilevazione sistematica dei dati relativi ai minori presi in carico, finalizzata all'analisi dei bisogni del territorio e ad attività di ricerca;
- 2) l'attuazione di un programma di interventi attraverso l'adozione di un atto dirigenziale per l'emanazione di uno schema di avviso pubblico, da delegare alla Città metropolitana di Roma Capitale, finalizzato all'accreditamento di almeno n. 5 "Centri regionali di eccellenza per il contrasto degli abusi e maltrattamenti", che dovranno operare in forma integrata all'interno della Rete regionale;
- 3) l'adozione di un atto dirigenziale, in attuazione di quanto disposto con Delibera i Giunta Regionale n. 585 del 27/10/2015, con cui si impegna in favore della Città metropolitana di Roma Capitale la somma di € 500.000,00, fondi da utilizzare per l'annualità 2016, per la prosecuzione delle attività del Centro Giorgio Fregosi e il finanziamento dei Centri accreditati;
- 4) la promozione di accordi di programma territoriali che coinvolgano i comuni e i distretti socio-sanitari.

4.2 – Città metropolitana di Roma Capitale

La Città metropolitana di Roma Capitale, nel rispetto dei principi costituzionali e in armonia con lo Statuto della Città metropolitana di Roma Capitale, art. 1 commi 8 e 11 e art. 12 comma 4, considera tra gli obiettivi fondamentali della propria azione la promozione di pari opportunità tra gli abitanti del suo territorio in termini di diritto alla mobilità, alla salute, all'istruzione e ai servizi, garantendo pari opportunità nell'accesso alle cure e all'istruzione, e assicura la piena attuazione e la tutela dei diritti e degli interessi delle persone di minore età, con specifico riguardo al diritto ad essere accolte ed educate prioritariamente nella propria famiglia, favorendo la struttura di sistemi coordinati di gestione dei servizi pubblici sociali di area vasta, per la promozione dell'uguaglianza e dell'integrazione, nonché per il controllo dei fenomeni discriminatori, impegnandosi a:

1. adottare un atto dirigenziale con cui si garantisce la continuità delle attività del Centro Giorgio Fregosi, anche attraverso l'utilizzo del finanziamento regionale, e l'implementazione delle stesse al fine di promuovere la rete regionale dei Centri specialistici;
2. emanare l'avviso pubblico, previa delega della Regione, finalizzato all'accreditamento di almeno 5 "Centri regionali di eccellenza per il contrasto degli abusi e maltrattamenti", che dovranno operare in forma integrata all'interno della Rete regionale;
3. predisporre un atto dirigenziale, in attuazione di quanto disposto con Deliberazione di Giunta Regionale n. 585 del 27/10/2015, con cui si impegnano i fondi da utilizzare per l'annualità 2016, per il finanziamento dei Centri accreditati;
4. svolgere funzioni di coordinamento e monitoraggio della rete regionale.

6 – Validità dell'accordo

Il presente accordo di programma ha un periodo di validità di 1 anno e potrà essere integrato o modificato per adeguarsi a nuove disposizioni legislative o al mutare delle procedure organizzative degli enti firmatari, attraverso la convocazione della conferenza dei servizi dei soggetti firmatari dello stesso.

I sottoscrittori:

Il Direttore della "Direzione Regionale Politiche Sociali, Autonomie, Sicurezza e Sport"
Regione Lazio
Nereo Zamaro

Il Direttore del Dipartimento IX "Sviluppo sociale e politiche per l'integrazione" - Città metropolitana di Roma Capitale
Antonella Massimi
Roma

Determinazione 14 dicembre 2015, n. G15721 - Approvazione dello "schema di protocollo d'intesa per il centro di giustizia riparativa e di mediazione penale tra Regione Lazio, Tribunale per i Minorenni di Roma, Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni di Roma, Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità"(BUR n. 102 del 22.12.15)

Note

INTRODUZIONE NORMATIVA

Legge 28 novembre 2000, n. 328: "*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*";

"*Protocollo d'intesa tra la Regione Lazio e il Tribunale per i Minorenni di Roma*", approvato con deliberazione di Giunta regionale del 14 luglio 2011, n. 331 che all'art. 2 dell'allegato A prevede l'impegno per la Regione Lazio di realizzare un centro per la mediazione penale minorile onde promuovere la cultura della mediazione.

DGR 7 ottobre 2014 n. 658 "Pacchetto famiglia 2014: misure a sostegno delle famiglie del Lazio" nella quale al punto 2.2 si prevede la possibilità di realizzare "Progetti sperimentali per il sostegno a ai nuclei familiari più fragili".

DGR 30 dicembre 2014 n. 945 Modifica della deliberazione di giunta regionale n. 658/2014: "Pacchetto famiglia 2014: misure a sostegno delle famiglie del Lazio." con la quale è stato individuata l'IPAB "Asilo di Savoia" il soggetto attuatore dell'attività "progetti sperimentali" già individuata con la delibera di Giunta Regionale n. 658/2014;

E' indirizzo dell'amministrazione della giustizia minorile internazionale sostenere l'utilizzo di misure extra-giudiziarie che comportino la restituzione dei beni e il risarcimento delle vittime (O.N.U., New York, 29 novembre 1985) e che tale orientamento è espresso anche dalla Raccomandazione N.R (87) 20 sulle risposte sociali alla delinquenza minorile (Consiglio d'Europa, Strasburgo, 17 settembre 1987) che prevede per i minorenni l'opportunità di uscita dal circuito giudiziario e la ricomposizione del conflitto attraverso forme di "diversion" e "mediation", in cui viene raccomandato l'utilizzo di misure che comportino la riparazione del danno causato;

Le prime esperienze in materia di mediazione penale minorile sono state avviate a Torino nel 1995 ed hanno poi interessato numerose altre sedi tra le quali Milano, Bari, Trento e Catanzaro e che le

attuali sperimentazioni si caratterizzano per il carattere interistituzionale coinvolgendo conseguentemente il sistema penale e quello sociale.

GLI IMPEGNI DELLA REGIONE: IL RICHIAMO ALLA DGR 331/2011

La Regione Lazio desidera dare attuazione all' "Allegato A " alla DGR 14 luglio 2011, n. 331, che prevede all'articolo 2 la realizzazione di un centro per la mediazione penale minorile in un contesto protetto e distinto di luoghi istituzionali della Giustizia.

La Regione è impegnata a formulare risposte innovative sul versante organizzativo, nel campo della tutela dei minorenni anche in tema di pregiudizio e/o disagio, situazioni attraversate con frequenza crescente dall'infanzia e dalla adolescenza, orientandosi verso un ulteriore potenziamento della rete dei servizi, della efficacia degli interventi, nonché della sinergia tra reti formali ed informali al servizio della cittadinanza.

Il Centro di Mediazione Penale, può essere realizzato in fase di prima attuazione, come progetto sperimentale, ai sensi del punto 2.2 della citata delibera di Giunta regionale del 7 ottobre 2014 n. 658.

IL RUOLO DELL' IPAB "ASILO DI SAVOIA

La Regione, in attuazione di quanto disposto dalla citata deliberazione del 30 dicembre 2014 n. 945, fornirà con successivo atto indicazioni all' IPAB "Asilo di Savoia" sulle modalità di realizzazione del presente Protocollo per quanto attiene in particolare all'attività di affidamento dell'attività di mediazione a soggetto esperto nel settore della mediazione;

IL PROTOCOLLO

Viene approvato lo schema di protocollo allegato (allegato A) con il quale si definiscono i criteri e le modalità di istituzione del Centro per la Mediazione nell'ambito del procedimento penale minorile, che si farà carico della specifica attività destinata alle vittime ed ai minori entrati nel circuito penale a seguito di reati, la cui competenza giurisdizionale afferisce alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni di Roma, al Tribunale per i Minorenni di Roma ed al Centro per la Giustizia Minorile per il Lazio per quanto attiene alla competenza amministrativa.

Viene rimandato ad un successivo atto la definizione di indicazioni all' IPAB "Asilo di Savoia" sulle modalità di realizzazione del presente Protocollo per quanto attiene in particolare alle modalità di affidamento dell'attività di mediazione a soggetto esperto nel settore della mediazione.

PROTOCOLLO D'INTESA PER IL CENTRO DI GIUSTIZIA RIPARATIVA E DI MEDIAZIONE PENALE

TRA

REGIONE LAZIO

TRIBUNALE PER I MINORENNI DI ROMA

PROCURA DELLA REPUBBLICA PRESSO IL TRIBUNALE PER I MINORENNI DI ROMA

DIPARTIMENTO PER LA GIUSTIZIA MINORILE E DI COMUNITA'

PREMESSA

- La Mediazione si configura come un percorso innovativo di intervento nella gestione dei conflitti, in quanto attraverso di esso, da un lato, si attribuisce maggiore responsabilità alle parti, dall'altro, si consente loro di ridefinire i confini e gli ambiti del contrasto, con l'aiuto del mediatore, quale terzo indipendente e neutrale, al fine di ricomporre il conflitto, ristabilendo una comunicazione e consentendo l'elaborazione delle cause e dei motivi che hanno originato il conflitto medesimo.

- In ambito giudiziario minorile la mediazione assume anche un significato educativo molto forte ed ha lo scopo di diffondere forme diverse di risanamento e di riparazione del conflitto, anche quando lo stesso è degenerato in reato.

- Per quanto riguarda l'indagato/imputato minorenne la mediazione vuole avviare o rinforzare il percorso di responsabilizzazione per l'esercizio di capacità positive volte a riparare il danno prodotto nei confronti della vittima, confinata dall'attuale normativa ai margini anche del processo penale minorile.

- La Mediazione penale consente, infatti, alla vittima di esprimere, in contesto neutrale e protetto, il proprio vissuto personale rispetto alla offesa subita, e di ridurre i sentimenti di insicurezza e di rabbia generati dall'evento reato.
- L'Ente territoriale, quale rappresentante della comunità in cui il reato è stato commesso, ha la responsabilità e il dovere di promuovere e attivare strategie di responsabilizzazione, riappropriandosi così, la comunità locale, della gestione delle situazioni penalmente rilevanti, di cui sono autori soggetti minorenni e riattivando la comunicazione tra gli stessi e la comunità, mediante la instaurazione di un diverso e positivo rapporto tra il giovane – indagato o imputato – e l'altro soggetto, spesso anche esso minorenne, coinvolto nel conflitto.
- L'attività di mediazione -nel contesto del procedimento penale minorile e sotto l'egida dell'Autorità Giudiziaria deve:
 - dare centralità alla vittima di reato, soprattutto se minorenne, rafforzare i diritti, il sostegno e la tutela delle vittime, evitando il rischio di una vittimizzazione secondaria, intimidazioni e ritorsioni.
 - favorire l'assunzione di responsabilità da parte del minorenne attraverso la riparazione delle conseguenze del reato e, ove possibile, la riconciliazione con la vittima;
 - favorire interventi tesi a ristabilire la sicurezza ed il legame sociale, riducendo il livello di conflittualità e violenza presenti nei contesti locali;
 - La strategia della mediazione costituisce un servizio in favore della comunità locale per il ruolo attivo esercitato dalla vittima, soprattutto se minorenne, e per il riconoscimento sociale dei suoi interessi e diritti, ma corrisponde anche alle esigenze evolutive del minore offensore, perché ne favorisce l'acquisizione del senso di responsabilità.
 - Il Tribunale per i Minorenni di Roma, la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni di Roma e il Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità necessitano del supporto di professionalità specifiche e/o agenzie esterne alla Amministrazione della Giustizia che collaborino e offrano uno spazio specifico dedicato alla mediazione.
 - A tal fine si prevede la costituzione di un Centro per la Mediazione penale.
 - La collaborazione tra il Centro per la Mediazione penale e tutti i partners istituzionali del presente accordo operativo può favorire la condivisione di strumenti scientifico-culturali e di pratiche operative connessi all'attività della mediazione, creando – a livello locale – una cultura di tale strategia di intervento.

Considerando che:

- con delibera di Giunta regionale del 14.07.2011 n. 331 è stato approvato lo schema di protocollo tra la Regione Lazio e il Tribunale per i Minorenni di Roma per favorire la tutela dei soggetti minorenni;
- tale intesa intende strutturare un rapporto di collaborazione sinergica tra le due istituzioni per svolgere efficacemente azioni di tutela nei confronti di minori in stato di disagio;
- la Regione Lazio e il Tribunale per i Minorenni di Roma, ai sensi della sopraindicata delibera di Giunta regionale del 14.07.2011 n. 331, tra gli impegni ha inteso promuovere la realizzazione di un Centro per la Mediazione penale minorile;
- le finalità proprie del Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità, prevedono l'esecuzione delle misure penali disposte dall'Autorità Giudiziaria Minorile e la promozione, in collaborazione con altri partners istituzionali, di iniziative destinate anche alla prevenzione della delinquenza minorile;
- l'attività di mediazione deve essere espletata da un gruppo di operatori che abbiano avuto esperienza nel campo, nella Regione Lazio o in altre Regioni e che tale gruppo deve possedere i requisiti specifici per lavorare con la vittima e gli autori di reato, nonché una conoscenza base del sistema penale;

Considerando che:

- nell'ambito del procedimento penale davanti al Tribunale per i Minorenni non è ammesso l'esercizio dell'azione civile per le restituzioni e il risarcimento del danno cagionato dal reato, ai sensi dell'art. 10 decreto del Presidente della Repubblica del 22 settembre 1988, n. 488

- nel decreto del Presidente della Repubblica del 22 settembre 1988, n. 488 all'art. 9 viene consentito, com'è noto, al Pubblico Ministero minorile e/o al Giudice di acquisire informazioni utili a valutare la rilevanza del fatto e la personalità dell'indagato o dell'imputato, al fine di accertarne l'imputabilità e il grado di responsabilità, anche attraverso il parere di esperti;
- nel quadro di tale normativa, l'autorità procedente, dopo aver raccolto una ammissione sostanziale del fatto da parte del giovane, può chiedere al Centro per la Mediazione penale un giudizio sulla fattibilità di un incontro tra autore e vittima del reato;
- nell'ambito della sospensione del processo e messa alla prova, ex art. 28 decreto del Presidente della Repubblica del 22 settembre 1988, n. 488, è previsto che il Giudice possa impartire prescrizioni al minore, dirette a riparare le conseguenze del reato e a promuovere la conciliazione con la persona offesa;
- nella Circolare del febbraio 1999 dell'Ufficio Centrale per la Giustizia Minorile vengono predisposte le Linee di indirizzo su: "l'attività di Mediazione nell'ambito della giustizia penale minorile";
- nell'ambito del coordinamento in materia di Mediazione Penale Minorile in data 30 aprile 2008 il Capo Dipartimento della Giustizia Minorile emanava le nuove Linee Guida in ordine alla Mediazione penale.
- Richiamate in particolare:
 - la Direttiva 2012/29 UE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 25.10.2012 che istituisce norme minime in materia di diritti, assistenza e protezione delle vittime di reato e che sostituisce la Decisione Quadro 2001/220/GAI del 15.03.2001;
 - le Linee Guida del Consiglio d'Europa del 17.12.2010 per una "giustizia a misura di minore". Questo ampio documento interdisciplinare richiama tutti i propri precedenti atti, tra i quali meritano particolare attenzione le due seguenti Raccomandazioni: - la R 2003 (20) sulle "nuove modalità di trattamento della delinquenza giovanile ed il ruolo della Giustizia Minorile", adottata dal Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa il 24.09.2003, che, tra i principali obiettivi annovera la necessità di occuparsi dell'esigenze e dell'interesse delle vittime, non solo in chiave di diversion-mediazione - riparazione dei danni e indennizzo delle vittime; - la R 2008 (11), sulle "regole europee per i minorenni autori di reato destinatari di sanzioni o di misure";
 - la Raccomandazione relativa alla mediazione in materia penale del Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa n. R(99)19 adottata il 15.09.1999. Le Linee-guida CEPEJ (Strasburgo, il 7 dicembre 2007) per la sua migliore attuazione;
- Preso atto che sussiste tra i firmatari del presente Protocollo d'Intesa la consapevolezza dell'utilità dell'intervento di mediazione tra vittima e autore di reato, al fine di garantire il riconoscimento di uno spazio dedicato alla vittima, soprattutto se minorenne, ulteriormente vittimizzata dal sistema penale;

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

ART. 1

Costituzione del Centro per la Mediazione penale

1. Alla luce di quanto affermato in premessa, da considerarsi parte integrante e sostanziale del presente accordo operativo, le parti convengono sulla necessità di istituire nella città di Roma il Centro per la Mediazione nell'ambito del procedimento penale minorile. A tal fine, stipulano il presente Protocollo d'Intesa finalizzato all'istituzione del predetto Centro, che si farà carico della specifica attività destinata alle vittime ed ai minori entrati nel circuito penale a seguito di reati, la cui competenza giurisdizionale afferisce alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni di Roma, al Tribunale per i Minorenni di Roma ed al Centro per la Giustizia Minorile per il Lazio per quanto attiene alla competenza amministrativa.

ART. 2

Istituzioni coinvolte

1. L'Autorità Giudiziaria Minorile si impegna ad individuare, nell'iter processuale, specifici percorsi per i soggetti che possono essere coinvolti in attività di mediazione e dà la disponibilità ad intervenire nei corsi di formazione e di aggiornamento.

2. Il Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità ed il Centro per la Giustizia Minorile per il Lazio si impegnano a diffondere le iniziative volte ad affermare la cultura della mediazione penale ed a collaborare alla costituzione ed all'attività del Centro per la Mediazione penale, nonché a promuovere attività volte ad implementare la diffusione di una cultura di giustizia riparativa.

3. La Regione Lazio, in collaborazione con il Tribunale per i Minorenni e la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni, si impegna a reperire, per lo svolgimento dell'attività di mediazione, una adeguata sede che deve essere esterna ai locali degli Uffici Giudiziari Minorili ed a quelli dell'Amministrazione della Giustizia e facilmente accessibile all'utenza cittadina. Si impegna altresì ad arredare tali locali, rendendoli accoglienti e riservati, dotati di utenze, strumentazione informatica, sostenendo inoltre le spese di mantenimento delle utenze per la durata di anni 3.

La Regione Lazio si impegna ad affidare l'attività a soggetto esperto nel settore della mediazione, anche esterno.

4. Le parti firmatarie si impegnano ad attivare rapporti di collaborazione con l'Amministrazione comunale, Enti pubblici, Fondazioni e soggetti del privato sociale per la stipula di eventuali ulteriori protocolli ed accordi volti ad implementare e sostenere, anche logisticamente e finanziariamente il centro di Mediazione penale di cui all'art. 1.

ART. 3

Destinatari

Il Centro per la Mediazione penale, di cui all'art. 1, si farà carico delle richieste provenienti dalla Autorità Giudiziaria Minorile per procedimenti riguardanti minori e giovani adulti residenti o domiciliati nel territorio di competenza del Tribunale per i Minorenni di Roma.

ART. 4

Impegni del Centro per la Mediazione penale minorile

1. Esaminare le richieste provenienti dall'Autorità Giudiziaria e verificare la fattibilità dell'intervento di mediazione proposto, attraverso colloqui individuali con le parti interessate;

2. condurre gli incontri fra le parti;

3. offrire un servizio a favore della vittima di reato, degli autori di reato, delle famiglie delle vittime e degli autori di reato nonché della comunità di appartenenza;

4. collaborare con l'Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni del Ministero della Giustizia e con i servizi territoriali degli Enti Locali in particolar modo nella prima fase, quella dell'acquisizione del consenso;

5. gestire la riparazione concordata tra le parti anche in raccordo con i servizi minorili dell'Amministrazione della giustizia che si impegnano a restituire all'Autorità Giudiziaria inviante l'esito dell'attività di riparazione;

6. provvedere a trasmettere l'esito della mediazione alla Magistratura inviante e all'Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni del Ministero della Giustizia con l'eventuale indicazione dei casi in cui la mediazione si è conclusa con un impegno del minore a svolgere le attività di riparazione diretta o indiretta;

7. osservare scrupolosamente il segreto professionale, come previsto dalle norme di legge vigenti in materia.

ART. 5

Autorità inviante e modalità delle segnalazioni

1. Il Tribunale per i Minorenni di Roma e la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni di Roma si impegnano a segnalare all'Ufficio per la Mediazione penale ed all'Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni del Ministero della Giustizia tutte le situazioni per le quali valutino opportuna un'attività di mediazione;

2. l'iniziativa per intraprendere l'attività di mediazione è di competenza della Magistratura requirente e/o giudicante anche su segnalazione (non richiesta) dell'Ufficio di Servizio sociale per i Minorenni del Ministero della Giustizia, della polizia giudiziaria delegata per l'audizione della persona offesa e l'interrogatorio dell'indagato, delle stesse parti coinvolte nel reato, degli avvocati e dei membri della comunità;

3. la Magistratura, nel proporre l'attività di mediazione, informa le parti sulla natura e le modalità di tale intervento - il che non incide sui diritti processuali - ove ritenuto opportuno se consenzienti, le invia all'Ufficio per la Mediazione penale;

4. il mediatore del Centro per la Mediazione penale effettuerà una valutazione circa l'esistenza delle risorse e delle condizioni di fattibilità dell'intervento e quindi, in caso positivo, procederà all'intervento di mediazione.

ART. 6

Requisiti per svolgere la funzione di mediatore

1. I requisiti richiesti per svolgere la funzione di mediatore sono:

laurea magistrale (specialistica di II° livello) o laurea del precedente ordinamento universitario in giurisprudenza, lettere, filosofia, psicologia, scienze pedagogiche, scienze sociali, scienze dell'educazione e della formazione o altro titolo di laurea e titolo o attestato di qualifica professionale di esperto in mediazione conseguito con specifica formazione presso istituzioni universitarie o enti di formazione riconosciuti a livello nazionale.

2. La valutazione sul possesso dei requisiti richiesti sarà cura della Commissione di verifica di cui all'art. 12.

ART. 7

Formazione degli operatori

Dovranno essere previsti corsi di sensibilizzazione alla mediazione penale rivolti agli operatori dell'Amministrazione Regionale e della Amministrazione della Giustizia minorile, nonché agli operatori degli Enti locali, alla Polizia Giudiziaria della Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni di Roma anche se non fanno o non faranno parte degli Uffici di Mediazione.

ART. 8

Composizione del Centro per la Mediazione penale minorile

1. La composizione del Centro per la Mediazione penale minorile dovrà prevedere la presenza contestuale di almeno due esperti in mediazione penale in possesso dei requisiti di cui all'art. 6 e comunque di un numero sufficiente ad assicurare una adeguata presa in carico dei minori segnalati.

2. In fase di avvio del progetto il numero delle risorse suindicate potrà essere dimensionato rispetto alle effettive esigenze del Centro.

ART. 9

Tribunale per i Minorenni di Roma e Procura della Repubblica

1. Il Tribunale per i Minorenni di Roma e la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni di Roma si impegnano a nominare un referente per la mediazione e a sostenere i Servizi a favore delle vittime di reato, attraverso l'invio al Centro per la Mediazione penale, laddove ritenuto opportuno, i giovani sottoposti a procedimento penale.

2. Il Tribunale per i Minorenni di Roma e la Procura della Repubblica danno la piena disponibilità a partecipare gratuitamente in qualità di relatori alle attività di formazione e aggiornamento.

ART. 10

La Regione Lazio

La Regione Lazio si impegna a sostenere il finanziamento relativo a euro 30.000,00 per il primo anno e di pari importo per gli anni successivi si fa fronte con impegni sul capitolo del Bilancio regionale che presenta la necessaria disponibilità.

ART. 11

Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità

Il Dipartimento per la giustizia minorile e di comunità si impegna a sostenere il finanziamento relativo a euro 10.000,00 per il primo anno e di pari importo per gli anni successivi cui si farà fronte con impegni sul capitolo del Bilancio dello Stato.

ART. 12

Riservatezza

Le parti firmatarie si obbligano, per quanto di rispettiva competenza nella realizzazione del servizio da prestare, ad osservare e far osservare la normativa in materia di riservatezza e di trattamento dei dati

Art. 13

Commissione di verifica

1. La Commissione di verifica, è composta dal Presidente del Tribunale per i Minorenni di Roma o persona da lui designata, dal Procuratore della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni di Roma o da persona da lui designata, dal Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità in persona del Direttore Generale per l'attuazione dei provvedimenti giudiziari, dal Direttore delle Politiche Sociali della Regione Lazio o da un suo delegato e dal Dirigente del Centro per la Giustizia Minorile per il Lazio. Il Dipartimento per la giustizia minorile e di comunità, se necessario, avrà cura di integrare la commissione di verifica con docenti delle Università del territorio della Regione Lazio. Tale Commissione monitorerà e verificherà lo stato di attuazione della presente Intesa nonché l'attività del Centro di Mediazione.

2. Il Centro di Mediazione penale, elaborerà rapporti semestrali per documentare l'attività, con evidenza delle problematiche e le proposte per il prosieguo dell'intervento di mediazione. Tale rapporto, con annotazioni esplicative, verrà inoltrato ai componenti della Commissione di verifica al fine di consentire la valutazione degli obiettivi raggiunti e programmare il prosieguo delle attività.

ART. 14

Accordo Operativo

Le parti concordano che, entro e non oltre 3 mesi dalla sottoscrizione del presente Protocollo d'Intesa, sarà redatto, dai soggetti firmatari un apposito Accordo Operativo che definirà l'articolazione dei contenuti tecnici e delle procedure amministrative delle attività.

ART. 15

Esecutività

1. Il presente Protocollo d'Intesa diviene esecutivo dalla data di sottoscrizione e avrà durata triennale. Le proroghe potranno essere concordate tra le parti con comunicazione scritta tre mesi prima della scadenza del termine ed in relazione all'esito delle verifiche potranno essere concordate modifiche all'Intesa.

2. Il presente Protocollo d'Intesa dovrà essere rinnovato mediante atto formale, salvo disdetta da una delle parti e salvo modifiche che potranno introdursi e che dovranno essere approvate dalla Commissione di verifica.

Letto, approvato e sottoscritto

Roma,

Il Tribunale per i Minorenni di Roma

La Presidente

Carmela Cavallo

Procura della Repubblica presso il
tribunale per i Minorenni di Roma

Il Procuratore

Claudio De Angelis

Il Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità

Il Capo Dipartimento

La Regione Lazio

Il Direttore Politiche Sociali Autonomie,
Sicurezza e Sport

Nereo Zamaro

NON AUTOSUFFICIENTI

ABRUZZO

DGR 18.11.2015, n. 938 - Approvazione atto di indirizzo applicativo per lo sviluppo locale degli interventi rivolti alle persone non autosufficienti – piano locale per la non autosufficienza – PLNA 2015. (BUR n. 144 del 18.12.15)

Note**PREMESSA**

Con la deliberazione di Consiglio Regionale n. 75/1 del 25.03.2011 è stato approvato il Piano Sociale Regionale 2011-2013, pubblicato sul BURA n. 20 Speciale del 30 marzo 2011, prorogato con verbale 161/11 del 01.10.2013.

Con deliberazione di Consiglio Regionale n. 679/P del 21.10.2014 sono state approvate le “Disposizioni transitorie per la gestione dei Piani di Zona per i servizi sociali, per l’anno 2015”.

Nel medesimo Piano Sociale Regionale sono individuate le Azioni di Piano tra le quali è ricompresa, nell’area dell’Integrazione sociosanitaria, quella relativa allo Sviluppo dei Piani Locali per la non-autosufficienza.

Il Piano Locale per la non autosufficienza (PLNA) deve essere predisposto mediante il raccordo istituzionale, gestionale e professionale tra Ambito Territoriale Sociale (ATS) e Distretto Sanitario di Base (DSB).

Con Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, di concerto con il Ministro della Salute e il Ministro dell’Economia e delle Finanze, del 14 maggio 2015, registrato alla Corte dei Conti in data 03 luglio 2015, sono state ripartite le somme del “Fondo per le non autosufficienze” per l’anno 2015, assegnando, in favore della Regione Abruzzo, risorse pari ad € 9.594.000,00;

L’art. 2 comma 1 del suddetto Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 14.05.2015, vincola la destinazione della sopracitata somma di € 9.594.000,00 alla realizzazione di prestazioni, interventi e servizi assistenziali nell’ambito dell’offerta integrata di servizi socio-sanitari in favore di persone non autosufficienti, individuando, tenuto conto dell’art. 22, comma 4, della legge 8 novembre 2000, n. 328, le aree prioritarie di intervento riconducibili ai livelli essenziali delle prestazioni, nelle more della determinazione del costo e del fabbisogno standard ai sensi dell’articolo 2, comma 2, lettera f, della legge 5 maggio 2009, n. 42.

Tra le aree di intervento definite dal Ministero, la Regione Abruzzo ha individuato prioritariamente le seguenti:

- a. l’attivazione o il rafforzamento del supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia attraverso l’incremento dell’assistenza domiciliare, anche in termini di ore di assistenza tutelare e personale, al fine di favorire l’autonomia e la permanenza a domicilio, adeguando le prestazioni alla evoluzione dei modelli di assistenza domiciliare;
- b. la previsione di un supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia eventualmente anche con trasferimenti monetari nella misura in cui gli stessi siano condizionati all’acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliari nelle forme individuate dalle Regioni o alla fornitura diretta degli stessi da parte di familiari e vicinato sulla base del piano personalizzato, di cui all’articolo 4, comma 1, lettera b), e in tal senso monitorati;
- c. la previsione di un supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia eventualmente anche con interventi complementari all’assistenza domiciliare, a partire dai ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie, nella misura in cui gli stessi siano effettivamente complementari al percorso domiciliare, assumendo l’onere della quota sociale e di altre azioni di supporto individuate nel progetto personalizzato, di cui alla lettera b), e ad esclusione delle prestazioni erogate in ambito residenziale a ciclo continuativo di natura non temporanea.

L’art. 3, del menzionato Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 14.05.2015, impegna le regioni a utilizzare le risorse ripartite e assegnate, prioritariamente e comunque in maniera esclusiva, per una quota non inferiore al 40%, per interventi a favore di persone in

condizione di disabilità gravissima, ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica;

In applicazione della disposizione dell'art. 2, comma 2, del citato Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 14.05.2015, la menzionata somma di € 9.594.000,00 è finalizzata alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza socio-sanitaria e sono aggiuntive rispetto alle risorse già destinate alle prestazioni e ai servizi a favore delle persone non autosufficienti da parte delle Regioni, nonché da parte delle autonomie locali. Le prestazioni e i servizi di cui al comma 1, art. 2 del medesimo Decreto, non sono sostitutivi ma aggiuntivi e complementari a quelli sanitari; L'art. 5, del suddetto Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 14.05.2015, dispone che le Regioni comunicano le modalità di attuazione degli interventi di cui all'art. 2, tenuto conto di quanto disposto all'articolo 3, comma 1, del Decreto stesso e che il Ministero procede alla erogazione della somma assegnata successivamente alla valutazione del programma attuativo trasmesso, in coerenza con le finalità di cui all'art. 2 del medesimo Decreto 2015;

LA DISPOSIZIONE

Viene approvato l'“Atto di Indirizzo Applicativo per lo Sviluppo Locale per gli Interventi rivolti alla Non Autosufficienza – Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze annualità 2015 – Piano Locale per la Non Autosufficienza anno 2015”, che, allegato al presente atto, ne forma parte integrante e sostanziale (a cui si rinvia).

Le risorse assegnate alla Regione Abruzzo mediante il medesimo Decreto, pari ad € 9.594.000,00, sono finalizzate alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza socio-sanitaria e sono aggiuntive rispetto alle risorse già destinate alle prestazioni e ai servizi a favore delle persone non autosufficienti, e che le prestazioni e servizi di cui al comma 1 dell'art. 2, nonché dell'art. 3, del medesimo Decreto non sono sostitutivi ma aggiuntivi e complementari a quelli sanitari;

Viene destinata la somma di € 9.594.000,00, agli Ambiti Territoriali Sociali con le seguenti modalità:

- € 5.756.400,00, quale quota pari al 60% dell'importo complessivo di € 9.594.000,00, agli Ambiti Territoriali Sociali, per la realizzazione degli interventi rivolti esclusivamente alle persone non autosufficienti, conformi alle finalità di cui all'art.2 del Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 14.05.2015;
- € 3.837.600,00, quale quota pari al 40% dell'importo complessivo di € 9.594.000,00, agli Ambiti Territoriali Sociali, per la realizzazione degli interventi di cui all'art.2 del Decreto 14.05.2015, rivolti alle persone in condizione di disabilità gravissima, come definite dall'art.3 del Decreto medesimo.

REGOLAMENTO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE –

DPGR 10.12.2015, N. 8/REG - Integrazioni al Regolamento regionale n. 4 del 05/08/2015 (Linee Guida per il concorso alla spesa dei Comuni per il sostegno ai costi a carico degli utenti relativi alle prestazioni socio-sanitarie semiresidenziali e residenziali per l'anno 2015). (BUR n. 144 del 18.12.15)

Art. 1

(Integrazioni al Regolamento regionale 4/2015)

1. Dopo l'art. 12 del Regolamento regionale n. 4 del 05/08/2015 (Linee Guida per il concorso alla spesa dei Comuni per il sostegno ai costi a carico degli utenti relativi alle prestazioni socio-sanitarie semiresidenziali e residenziali per l'anno 2015) sono inseriti i seguenti articoli:

Art. 12 bis

(Modalità di fatturazione e liquidazione)

1. Per l'anno 2015 le strutture accreditate ospitanti che erogano le prestazioni socio-sanitarie in regime residenziale e semiresidenziale sono tenute a fatturare alla ASL territorialmente competente anche la quota sociale di cui alla lettera c) articolo 10 del presente regolamento. La ASL dopo le

necessarie verifiche con il Comune di residenza dell'utente, provvede alla liquidazione imputando la spesa sui fondi che verranno trasferiti dalla Regione Abruzzo. La Regione provvederà a trasferire alle ASL i fondi necessari per il pagamento della quota sociale suddetta, su richiesta delle stesse, imputando la spesa sul capitolo 71576 UPB13.01.005 del bilancio regionale.

Art.12 ter

(Norma di salvaguardia per i Comuni)

1. Ai Comuni che hanno già rendicontato regolarmente per l'anno 2015 saranno rimborsate le somme dovute.

BASILICATA

DGR 24.11.15, n. 1532 - Istituzione delle "Liste di prenotazione per il lavoro di assistente familiare per la cura alle persone anziane, con disabilità o in situazione di non autosufficienza".

Note

PREMESSA

Con D.G.R. 182/2015 è stato costituito presso il Dipartimento Presidenza della Giunta, un organismo temporaneo, nelle more dell'approvazione della nuova normativa in materia all'attenzione delle commissioni consiliari competenti, di cui alla D.G.R. 543/2014 denominato "Organismo di coordinamento della Regione Basilicata in materia di immigrati e rifugiati politici, sotto il coordinamento del presidente della Giunta Regionale o suo delegato.

Nell'ambito delle sue attività, il predetto organismo ha individuato tra le priorità anche il sostegno ad iniziative per regolarizzare il mercato del lavoro nel settore della cura domiciliare.

La figura dell'assistente familiare (badante) si è affermata nel corso degli ultimi anni nel campo del lavoro di cura alla persona e che la sua attività è rivolta al sostegno e all'aiuto prestato a domicilio a persone anziane o con disabilità anche in situazione di non autosufficienza.

Tale attività lavorativa risponde al bisogno sempre crescente delle persone in difficoltà, soprattutto anziani, di essere accudite nell'ambito della propria casa per alcune ore del giorno e spesso per l'intera giornata.

Già in passato la Regione Basilicata, con D.G.R. n. 755 del 2008 ha manifestato il proprio interesse verso le lavoratrici del settore di cura alla persona, approvando una scheda di progetto sperimentale denominata "Interventi per la qualificazione del lavoro delle assistenti familiari".

Successivamente con D.G.R. 2289/2009 sono stati attivati sul territorio regionale i "Progetti sperimentali e interventi per la qualificazione del lavoro delle assistenti familiari" al fine di qualificare e valorizzare il lavoro delle assistenti domiciliari sotto molteplici aspetti: dal contrasto alle forme di lavoro nero e sommerso al miglioramento delle condizioni di vita delle assistenti familiari (in particolar modo quelle di origine straniera) e alla qualificazione e formazione multidisciplinare del lavoro di cura domestico e assistenza personale a domicilio.

A seguito di tali progetti sono stati attivati n. 12 corsi con una utenza di circa 200 allievi quindi con conseguimento della certificazione finale, per la provincia di Potenza e di n. 3 corsi con una utenza complessiva di 41 allievi in quella di Matera e con il conseguimento della certificazione finale per un numero rilevante di partecipanti.

Nell'ambito di tale progetto era prevista la creazione di un albo delle assistenti familiari.

Nelle more della istituzione del sopra richiamato albo, anche per dare continuità al percorso disegnato, vengono istituiti degli elenchi presso i Centri per l'Impiego della Basilicata, consultabili attraverso il sistema info-telematico Basil operativo nella Regione Basilicata, nel quale possono iscriversi sia le assistenti familiari che hanno conseguito gli attestati con le attività formative già realizzate, sia coloro che intendono prestare la propria attività lavorativa presso famiglie residenti in regione, nell'ottica di far convergere su tale soggetti la scelta da parte dei nuclei familiari per finalità di reclutamento e assunzione;

Pertanto vengono istituite presso i Centri per l'Impiego della regione le "Liste di prenotazione per il lavoro di assistente familiare" al fine di favorire l'incontro tra domanda e offerta di lavoro di cura e fornire impulso ad altri soggetti che operano professionalmente nel mercato dei lavoro, quali i

patronati, per rispondere alla forte domanda sociale che si registra nell'ambito del territorio regionale rispetto al lavoro di cura.

1. Sono istituite, presso i centri per l'Impiego della Regione, su base territoriale "Le liste di prenotazione per il lavoro di assistente familiare, per la cura alle persone anziane o con disabilità e situazione di non autosufficienza";
2. I lavoratori interessati all'assunzione e/o riassunzione possono chiedere l'inserimento, presso il Centro per l'Impiego di competenza, nell'apposita lista di prenotazione nella quale devono indicare le generalità, gli eventuali periodi lavorativi svolti, il datore di lavoro presso il quale hanno prestato la propria attività;
3. Per le finalità di cui sopra i Centri per l'impiego predispongono, gli strumenti, anche informatici, per la presentazione dell'istanza di iscrizione nell'elenco di prenotazione del lavoro, unitamente all'acquisizione del consenso all'uso, alla comunicazione ed alla diffusione dei dati nel rispetto della sicurezza del trattamento e della normativa sulla privacy, permettono la consultazione informatica e/o cartacea degli elenchi a fini dell'incontro domanda/offerta di lavoro e accreditano i patronati sindacali interessati alla consultazione ed all'utilizzo degli elenchi.

PIEMONTE

DGR 23.11.15, n. 33-2467 - Criteri per l'assegnazione delle risorse a favore degli Enti gestori delle funzioni socio assistenziali per le prestazioni di lungoassistenza nella fase di cronicità per l'anno 2015 (cap. 152840/2015 - l.r. 10/2010). (BUR n. 50 del 17.12.15)

Note

PREMESSA

La legge regionale n. 1/2004 definisce l'articolazione della rete dei servizi sociali per le persone anziane, ove i servizi domiciliari ed economici a sostegno della domiciliarità assumono particolare rilievo per quantità e qualità.

La Regione Piemonte, nell'ottica di promuovere il benessere, la qualità della vita e l'autonomia dei propri cittadini non autosufficienti, ha inteso favorire la permanenza presso il domicilio tramite "prestazioni domiciliari" a sostegno della persona e della famiglia che se ne fa carico in maniera organica, ed ha approvato la L.R. n. 10 del 18.02.2010 "Servizi domiciliari per persone non autosufficienti" che definisce puntualmente, all'art. 2 comma 3, le "prestazioni domiciliari" quali:

- a) prestazioni di cura domiciliare ad alta complessità assistenziale nella fase intensiva o estensiva, ovvero di acuzie e post acuzie, quali le dimissioni protette, l'ospedalizzazione domiciliare, le cure domiciliari nell'ambito di percorsi gestiti dal medico di medicina generale;
- b) prestazioni di lungoassistenza nella fase di cronicità, volte a mantenere e rafforzare l'autonomia funzionale o a rallentare il deterioramento, che si esplicano in un insieme di servizi, applicabili anche alle prestazioni di cui alla lettera a), quali:
 - 1) prestazioni professionali;
 - 2) prestazioni di assistenza familiare;
 - 3) servizi di tregua, consistenti in prestazioni domiciliari finalizzate ad alleviare gli oneri di cura da parte della famiglia;
 - 4) affidamento diurno;
 - 5) telesoccorso;
 - 6) fornitura di pasti, servizi di lavanderia, interventi di pulizia, igiene, piccole manutenzioni e adattamenti dell'abitazione.

La L.R. n. 10 sopra citata prevede, all'art. 5 comma 1, che le suddette prestazioni domiciliari vengano erogate con le seguenti modalità:

- a) servizi congiuntamente resi dalle aziende sanitarie ed dagli enti gestori dei servizi socio assistenziali con gestione diretta o attraverso soggetti accreditati;
- b) contributi economici o titoli per l'acquisto, riconosciuti alla persona non autosufficiente, finalizzati all'acquisto di servizi da soggetti accreditati, da persone abilitate all'esercizio di

professioni sanitarie infermieristiche e sanitarie riabilitative, da operatori socio-sanitari, da persone in possesso dell'attestato di assistente familiare;

c) contributi economici destinati ai familiari, finalizzati a rendere economicamente sostenibile l'impegno di cura del proprio congiunto;

d) contributi economici ad affidatari e rimborsi spese a volontari.

Per finanziare in modo specifico le prestazioni di lungoassistenza nella fase di cronicità per persone non autosufficienti previste nella legge regionale 18 febbraio 2010, n. 10, art. 2, comma 3, lettera b), è stato istituito a partire dal 2012 apposito capitolo di spesa (cap. 152840) con una dotazione per gli anni 2012-2013 di risorse regionali pari ad euro 5.000.000,00, da ripartire a favore degli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali in base alla percentuale di popolazione ultra 75enne rispetto al totale regionale della stessa popolazione.

Nell'anno 2014, a tale capitolo (cap.152840/2014) ha fatto capo, oltre ai 5.000.000,00 di euro stanziati negli anni precedenti, una dotazione ulteriore di euro 29.879.570,55 per sostenere le prestazioni domiciliari in lungoassistenza ex D.G.R. n. 5-7035 del 27.1.2014, di cui euro 28.617.040,00 per progetti a favore di persone non autosufficienti residenti nel territorio della Città di Torino.

Con D.G.R. n. 18-1326 del 20.4.2015 è stato previsto nel corrente esercizio finanziario 2015 l'incremento di 15.000.000,00 di euro del budget delle Aziende Sanitarie Locali per progetti di residenzialità anziani, portandolo da 265 milioni a 280 milioni di euro, prevedendo anche la possibilità di erogare prestazioni domiciliari a carico del comparto sanitario alternative alla residenzialità.

Nel contempo la dotazione del capitolo 152840 (U.P.B. A1508A1) "Servizi domiciliari per persone non autosufficienti (L.R. 10/2010)" per l'esercizio finanziario 2015 è stata quantificata in 15.000.000,00 di euro.

Con D.G.R. n. 1-1450 del 25 maggio 2015 "Legge regionale 15 maggio 2015, n. 10. Parziale assegnazione delle risorse finanziarie sul bilancio di previsione 2015 e bilancio pluriennale 2015-2017", l'assegnazione corrente su tale capitolo è stata quantificata nel 50% della dotazione complessiva e quindi in euro 7.500.000,00 (assegnazione n. 100583).

I CRITERI DI RIPARTIZIONE

Al fine di sostenere, nei limiti della disponibilità finanziaria, la continuità delle prestazioni erogate dagli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali, viene destinata la suddetta somma di euro 7.500.000,00 sul cap.152840/2015 come di seguito indicato:

- 2.500.000,00 a favore degli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali in base alla percentuale di popolazione ultra 75enne rispetto al totale regionale della stessa popolazione rilevata in base agli ultimi dati ISTAT disponibili, tenuto conto dell'assetto territoriale degli Enti alla data dell'adozione del provvedimento;

- 5.000.000,00 a favore della Città di Torino.

Tali risorse sono destinate a favore degli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali per prestazioni di lungoassistenza nella fase di cronicità per persone non autosufficienti, erogate nell'anno 2015, previste nella legge regionale 18 febbraio 2010, n. 10, art. 2, comma 3, lettera b)

1. prestazioni professionali;
2. prestazioni di assistenza familiare;
3. servizi di tregua, consistenti in prestazioni domiciliari finalizzate ad alleviare gli oneri di cura da parte della famiglia;
4. affidamento diurno;
5. telesoccorso;
6. fornitura di pasti, servizi di lavanderia, interventi di pulizia, igiene, piccole manutenzioni e adattamenti dell'abitazione;

PUGLIA

DGR 30.12.15, n. 2128 - DGR n. 2530 del 23.12.2013 “Indirizzi attuativi per le ASL delle Linee guida per l’Assegno di Cura per pazienti affetti da SLA/SMA e per pazienti non autosufficienti gravissimi”. Approvazione ulteriori indirizzi attuativi.

Note

PREMESSA

Con DGR n. 1724 del 7 agosto 2012 la Regione Puglia ha approvato il dettaglio esecutivo del Progetto “Qualify-Care SLA Puglia”, in coerenza con le finalità e gli obiettivi del programma attuativo dell’Intesa SLA sottoscritta in data 27/10/2011 tra Governo e Regioni in sede di Conferenza Stato-Regioni, come presentato dalla Regione Puglia e finanziato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Il progetto esecutivo assolve al fine di declinare operativamente le Linee di Attività previste dal Programma attuativo, che integra e completa.

LE FINALITÀ DEL PROGETTO

Il Progetto “Qualify-Care SLA Puglia” è fortemente orientato ad accrescere il livello della integrazione sociosanitaria della presa in carico domiciliare delle persone affette da SLA ed altre malattie rare neuromuscolari di diagnosi affine, per supportare concretamente le famiglie nei carichi di cura che, nonostante i presidi sanitari, ricadono sulla famiglia in misura consistente.

LE LINEE GUIDA

A seguito della riunione del Tavolo Tecnico del 27 novembre 2012 e con A.D. n. 550 del 30 novembre 2012 del Servizio Programmazione Sociale e Integrazione Sociosanitaria, sono state approvate le prime “Linee Guida per le ASL per la presa in carico dei pazienti affetti da SLA con PAI (Progetti assistenziali individualizzati)”, che hanno inteso fissare i principi cardine e le routine necessarie per standardizzare le principali fasi della presa in carico del paziente SLA per la corretta e piena fruizione delle opportunità che U progetto “Qualify-Care SLA” offre alle famiglie di pazienti SLA ad integrazione, e non in sostituzione, della rete pubblica dei servizi sanitari e sociosanitari.

IL FINANZIAMENTO

Con DGR n. 1471 del 2 agosto 2013 si è provveduto ad approvare la variazione al Bilancio di Previsione 2013 per l’iscrizione del FNA 2013 nella misura di Euro 17.710.000,00 come assegnati alla Regione Puglia con Decreto del Ministero del Lavoro e Politiche Sociali. Il FNA 2013, integrato con le risorse del Fonda Regionale per le Non Autosufficienze, a partire dal 1° gennaio 2014, è stato utilizzato per riconoscere ed erogare l’Assegno di Cura a cittadini residenti in Puglia gravemente non autosufficienti, al sensi di quanta lo stesso Decreto Interministeriale di marzo 2013 fissa, integrando i precedenti indirizzi del 2011 in materia di assegni di cura riservati ai soli pazienti affetti da SLA.

L’IMPEGNO DELLE REGIONI

Il Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 20 marzo 2013 all’art. 3 (Disabilità gravissime) prevede che “le Regioni si impegnano ad utilizzare le risorse ripartite in base al presente decreto, prioritariamente, e comunque per una quota non inferiore al 3096, per interventi a favore di persone in con dizione di disabilità gravissima, ivi inclusi quelli a favore di persone affette da sclerosi laterale amiotrofica.

Per persone in condizione di disabilità gravissima, ai soli fini del presente decreto, si intendono le persone in condizioni di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continua nelle 24 ore (es: gravi patologie cronico-de generative non reversibili, ivi inclusa la SLA, gravi demenze, gravissime disabilità psichiche multi patologiche, gravi cerebro-lesioni, stati vegetativi, etc.)”.

GLI INTERVENTI SPECIFICI

Ai fini del corretto ed efficace utilizzo del FNA 2013 in ossequio agli indirizzi di cui al Decreto Interministeriale di riparto del Fondo stesso, per la individuazione dei soggetti beneficiari si deve far riferimento a persone gravemente non autosufficienti, ivi incluse le persone cui sia già stata diagnosticata la SLA ovvero la SMA, e quindi con propria Deliberazione n. 2530 del 23 dicembre 2013 la Giunta Regionale ha disposto che a partire dall’annualità 2014 sia assicurata l’estensione della platea di beneficiari dell’assegno di cura, approvando le Linee guida per l’assegno di cura per persone gravemente non autosufficienti per l’annualità 2014, al fine di fornire indirizzi attuativi

vincolanti per tutte le ASL pugliesi, che mantengono la titolarità della gestione del beneficio economico, nonché ai Comuni pugliesi, che concorrono alla valutazione del bisogno socioassistenziale ed economico corrispondente alla presa in carico domiciliare del paziente gravemente non Autosufficiente, mediante la valutazione in UVM, e alla erogazione delle prestazioni sociali che concorrono alle Cure Domiciliari Integrate da riconoscere agli assistiti aventi diritto.

Le Linee Guida approvate con Del. G.R. n. 2530/2013 si applicano per l'erogazione di tutti gli assegni di cura a pazienti gravemente non autosufficienti, sia finanziati a valere sul Fondo Nazionale Non Autosufficienza, sia finanziati a valere sul Fondo Regionale Non Autosufficienza, e si applicano a partire dal 1 gennaio 2014, previa adozione di apposite direttive applicative per le strutture preposte delle ASL pugliesi.

L'INTEGRAZIONE E LE MODIFICHE ALLE LINEE GUIDA

Con A.D. n. 4 del 31 gennaio 2014 del Servizio Programmazione Sociale e Integrazione Sociosanitaria, si è proceduto a modificare e integrare le Linee Guida preesistenti, al fine di dare piena attuazione agli indirizzi di cui al Decreto Interministeriale di riparto del FNA 2013, con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

- requisiti di ammissibilità per i richiedenti il beneficio economico,
 - criteri di valutazione del livello di gravità della non autosufficienza,
 - determinazione dell'ammontare economico del beneficio riconosciuto,
 - procedure e tempi di istruttoria e di erogazione del beneficio, monitoraggio e contratto
- Per i soli pazienti affetti da SLA e da SMA, che abbiano già beneficiato dell'Assegno di cura nell'anno 2013, l'erogazione degli assegni di cura da parte delle ASL a partire dal 10 gennaio 2014 sarà effettuata in continuità con quanto realizzato nel corso del 2013 e comunque nel rispetto degli ulteriori requisiti e modalità di accesso che Linee Guida di cui all'Allegato A al presente provvedimento, dispongono.

I BENEFICIARI

Con A.D. n. 4 del 31 gennaio 2014 in particolare sono state individuate le platee di potenziali beneficiari dell'assegno di cura a partire dal 2014:

- a) in continuità con le annualità precedenti, sono beneficiari dell'Assegno di cura/SLA pazienti affetti da SLA, SMA, e altre patologie rare strettamente affini puntualmente identificate, sulla base delle indicazioni del Coordinamento Regionale Malattie Rare, per diagnosi e per decorso della malattia, come di seguito individuate in via esclusiva: demenza frontotemporale (FTD), Atrofia Muscolare Spinale Progressiva sporadica, Atrofia muscolare bulbo-spinale progressiva (Malattia di Kennedy), Paraparesi Spastica Ereditaria (SPG), Sclerosi Laterale Primaria [importo mensile dell'assegno di cura: Euro 500,00 - 1.000,00 - 1.100,00 in relazione alla gravità della condizione di non autosufficienza];
- b) I priorità: pazienti in coma, stato vegetativo o di minima coscienza, che perduri da oltre 1 mese alla data di presentazione della domanda di accesso al beneficio [importo mensile dell'assegno di cura: Euro 600,00];
- c) II priorità: pazienti affetti da patologie gravemente invalidanti, che ne determinino la dipendenza continuativa e vitale per la respirazione assistita e per l'alimentazione indotta, come descritte nella Delibera [importo mensile dell'assegno di cura: Euro 600,00];
- d) III priorità: pazienti affetti da patologie gravemente invalidanti, che ne determinino la dipendenza continuativa e vitale per la respirazione assistita o per l'alimentazione indotta, come descritte nella Delibera [importo mensile dell'assegno di cura: Euro 600,00];
- e) IV priorità: pazienti affetti da patologie identificate da tutte queste caratteristiche:
 - rare,
 - gravemente invalidanti,
 - neurodegenerative o cronico-degenerative non reversibili
 - di particolare impegno assistenziale, quali a titolo meramente esemplificativo la Corea di Huntington, la Sindrome di Rett, la Distrofia di Duchenne, etc.. [importo mensile dell'assegno di

cura: Euro 600,00];

f) solo dopo avere individuato e presi in carico tutti i casi ricadenti nelle priorità sopra riportate, e solo in presenza di maggiore disponibilità finanziaria ovvero di residui sui fondi assegnati per la prima annualità, ciascuna ASL prenderà in considerazione le ulteriori domande di accesso all'Assegno di cura, presentate da pazienti affetti da altre patologie cronicodegenerative non reversibili gravemente invalidanti (V priorità), dal momento che la Delibera n. 2530/2013 subordina l'accesso di questo ulteriore gruppo di pazienti alla disponibilità di maggiori risorse finanziarie [importo mensile dell'assegno di cura: Euro 600,00].

GLI ASSEGNI DI CURA

Per il finanziamento degli Assegni di cura per le persone non autosufficienti sono state individuate le seguenti coperture finanziarie a valere sul Bilancio autonomo:

Euro 18.000.000,00

Euro 10.719.375,38

Euro 8.800.000,00

Euro 11.721.304,95 competenza 2014, con vincolo di destinazione per l'erogazione degli assegni di cura per persone gravemente non autosufficienti, che saranno ripartite successivamente al monitoraggio sul numero di domande di assegni di cura per non autosufficienti gravissimi presi in carico da ciascuna ASL al 31.12.2014.

IL CONTENZIOSO

A seguito dell'insorgere di alcuni contenziosi attivati da richiedenti l'assegno di cura di cui alla Del. G.R. n. 2530/2015, nei confronti della Regione Puglia, al fine di assicurare la copertura necessaria alla maggiore spesa connessa all'applicazione di eventuale sentenza in danno dell'Amministrazione, si è ritenuto di dover cautelativamente accantonare somme sufficienti, considerando le disponibilità già programmate nei bilanci di previsione 2013 e anni seguenti.

LE DISPOSIZIONI CONSEGUENTI

La data di decorrenza del beneficio economico dell'assegno di cura concesso coincide, per ciascun beneficiario, con la data del verbale di chiusura della valutazione multidimensionale da parte dell'UVM e del PAI aggiornato;

I primi beneficiari dell'assegno di cura per le tipologie di beneficiari dalla I alla IV priorità hanno potenzialmente visto riconosciuto il proprio assegno di cura dal bimestre maggio-giugno 2014; Visto l'iter dei contenziosi in atto, l'Amministrazione regionale ritiene in via cautelativa di dover preservare l'accantonamento di risorse già impegnate contabilmente in favore delle ASL pugliesi per consentire alle stesse, di adempiere al recepimento della sentenza che dovesse eventualmente vedere la Regione soccombente, per la medesima finalizzazione.

Sono approvati, ad integrazione della Del. G.R. n. 2530/2015, i seguenti ulteriori indirizzi attuativi, disponendone l'immediata applicazione da parte delle Direzioni Generali delle ASL pugliesi:

- 1) la durata massima di erogazione del beneficio denominato "assegno di cura per pazienti non autosufficienti gravissimi", come individuati dalle priorità I-II-III-IV-V di cui alle Linee Guida approvate con Delibera n. 2530/2013 e ss.mm.ii. è fissata in n. 18 mesi e dunque n. 9 erogazioni bimestrali;
- 2) si conferma la interruzione della erogazione prima del compimento del 18° mese in caso di decesso del paziente assistito, ovvero la sospensione della erogazione in caso di ricovero continuativo in struttura residenziale sanitaria e sociosanitaria o socioassistenziale, come già previsto delle suddette Linee Guida;
- 3) le risorse accantonate per la maggiore spesa connessa agli adempimenti delle ASL per il recepimento della sentenza, che dovesse eventualmente vedere la Regione soccombente, se non necessarie per questo, potranno essere utilizzate, a seguito di conclusione del contenzioso, con la medesima finalizzazione ai fini della prosecuzione della misura.

TOSCANA

DGR 9.12.15, n. 1194 - Approvazione Progetto di sperimentazione denominato: Percorsi assistenziali per Adulti inabili ed anziani non autosufficienti - Progetto Sole” – presso la Fondazione Casa Cardinal Maf - RSA di San Pietro in Palazzi. (BUR n. 51 del 23.12.15)

Note

Viene approvato l'avvio del progetto di sperimentazione “Percorsi assistenziali per Adulti inabili ed anziani non autosufficienti - Progetto Sole” – presso la Fondazione Casa Cardinal Maffi - RSA di San Pietro in Palazzi”, di cui all'allegato “A”, quale parte integrante e sostanziale del presente atto.

L'attività di monitoraggio del progetto “Percorsi assistenziali per Adulti inabili ed anziani non autosufficienti - Progetto Sole” – presso la Fondazione Casa Cardinal Maffi - RSA di San Pietro in Palazzi”, viene svolta dalla Commissione costituita con Decreto n. 187 del 26 novembre 2014, con la collaborazione della Sds Bassa Val di Cecina, quale soggetto proponente dello stesso, e della Commissione Multidisciplinare di cui all'art. 20, comma 3 della legge regionale n. 41/2005;

ALLEGATO A**PROGETTO SPERIMENTALE DEI PERCORSI ASSISTENZIALI PER ADULTI INABILI E ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI****PROGETTO SOLE**

SAN PIETRO IN PALAZZI, CECINA (LI) - APRILE 2015

INDICE**PREMESSA****1. ANALISI DEI BISOGNI TERRITORIALI****2. RIFERIMENTI NORMATIVI****3. ELEMENTI ESSENZIALI DI INNOVAZIONE E SPERIMENTAZIONE****4. DESTINATARI****5. AMBITO PROGETTUALE****6. OBIETTIVI GENERALI E SPECIFICI****7. PROGETTAZIONE OPERATIVA****8. REQUISITI STRUTTURALI, ORGANIZZATIVI, GESTIONALI E TECNOLOGICI****9. FORMAZIONE E QUALITA'****10. DESCRIZIONE DELLA RETE ISTITUZIONALE E NON****11. IDENTIFICAZIONE DELLA SEDE OPERATIVA****12. INDICATORI****13. TEMPI DI REALIZZAZIONE**

23.12.2015 - BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE TOSCANA - N. 51 95

PREMESSA

La Fondazione Casa Cardinale Maffi è radicata sul territorio dell'Area Vasta Nord/Ovest della Regione Toscana ed in particolare in Bassa Val di Cecina dove da oltre 60 anni persegue finalità di solidarietà sociale. Come si evince dallo Statuto all'art. 3, essa ha per scopo lo svolgimento di attività educative, di assistenza sociale, socio-sanitaria e sanitaria, improntate ai valori cristiani, a favore di minori, adulti autosufficienti e non autosufficienti.

La Fondazione, senza fini di lucro, può svolgere tutte le attività annesse all'educazione ed all'assistenza che i tempi e le circostanze, oltreché la carità cristiana, sotto il cui nome e spirito la Fondazione è nata ed opera, suggeriranno, sempre nel rispetto delle leggi che disciplinano le organizzazioni non lucrative di utilità sociale (ONLUS).

Nella RSA di San Pietro in Palazzi attualmente trovano accoglienza utenti inabili adulti e anziani non autosufficienti affetti da patologie croniche multifattoriali provenienti non solo dal territorio limitrofo ma anche da altre realtà territoriali storicamente in rapporto con la Fondazione.

La diversificazione e la riqualificazione delle attività della Fondazione per lo sviluppo in nuovi settori nella sede storica di San Pietro in Palazzi, Cecina (LI) dove trova collocazione fin dalle

origini anche la sede legale ed amministrativa, passa attraverso un'intensa collaborazione con il contesto territoriale di riferimento rappresentato dalla Conferenza dei Sindaci, dalla Società della Salute e dall'Azienda USL n. 6 di Livorno. In particolare si ricorda:

- che in data 12 aprile 1999 è stato sottoscritto dal Presidente della Regione Toscana, dal Direttore Generale dell'Azienda USL/6 di Livorno, dal Sindaco del Comune di Cecina e dal Presidente della Fondazione Casa Cardinale Maffi il primo programma di adeguamento, diversificazione e ristrutturazione della RSA di San Pietro in Palazzi nonché previsto, allo scopo di assicurare la continuità assistenziale della popolazione ospitata in detta struttura ed il mantenimento del livello occupazionale, lo sviluppo di attività sul territorio della Bassa Val di Cecina;

- che in data 14 luglio 2001 l'Assessore Regionale al Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, il Direttore Generale dell'Azienda USL 6 di Livorno, il Sindaco di Cecina ed il Presidente della Fondazione Casa Cardinale Maffi hanno sottoscritto un documento di verifica del programma di adeguamento di cui trattasi;

- che in data 28 ottobre 2004 è stato sottoscritto dall'Assessore Regionale al Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà della Regione Toscana, dal Direttore Generale della USL n. 6, dal Sindaco del Comune di Cecina e dal Presidente della Fondazione Casa Cardinale Maffi Onlus il secondo documento di verifica dei programmi di adeguamento, ristrutturazione e diversificazione della citata Fondazione, previsto dal Protocollo d'intesa sottoscritto il 12/04/1999 dai predetti Enti;

- che in data 1 giugno 2007 è stata sottoscritta una dichiarazione congiunta tra il Sindaco di Cecina, il Sindaco di Rosignano Marittimo ed il Presidente della Fondazione Casa Cardinale Maffi con la quale è stato preso atto della validità dei processi attuati nelle strutture della Fondazione per il miglioramento della qualità dei servizi e della qualità del lavoro, della qualificazione e diversificazione dei servizi in aderenza alla programmazione regionale e zonale;

- che in data 15 novembre 2010 è stato sottoscritto dal Presidente della Regione Toscana, dal Direttore Generale dell'Azienda USL/6 di Livorno, dal Sindaco di Cecina e dal Presidente della Fondazione Maffi un Protocollo d'intesa con il quale, preso atto del processo di riconversione, riqualificazione ed ampliamento dei tradizionali servizi gestiti dalla Fondazione nella Provincia di Livorno e segnatamente in Bassa Val di Cecina, secondo le linee programmatiche di cui ai precedenti, citati, accordi e seguendo il metodo della concertazione pubblico/privato non profit, le parti hanno concordato di costituire un tavolo tecnico concertativo con l'obiettivo di mantenere la permanenza delle attività della Fondazione sulla Bassa Val di Cecina e garantire i livelli occupazionali mediante la riqualificazione edilizio-urbanistica del complesso edilizio sito in San Pietro in Palazzi di proprietà della Fondazione destinando i proventi per la realizzazione di una nuova struttura sanitaria per le persone in stato vegetativo ed in eventuali altre opere ed attività collocate nel territorio del Comune di Cecina;

- _ che il Comune di Cecina ha dato seguito agli accordi di cui sopra approvando con deliberazione n. 88 del 08/11/2013 la scheda urbanistica per il comparto di San Pietro in Palazzi di proprietà della Fondazione;

- _ che i lavori al Tavolo Tecnico concertativo hanno consentito la anticipazione delle attività sanitarie riabilitative in favore delle persone in stato vegetativo presso il complesso costituente la RSA di via Montanara in Cecina, come da progetto approvato dalla G.R.T. con deliberazione n. 464/2012;

- _ che la Fondazione in linea con quanto sopra e secondo quanto disposto con D.G.R.T. n. 841 del 24/09/2012 ha in itinere la sperimentazione di un nuovo modello organizzativo in campo riabilitativo assistenziale per la disabilità fisico, psichico e sensoriale rappresentato da Centri Integrati di Servizi che prevede, tra l'altro, la articolazione di nuovi percorsi sia nell'ambito della RSD di Collesalveti sia a San

Pietro in Palazzi, caratterizzati da criteri di appropriatezza e sostenibilità con passaggi a livelli differenziati di assistenza per le stesse persone, sottesi al re-inserimento nel territorio di provenienza;

_ che la Fondazione ha partecipato, per la RSA di San Pietro in Palazzi, al bando di selezione istituti privati accreditati zona-distretto Bassa Val di Cecina, indetto in data 12 marzo 2014 dalla Azienda USL/6 di Livorno e che, come richiesto dal bando medesimo, ha confermato in sintonia con gli accordi, le intese e gli impegni contrattuali precedentemente assunti e sopra richiamati, la più ampia disponibilità a programmare, progettare e sperimentare nuovi modelli assistenziali, dedicati in particolare alla disabilità psichica, fisica ed al disagio sociale, garantendo elementi di flessibilità dell'offerta e dei modelli organizzativi improntati alla appropriatezza ed alla sostenibilità delle prestazioni. Tale diversificazione prevede nel corso di un triennio, anche mediante interventi di ristrutturazione del complesso immobiliare di San Pietro in Palazzi non oggetto di riqualificazione urbanistica, l'attuazione della seguente articolazione:

- moduli disabilità psico-fisica per complessivi 16 posti letto (progetto attuale);
 - Comunità Alloggio Protetta (CAP) per circa 10 posti letto
 - Appartamenti Protetti Integrati per 16 posti letto complessivi
 - due nuclei Base di RSA per complessivi 40 posti letto.
- che tra l'Azienda USL 6 e la Fondazione Casa Cardinale Maffi ONLUS è in vigore dall'1/07/2014 una Convenzione di durata triennale per i servizi socio-sanitari ed assistenziali a carattere residenziale e semiresidenziale nella RSA di San Pietro in Palazzi che al punto 13 prevede l'impegno da parte della Fondazione Maffi ad elaborare programmi e proposte per la creazione di "nuovi percorsi assistenziali improntati ad una presa in carico complessiva e condivisa della persona assistita in sinergia con la rete territoriale in modo da garantire l'appropriatezza delle prestazioni e la sostenibilità delle stesse nell'ottica della costituzione di un centro servizi integrato. In particolare si impegna ad implementare, progettare e sperimentare nuovi modelli assistenziali, dedicati sia al disagio psichico che la disagio sociale ed alla disabilità."

La RSA di San Pietro in Palazzi, nel cui complesso immobiliare è previsto lo sviluppo del progetto sperimentale in oggetto, è attualmente autorizza al funzionamento dal Comune di Cecina con Provvedimento n. 334 del 10/4/2009 per 100 posti complessivi ed accreditata con Provvedimento n. 587 del 14/07/2011.

Il progetto sperimentale in oggetto costituisce un primo passo verso la diversificazione e la riqualificazione delle attività che comporteranno la riduzione degli attuali 100 posti letto residenziali di RSA. Il Progetto sperimentale in oggetto è di immediata realizzazione in ambiente adeguato, inserito nel complesso immobiliare costituente l'attuale RSA, ma funzionalmente indipendente sia dal punto di vista strutturale che organizzativo. La sua realizzazione risulta corrispondente alle necessità del territorio, agli accordi di programma citati in premessa, nonché quale compendio alla sperimentazione in atto nel CdR-RSD "Santa Caterina" di Collesalveti in rispondenza alla D.G.R.T. n. 821/2012.

PROGETTO SPERIMENTALE

1. ANALISI DEI BISOGNI TERRITORIALI

Il pieno rispetto dei LEA possibili per la disabilità psico-fisica richiede che i Dipartimenti aziendali garantiscano per tutti i cittadini percorsi assistenziali adeguati per l'intero ciclo di malattia: esordio, acuzie, residenzialità, semi-residenzialità, riabilitazione psicosociale, inserimento lavorativo, recovery. Affinché i percorsi assistenziali siano, oltre che quantitativamente presenti, qualitativamente efficaci ed efficienti è necessario salvaguardare il principio di responsabilità diretta della equipe multidisciplinare e di prossimità tra cittadino ed equipe stessa. Quando ciò non accade i processi si rallentano, diventano dispendiosi e poco efficienti.

La Zona/Distretto Bassa Val di Cecina da molti anni sconta una carenza sul piano organizzativo non essendosi dotata di una struttura residenziale dedicata alla disabilità psico-fisica a fronte di una popolazione di oltre 80.000 abitanti divisi in 11 Comuni.

Questo quadro determina che in Bassa Val di Cecina la maggior parte dei pazienti trova risposta in percorsi residenziali fuori Zona tra l'altro con forti impegni di spesa.

Ne consegue che i bisogni per la Zona Bassa Val di Cecina sono riconducibili a 2 scenari:

1. il riavvicinamento dei pazienti fuori Regione e fuori Zona attualmente ipotizzabile per 6 utenti con storie, età, percorsi riabilitativi diversi tra loro e provenienti da contesti tipo Comunità Terapeutica. Di questi 5 pagano una retta
2. le richieste emergenti di utenti che non hanno avuto esperienze residenziali e per i quali una risposta residenziale flessibile potrebbe rappresentare una valida alternativa al ricovero ospedaliero o una notevole riduzione dei tempi di degenza.

2. RIFERIMENTI NORMATIVI

- L.R. 402/2004 “principi generali per la identificazione e attivazione di moduli ad attività assistenziale differenziata all’interno delle RR.SS.AA.”;
- L.R n.41/2005 relativa alla promozione della realizzazione di progetti speciali di interesse generale con caratteristiche di sperimentazione innovativa;
- L.R. n. 66/2008 “che prevede l’estensione del percorso di presa in carico integrata della persona anziana non autosufficiente a tutti i soggetti disabili minori e adulti, per garantire loro una dimensione unitaria delle strategie di intervento da parte dei diversi soggetti istituzionale coinvolti e fornire una gamma di risposte appropriata in base alla prevalenza del bisogno rilevato”;
- Piano Socio-Sanitario integrato 2011/2015 che rappresenta un contesto programmatico privilegiato all’interno del quale collocare la previsione di un modello regionale di intervento coordinato dei servizi per la disabilità”;
- Del. G.R.T. 841/2012 che promuove la definizione di un modello di welfare toscano per la disabilità fisica psichica e sensoriale attraverso lo sviluppo di un forte partenariato pubblico-privato no profit nel campo dei servizi alle persone con disabilità;

3. ELEMENTI ESSENZIALI DI INNOVAZIONE E SPERIMENTAZIONE

Nell’ambito della sperimentazione si prevede la realizzazione di un **servizio residenziale per persone con disabilità psico-fisica** che si caratterizzi per la presenza di un clima comunitario di tipo familiare, con la suddivisione in due moduli, a seconda della prevalenza del tipo di disabilità (di natura fisica o psichica), così da rispettare il carattere di omogeneità modulare e l’appropriatezza degli interventi.

La sperimentazione è rivolta non solo all’offerta di una soluzione residenziale, ma anche a prendersi cura in stretta sinergia con i Servizi del territorio di un progetto di vita ampio e personalizzato, che preveda soluzioni diverse, per la persona stessa, rispetto all’istituzionalizzazione a tempo indeterminato. La costituzione di percorsi flessibili permetterà una permanenza, all’interno della struttura, anche temporanea della persona, con la possibilità di incentivazione di un rientro in famiglia o in strutture di minor intensità assistenziale, laddove possibile, a seconda del progetto personalizzato e comunque sempre in linea con le specifiche caratteristiche individuali. Per questo sarà posta particolare attenzione ad azioni educative finalizzate al mantenimento delle autonomie residue della persona; non sarà tralasciata l’attenzione ad attività ludico-ricreative, sia interne alla struttura, che esterne, col coinvolgimento delle istituzioni e delle associazioni di volontariato presenti sul territorio con la quale la Fondazione intrattiene intensi rapporti di proficua collaborazione. Il collegamento col territorio consentirà di mantenere o potenziare, laddove ce ne fosse la necessità, l’integrazione della persona con l’ambiente di riferimento, contrastando processi di esclusione. La partecipazione alle attività proposte, sia all’interno che all’esterno della struttura, saranno decise secondo un progetto personalizzato, che tenga conto delle risorse personali dell’individuo, nonché delle sue predisposizioni personali, interessi ed in generale secondo tutti quegli aspetti che caratterizzano l’individuo e lo differenziano dagli altri. La persona stessa, dunque, insieme al suo nucleo familiare laddove presente, partecipa alla delimitazione del proprio progetto insieme all’equipe multidisciplinare di struttura che opera in stretta sinergia e nel rispetto delle indicazioni dei Servizi aziendali territoriali.

Per quel che riguarda l’equipe, la Fondazione Casa Cardinale Maffi mette a disposizione un ampio ventaglio di professionalità, tra cui non solo quelle impegnate nel soddisfacimento quotidiano dei bisogni di base della persona, ma anche professionisti che svolgono attività di consulenza secondo bisogni specifici. L’equipe è composta da operatori socio-sanitari, infermieri, animatori, terapisti

occupazionale, musicoterapista, fisioterapista, psicomotricista, logopedista, assistenti sociali, coordinatore dei servizi educativo-riabilitativo, psicologo e medici, con specializzazioni in psichiatria, geriatria, fisiatria e diabetologia. Nei casi in cui avvenga il ritorno della persona al territorio di appartenenza, il trasferimento ad altra struttura o comunque un'uscita, temporanea o definitiva, dalla struttura, le figure professionali necessarie si impegneranno ad accompagnare il processo di trasferimento.

Particolare attenzione verrà posta al nucleo familiare, con possibilità di un'assistenza e sostegno a beneficio non solo della singola persona assistita, ma di tutta la sua rete di riferimento, in particolare dei familiari più stretti.

Gli elementi innovativi del progetto possono essere riassunti attraverso i seguenti punti:

- 1) progetti personalizzati ed appropriati per il singolo;
- 2) attenzione al mantenimento delle autonomie;
- 3) aumento, rispetto ai percorsi di RSA, delle ore dedicate alle attività ludico-ricreative, sia interne che esterne alla struttura rispetto a quelle prettamente assistenziali;
- 4) coinvolgimento istituzioni ed associazioni esterne;
- 5) integrazione col territorio, contrastando processi di esclusione;
- 6) disponibilità di un'Equipe multiprofessionale che possa prendersi cura non solo dei bisogni quotidiani e generalizzabili, ma anche dei bisogni particolari e specifici;
- 7) clima comunitario-familiare nei moduli;
- 8) assistenza/sostegno alla famiglia e partecipazione al percorso da parte della famiglia;
- 9) flessibilità del percorso, con possibilità di trasferimenti e rientro sul territorio;
- 10) assistenza professionale nella fase di uscita dalla struttura.

4. DESTINATARI

I potenziali **destinatari del progetto sperimentale** sono le persone adulte con disabilità psico-fisica in presenza di un quadro clinico o funzionale che non richieda un intervento riabilitativo né intensivo né estensivo e che necessitano di una risposta residenziale anche temporanea tesa a mantenere/consolidare i livelli di autonomia acquisiti e a garantire un adeguato intervento socio sanitario assistenziale. All'interno del progetto si prevedono due moduli diversificati sulla base del tipo di disabilità predominante (fisica/psichica) rispettivamente di 10 posti letto e 6 posti letto.

Gli accessi ai moduli avvengono da:

- percorsi di uscita da Residenze Sanitarie per Disabili (RSD), sia per il raggiungimento del limite massimo di età (65 anni), sia per il completamento del ciclo riabilitativo anche prima del raggiungimento dei 65 anni di età;
- soggetti giovani che richiedono percorsi estensivi non cronicizzanti ed in rete con il sistema delle case famiglia e dell'abitare supportato;
- pazienti presenti in strutture fuori zona o fuori ASL o Fuori Regione per i quali è necessario programmare un riavvicinamento. Attualmente questo percorso potrebbe riguardare tra i 4 ed i 6 utenti con età compresa tra i 30 ed i 55 anni, di ambo i sessi, con patologie di tipo psicotico di cui alcuni con limitazioni della libertà;
- percorsi di uscita da Residenze Sanitarie Riabilitative per disabilità psichica per il completamento del ciclo riabilitativo e necessità di mantenimento/consolidamento delle abilità acquisite;
- trasferimenti da altre strutture residenziali che non risultano più appropriate ai reali bisogni dell'assistito, anche per favorire il riavvicinamento al proprio territorio di origine.

5. AMBITO PROGETTUALE

Il modello di riferimento per la realizzazione di questo progetto è quello del Modulo Base di RSA, anche in termini di costo, ma con una sostanziale differenziazione rispetto ai parametri riferiti alle varie figure professionali che interagiscono nel percorso assistenziale ome più dettagliatamente indicato in seguito in modo di corrispondere in maniera più adeguata alle persone con disabilità psico-fisica attuando una presa in carico caratterizzata da percorsi flessibili con interventi correlati

in ambito socio-sanitario di sostegno alla famiglia per promuovere percorsi di inclusione nella società civile.

6. OBIETTIVI GENERALI E SPECIFICI

L'obiettivo generale del progetto è fornire una risposta adeguata ai bisogni delle persone con disabilità psico-fisica, garantendo prestazioni differenziate a seconda dei livelli di gravità in regime residenziali, favorendo azioni tese a contrastare processi di esclusione sociale e/o di istituzionalizzazione.

Gli obiettivi specifici sono:

valutazione condivisa con i servizi territoriali delle persone da inserire nel progetto; stesura del "progetto di vita" condiviso con la famiglia e il servizio sociale inviante della AZ USL di competenza al fine di mantenere i livelli di autonomia acquisiti;

previsione di momenti di incontro scambio e verifica del percorso assistenziale personalizzato con l'équipe della RSA e i servizi sociali della Azienda USL inviante;

diversificazione dei percorsi assistenziali sulla base della circolarità dei servizi offerti;

coinvolgimento delle eventuali famiglie degli utenti e delle associazioni di volontariato come momento fondamentale per il miglioramento dei processi di inclusione sociale;

promozione della partecipazione dei familiari e/o tutori/amministratori di sostegno alle attività previste nella residenza, anche attraverso la modalità del comitato familiari;

promozione, laddove possibile, di momenti di integrazione e/o attività con la rete territoriale.

7. PROGETTAZIONE OPERATIVA

a. Riorganizzazione e riqualificazione degli ambienti ed arredi dell'attuale nucleo 7^A e parte del nucleo 7[°] della attuale RSA di San Pietro in Palazzi per garantire la realizzazione del progetto con l'articolazione in due moduli assicurando gradi diversi di intensità assistenziale ed educativa in coerenza con il percorso assistenziale delle persone ivi accolte in relazione alla prevalenza della tipologia di disabilità.

b. Identificazione degli operatori di base con attitudine alla tipologia di persone accolte nel modulo sperimentale anche attraverso l'analisi del percorso professionale e formativo individuale secondo le categorie professionali necessarie:

_ tecnici della riabilitazione (musicoterapista, terapeuta occupazionale, fisioterapista, psicomotricista, animatore)

_ infermieri

_ OSS

c. Coinvolgimento di ulteriori figure professionali, già presenti in Fondazione, strettamente attinenti alla tipologia di persone assistite nei moduli e per il coinvolgimento della famiglia quali assistente sociale e psicologo.

d. Coinvolgimento delle figure medico professionali presenti in Fondazione ed operanti in altre strutture della Fondazione (sanitarie, riabilitative, ecc.), per consulenze al bisogno di tipo fisiatrico, psichiatrico, geriatrico, diabetologico.

e. Pianificazione degli interventi di struttura e di modulo da parte della Responsabile dell'Unità Operativa di San Pietro in Palazzi, dei Referenti infermieristici, della Responsabile del servizio educativo-riabilitativo della Bassa Val di Cecina e del Responsabile della turnistica del personale.

f. Organizzazione dei servizi alla persona, secondo i bisogni identificati, dello specialista in podologia, pedicure e parrucchiere.

g. Programmazione delle attività ludico/ricreative/riabilitative richieste dai Piani di Assistenza Personalizzata ed in particolare:

laboratorio manipolativo e/o occupazionale;

attività di stimolazione cognitiva (orientamento spazio-temporale);

attività motoria singola o di gruppo;

attività musicoterapica;

laboratorio di lettura ad alta voce;

attività ludico-ricreative interne ed esterne alla struttura;

- attività di socializzazione con la collaborazione delle varie associazioni di volontariato;
 attività socio/culturali sul territorio;
 altre attività da implementare in corso di sperimentazione sulla base dei bisogni identificati.
- h. Programmazione di attività/eventi con le istituzioni e le associazioni di volontariato che la rete territoriale può offrire attraverso progetti integrati, convenzioni, protocolli d'intesa.
- i. Coinvolgimento della rete familiare e/o tutori amministratori di sostegno, laddove è possibile, negli eventi della vita quotidiana consentendo l'espressione e la conservazione degli affetti utili al mantenimento del senso di appartenenza alla propria famiglia e al radicamento al proprio ambiente di origine
- j. Previsione di attivare le fasi sopraelencate entro due mesi dalla data di approvazione del progetto da parte della Regione Toscana.

8. REQUISITI STRUTTURALI, ORGANIZZATIVI, GESTIONALI E TECNOLOGICI

Requisiti strutturali

I moduli integrati, rispettivamente di 10 e 6 posti letto, sono individuati al piano terra del complesso immobiliare costituente l'attuale RSA di San Pietro in Palazzi. Tale dislocazione permette di usufruire di ambienti, seppur collegati per i servizi generali al complesso immobiliare sopraddetto, autonomi anche sotto l'aspetto strutturale in grado di corrispondere ai percorsi sperimentali e corrispondenti a caratteristiche similari all'ambiente familiare, dotati peraltro di spazi esterni dedicati ed attrezzati.

Ciascuno dei due moduli, è costituito sia da ambienti a zona giorno (soggiorno, sala pranzo) con spazi idonei alla socializzazione e servizi igienici dedicati, sia da ambienti a zona notte anch'essi con servizi igienici dedicati. Gli ambienti interni ed esterni favoriscono la possibilità di personalizzare il proprio spazio di vita in modo da ridurre il disagio del distacco dall'ambiente di riferimento e allo stesso tempo favorire l'autonomia della persona.

Inoltre, in locali già attrezzati attigui ai moduli, sono fruibili una palestra attrezzata per attività motoria singola e di gruppo e vari laboratori per le attività manipolative/occupazionali, di stimolazione cognitiva, di orientamento spazio/temporale, di musicoterapia, ecc.

Requisiti organizzativi e gestionali

Per la gestione dei moduli sperimentali viene utilizzato esclusivamente personale dipendente della Fondazione adeguatamente formato. E' previsto personale di assistenza infermieristica nelle ore diurne e di assistenza di base alla persona nelle 24 ore nonché personale dedicato esclusivamente alle attività ludico/ricreative, educative e riabilitative nelle ore diurne e figure di coordinamento per l'organizzazione e la gestione di tutte le attività assistenziali.

Gli assistiti usufruiscono inoltre di prestazioni di assistenza medico specialistica, assistenza sociale, assistenza psicologica e assistenza religiosa.

Il monte orario annuale complessivo di assistenza nei due moduli integrati per complessivi 16 posti letto è uguale a quello del modulo base di RSA secondo la normativa vigente con l'accentuazione delle figure dedicate ad attività ludico/ricreative, educative e riabilitative e la diminuzione di quelle dedicate all'assistenza infermieristica ed all'assistenza di base conservando complessivamente i livelli assistenziali.

La tabella seguente indica la distribuzione del monte orario annuale per 16 p.l.

R.S.A.

MODULO BASE

MODULI INTEGRATI

DISABILITA'

PSICO/FISICA

DIFFERENZA

Assistenza infermieristica 2.614 **1.308** - 1.306

Assistenza riabilitativa 654 **1.308** + 654

Assistenza ludico/ 654 **1.962** + 1.308

ricreativa ed educativa

Assistenza di base 13.070 **12.414** - 656

Totale 16.992 **16.992** 0

Il monte orario sopraindicato garantisce la presenza del seguente standard di personale giornaliero per due moduli di complessivi 16 posti letto:

QUALIFICA MINUTI DI ASSISTENZA ORE/DIE

Infermieri 216 3,6*

Tecnici della Riabilitazione 216 3,6

Animatori/educatori 324 5,4

Operatori Socio Sanitari 2.040 34,0

totale 2.796 46,6

* Essendo i moduli integrati per la disabilità psico/fisica inseriti e contigui alla RSA, viene garantita la pronta disponibilità di un infermiere in caso di urgenza/emergenza nelle 24 ore.

Ad essi si aggiungono prestazioni da parte di altre figure professionali:

Responsabile di struttura

Responsabile settore educativo/riabilitativo

Referente infermieristico

Medici specialisti (fisiatra, psichiatra, geriatra, medico endocrinologo)

Assistente sociale

Psicologo

Podologo

Estetista

Parrucchiere

Assistente religioso (sacerdote o altro ministro del culto)

L'assistenza medica di base viene assicurata dal MMG con gli accessi programmati e regolati dalla vigente normativa regionale.

Il lavoro dell'equipe multiprofessionale all'interno dei moduli integrati per la disabilità psico/fisica viene svolto in integrazione con i servizi aziendali territoriali con l'adozione di:

- **una cartella socio-sanitaria** per la documentazione precisa, puntuale, funzionale del progetto assistenziale/riabilitativo di ogni assistito che ne monitorizzi l'evoluzione.

Tale documentazione risponde a criteri di:

semplicità;

centralità dell'assistito;

orientata al rispetto dei diritti della persona;

olistica;

completa;

multi professionale;

rispettosa del dettato normativo e medico-legale;

facilità nella compilazione, consultazione, conservazione;

corredata da manuale per la corretta gestione;

- **un Piano di Assistenza Personalizzata (PAP)** che favorisca la definizione in equipe del progetto assistenziale/riabilitativo individuale che verrà periodicamente valutato e ridefinito.

- **un piano di lavoro** che definisca la sequenza delle attività che le varie figure professionali erogano nelle 24 ore;

- **protocolli e procedure** volte a definire con chiarezza le modalità per l'esecuzione di prestazioni assistenziali, riabilitative e /o organizzative complesse permettendo in tal modo di erogare un servizio secondo criteri di sicurezza e qualità;

La retta per ogni assistito presso i moduli integrati per la disabilità psico/fisica è sovrapponibile a quella della RSA modulo base nel rispetto della sostenibilità ed appropriatezza degli interventi.

Requisiti tecnologici

I moduli integrati vengono dotati di arredi e le attrezzature idonee alle caratteristiche delle persone accolte e conformi alla normativa vigente nonché di:

- apparecchiature (televisori, computer, telefoni, videoproiezioni, ecc);
- ausili per portatori di handicap;
- attrezzature per lo svolgimento delle attività ludico/ricreative e riabilitative;
- attrezzature medico sanitarie.

Gli ambienti sono collegati agli impianti elettrici (anche con generatore di emergenza), idrici e di riscaldamento centralizzati con sistema programmato di manutenzione preventiva ed interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria da effettuarsi secondo le necessità con ditte specializzate nei vari settori.

Gli ambienti, le attrezzature e gli impianti corrispondono ai requisiti previsti dalla normativa prevenzione incendi e sicurezza sui luoghi di lavoro.

Il servizio mensa è assicurato dalla cucina centralizzata presente nel complesso immobiliare con ampia possibilità di personalizzazione del menù.

Il servizio pulizia è affidato in appalto a cooperativa sociale.

Il servizio di guardaroba/lavanderia, sia per la biancheria piana che per gli indumenti personali, è affidato a ditta esterna.

9. FORMAZIONE E QUALITA'

L'assistenza verso persona con disabilità psico/fisica richiede agli operatori dedicati di esprimere la loro professionalità non solo in termini di competenza tecnico scientifica, ma anche umana ed etica. Per raggiungere e mantenere ad un alto livello di motivazione e conoscenze entrambe queste finalità, è necessario investire tempo e risorse nella formazione e aggiornamento del personale, di ogni ordine e grado, per i livelli di rispettiva competenza. La formazione, infatti, costituisce una leva strategica per la motivazione del personale, per l'attivazione di nuovi livelli di integrazione e per lo sviluppo di un clima organizzativo ed assistenziale attento alle necessità di coloro che ricevono il servizio erogato: le persone assistite.

Considerato che ogni operatore è già in possesso di un bagaglio personale di conoscenze e competenze, all'attivazione di questi moduli si prevede lo sviluppo di interventi formativi mirati a dare risposte concrete e specifiche ai bisogni formativi rilevati nei confronti dell'esercizio professionale in una realtà di questo tipo unitamente all'identificazione e sviluppo di Progetti Qualità volti al miglioramento continuo dei processi assistenziali secondo il Sistema Qualità in atto all'interno della Fondazione.

10. DESCRIZIONE DELLA RETE ISTITUZIONALE E NON

Il Progetto Sperimentale è stato promosso dalla Fondazione Casa Cardinale Maffi, in accordo con l'Azienda USL n. 6 di Livorno, la Società della Salute e il Comune di Cecina creando così una rete istituzionale per rispondere alle esigenze emerse a seguito di un'attenta analisi del contesto territoriale di riferimento. E' stato costituito un tavolo tecnico allo scopo di promuovere il suddetto progetto sperimentale con una programmazione locale concertata al fine di avviare percorsi assistenziali innovativi sotto il profilo organizzativo, gestionale e metodologico. E' stata promossa una efficace integrazione tra servizi sociali, sanitari e del terzo settore per potenziare l'assistenza territoriale coinvolgendo anche varie associazioni di volontariato, creando sinergie con tutti i soggetti coinvolti al fine di ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili.

11. IDENTIFICAZIONE DELLA SEDE OPERATIVA

Il progetto sperimentale verrà attivato usufruendo di parte del complesso immobiliare attualmente costituente la RSA di San Pietro in Palazzi della Fondazione Casa Cardinale Maffi sita nel Comune di Cecina ed inserita nel territorio dell'Azienda USL 6 di Livorno, Zona Bassa Val di Cecina.

12. INDICATORI

1- condivisione con i servizi territoriali delle valutazioni dei percorsi assistenziali per utenti da inserire nel progetto sperimentale e verifiche periodiche sull'andamento del percorso assistenziale personalizzato.

Standard:

- numero valutazioni dei percorsi assistenziali preinserimento per i nuovi assistiti provenienti dal territorio / numero nuovi assistiti provenienti dal territorio = 100%

- numero Piani di Assistenza Personalizzati condivisi con il servizio competente per gli assistiti già presenti in strutture della Fondazione / numero Piani di Assistenza

Personalizzati = 60%

2- Appropriatelyzza dell'intervento sulla base del bisogno identificato.

Standard:

- numero Piani di Assistenza Personalizzati con valutazione degli obiettivi prefissati / numero Piani di Assistenza Personalizzati = 80%

3- Coinvolgimento e partecipazione della rete familiare

Standard:

- numero Piani di Assistenza Personalizzati condivisi con la famiglia / numero Piani di Assistenza Personalizzati = 30%

- numero eventi di socializzazione partecipati dai familiari degli assistiti dei moduli integrati / numero eventi di socializzazione dedicati agli assistiti dei moduli integrati = 30%

4- Integrazione territoriale

Standard:

- numero attività effettuate con il coinvolgimento di associazioni di volontariato e/o istituzioni / numero attività programmate = 40%

5- Diversificazione dei percorsi e/o continuità assistenziale

Standard:

- numero di inserimenti da strutture a più elevata intensità/numero di assistiti inseriti = 20%

- numero di trasferimenti dal progetto sperimentale verso domicilio e/o altra struttura e viceversa/ numero assistiti = 20%

13. TEMPI DI REALIZZAZIONE

L'attivazione operativa dei moduli integrati per l'inizio della sperimentazione necessita dello sviluppo di quanto indicato al punto n. 7 del presente documento. Sono previsti 60 giorni dal momento della comunicazione di approvazione del progetto da parte degli organi regionali a ciò preposti.

VENETO

DGR N. 1755 12.15 - Approvazione piano attuativo del fondo nazionale per le non autosufficienze anno 2015. (BUR n. 118 del 18.12.15)

Note

PREMESSA

Con l'articolo 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)", al fine di garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti, è stato istituito presso il Ministero della Solidarietà Sociale un fondo denominato Fondo per le non autosufficienze.

Con Decreto interministeriale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, di concerto con il Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e Finanze del 14 maggio 2015, previa intesa della Conferenza Unificata di cui al Decreto legislativo 20 agosto 1997, n.281, sono state ripartite alle Regioni e alle Province autonome di Trento e Bolzano le risorse del "Fondo per le non autosufficienze" per l'anno 2015, assegnando alla Regione del Veneto € 30.342.000,00.

L'art. 5 del citato Decreto interministeriale prevede che le Regioni comunichino al Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali le modalità di attuazione degli interventi da realizzare secondo le finalità stabilite dall'art. 2 e secondo quanto disposto dall'articolo 3, comma 1, al fine di consentire l'erogazione delle medesime risorse spettanti.

LA DISPOSIZIONE

In ottemperanza a quanto previsto dal interministeriale viene approvato il Piano attuativo del Fondo per le Non Autosufficienze per l'anno 2015, contenuto nell'**Allegato A**, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Tale Piano definisce, all'interno delle politiche regionali della Non Autosufficienza, gli obiettivi e priorità che la Regione intende perseguire nell'ambito degli interventi a sostegno della domiciliarità, utilizzando le risorse nazionali aggiuntive rispetto alle risorse regionali già destinate alle prestazioni e ai servizi a favore delle persone non autosufficienti.

Viene altresì approvato, secondo quanto previsto dal richiamato Decreto interministeriale, l'approvazione dello schema riassuntivo delle azioni e dei relativi importi, contenuto nell'**Allegato B**, parte integrante e sostanziale del presente atto.

ALLEGATO A

Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze – Anno 2015

Piano regionale attuativo

Premesse

La Regione del Veneto ha sviluppato un sistema di servizi sociali e socio-sanitari con l'obiettivo di sostenere e accompagnare le persone non autosufficienti attraverso politiche di integrazione che hanno prodotto la realizzazione di una rete territoriale di sostegno sociale, economico, assistenziale, a domicilio, nei centri diurni e nei servizi residenziali. Nel corso del tempo si è intensificato lo sforzo per una maggiore integrazione della rete dei servizi, sia nella direzione di progetti individuali integrati che nella direzione di una programmazione locale e regionale unitaria.

L'approvazione del Piano Socio-Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2016, avvenuta con la legge regionale 23/2012 “Norme in materia di programmazione socio-sanitaria”, ha introdotto importanti elementi di novità anche nelle politiche di programmazione e di organizzazione degli interventi nell'ambito della Non Autosufficienza, che rispondono ai seguenti capisaldi:

- programmare i servizi coerentemente con i bisogni espressi nel contesto regionale;
- garantire l'erogazione uniforme in tutto il territorio regionale dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- confermare il modello regionale di integrazione socio-sanitaria;
- valorizzare le migliori pratiche sviluppate nei territori;
- generare una relazione tra la responsabilità di chi programma e gestisce i servizi, le risorse disponibili e le azioni per migliorare l'appropriatezza degli interventi.

Gli obiettivi del PSSR richiamano i seguenti principi:

- la centralità della persona (che significa: sicurezza per il paziente, qualità dell'assistenza, definizione di progetti assistenziali individualizzati);
- l'equità (garanzia di uniformità di appropriatezza assistenziale);
- l'umanizzazione (capacità di accoglienza, accessibilità, relazione, semplificazione delle procedure);
- l'integrazione: socio-sanitaria; tra ospedale e territorio, tra le realtà locali;
- la responsabilizzazione (rendere conto di quanto e come viene organizzato, offerto ed erogato);
- la sostenibilità (economica, sociale e professionale);
- la continuità del percorso assistenziale;
- il raggiungimento dei bisogni dove si manifestano.

La coniugazione del PSSR 2012-2016 nella Non Autosufficienza, con riferimento alla domiciliarità

A partire dal 2013 la Regione del Veneto ha avviato un percorso di riforma delle prestazioni del “paniere della domiciliarità” attraverso l'istituzione dell'Impegnativa di Cura Domiciliare (ICD).

L'Assegno di Cura – che dal 2007, in esecuzione della DGR programmatica in materia di domiciliarità n. 39/2006, aveva unificato gli interventi previsti dalle LR 28/1991 e dai diversi provvedimenti che dal 2001 hanno riconosciuto le forme di sostegno per la presenza di disturbi del comportamento e l'assunzione di assistenti familiari (badanti) – è evoluto in uno strumento che accoglie in un unico paniere tutti gli interventi integrativi alle Cure Domiciliari, consentendo la programmazione di servizi e di risorse nell'ambito della classificazione delle politiche

sociosanitarie prevista dal d.lgs. 229/1999 e dall'Atto di indirizzo e coordinamento del 14 febbraio 2001.

In tal modo si è inteso riunire in maniera sistematica l'insieme degli interventi rivolti alle cure domiciliari nell'ambito della Non Autosufficienza, e, nello stesso tempo, ricondurre ad una programmazione e gestione unitaria anche le politiche affini, quali gli interventi di aiuto personale, di promozione dell'autonomia personale e di vita indipendente, la cui programmazione regionale è contenuta nella DGR 1859/2006 (Linee di indirizzo e disposizioni per la predisposizione del Piano locale della disabilità).

L'obiettivo è stato quello di identificare e qualificare nell'ambito dei servizi programmati a livello regionale per le Cure Domiciliari, con esclusione delle attività di medicina generale e specialistica, e di assistenza infermieristica e riabilitativa, tutte le azioni che si possono configurare tra le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, anche qualora corrispondano ad interventi sostitutivi di carattere economico.

L'Impegnativa di Cura Domiciliare – alla quale si accede previa valutazione multidimensionale (SVaMA e SVaMDi) – viene strutturata in cinque tipologie, mutuamente esclusive, per la risposta a bisogni di bassa e di media intensità, per gli interventi a favore di persone con grave disabilità psichica e intellettiva (promozione dell'autonomia personale e di aiuto personale) e a favore di persone con disabilità fisico-motoria (vita indipendente delle persone disabili).

Una delle tipologie di ICD (ICDa, per alto bisogno assistenziale) è destinata agli interventi vincolati previsti dall'articolo 3 del Decreto di riparto del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze. Tali interventi sono destinati a circa 700 persone con disabilità gravissime e in condizione di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continua nelle 24 ore.

Il paniere della domiciliarità si completa infine con le risorse destinate al sollievo e quelle assegnate ai Comuni o agli enti da essi delegati, per il sostegno all'assistenza tutelare per le persone con presa in carico sociale e socio-sanitaria.

Programma di intervento per il 2015

Con la Legge Regionale n. 30 del 18 dicembre 2009 è stato istituito e disciplinato il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, con lo scopo di assicurare alle persone non autosufficienti un sistema regionale di assistenza sociale e socio-sanitaria e di protezione e tutela delle famiglie e soggetti che le assistono. Il Fondo ricomprende al suo interno le risorse del Fondo nazionale per le Non Autosufficienze, nel quale vanno a confluire le risorse per la domiciliarità e per la residenzialità, le risorse destinate al finanziamento del servizio di telesoccorso e telecontrollo, le risorse destinate al finanziamento dell'attività di assistenza semiresidenziale di tipo abilitativo ed educativo nei centri diurni delle persone con disabilità, rientranti nell'ambito delle somme assegnate alle Aziende ULSS per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA). Nel Fondo confluiscono, inoltre, le risorse derivanti dallo Stato o da altri soggetti pubblici destinati alla non autosufficienza.

Per il 2015 le risorse provenienti dal Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze, ai sensi dell'art. 1 comma 1265 della legge 27 dicembre 2006, n. 296, assegnate e ripartite con Decreto Interministeriale del 14 maggio 2015, vanno ad integrare il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, confermando, come negli anni precedenti, gli interventi nell'area della domiciliarità, come dettagliato nell'Allegato B al presente provvedimento.

Il programma di lavoro per l'anno 2015 è integrato, secondo le previsioni del PSSR, dalla costruzione di strumenti informativi di lettura delle prestazioni programmate ed erogate, nell'ambito del ciclo di programmazione e controllo delle prestazioni sociali e socio-sanitarie di competenza regionale. L'incrocio tra il flusso dell'Impegnativa di Cura Domiciliare e gli altri flussi regionali in materia di prestazioni domiciliari intende peraltro porsi ad ausilio quale strumento di ricomposizione delle prestazioni e delle erogazioni.

Nel corso del 2015, infine, si conclude il processo di acquisizione informatica delle valutazioni SVaMA e SVaMDi relativo all'intera utenza delle prestazioni socio-sanitarie regionali,

completando il percorso già descritto nei piani attuativi del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze degli anni precedenti.

ALLEGATO B

Fondo nazionale per le Non Autosufficienze – Anno 2015

Programma attuativo

Tabella 1 – Allocazione delle risorse assegnate

Finalità (Art. 2 co. 1 decreto 14 maggio 2015) Somme allocate (€)

b) La previsione di un supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia eventualmente anche con trasferimenti monetari nella misura in cui gli stessi siano condizionati all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliari nelle forme individuate dalle Regioni o alla fornitura diretta degli stessi da parte di familiari e vicinato sulla base del piano personalizzato di cui all'articolo 4, comma 1, lettera b), e in tal senso monitorati.

15.610.000,00

Descrizione intervento:

L'intervento è eseguito nell'ambito dell'Impegnativa di Cura Domiciliare di cui alla DGR 1338/2013. Tale provvedimento definisce anche le modalità di monitoraggio dell'esito dell'assistenza.

c) La previsione di un supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia eventualmente anche con interventi complementari all'assistenza domiciliare, a partire dai ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie, nella misura in cui gli stessi siano effettivamente complementari al percorso domiciliare, assumendo l'onere della quota sociale e di altre azioni di supporto individuate nel progetto personalizzato, di cui alla lettera b), e ad esclusione delle prestazioni erogate in ambito residenziale a ciclo continuativo di natura non temporanea.

2.595.200,00

Descrizione intervento:

L'intervento è eseguito nell'ambito delle linee di azione previste nella DGR 1338/2013, tra le quali è compreso il sollievo.

TOTALE 18.205.200,00

Tabella 2 – Disabilità Gravissime (pari ad almeno il 40% della quota erogata)

Interventi a favore di persone con disabilità gravissime

(Art. 3 decreto 14 maggio 2015)

Somme allocate (€)

b) La previsione di un supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia eventualmente anche con trasferimenti monetari nella misura in cui gli stessi siano condizionati all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliari nelle forme individuate dalle Regioni o alla fornitura diretta degli stessi da parte di familiari e vicinato sulla base del piano personalizzato di cui all'articolo 4, comma 1, lettera b), e in tal senso monitorati.

10.400.000,00

Descrizione intervento:

L'intervento è eseguito nell'ambito dell'Impegnativa di Cura Domiciliare di cui alla DGR 1338/2013. Le regole per l'individuazione dell'utenza sono state definite nell'ambito della tipologia di ICD denominata "ICDa".

c) La previsione di un supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia eventualmente anche con interventi complementari all'assistenza domiciliare, a partire dai ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie, nella misura in cui gli stessi siano effettivamente complementari al percorso domiciliare, assumendo l'onere della quota sociale e di altre azioni di supporto individuate nel progetto personalizzato, di cui alla lettera b), e ad esclusione delle prestazioni erogate in ambito residenziale a ciclo continuativo di natura non temporanea.

1.736.800,00

Descrizione intervento:

L'intervento è erogato nell'ambito della programmazione di residenzialità per persone con SLA, di cui alla DGR 739/2015

TOTALE 12.136.800,00

Tabella 3 – Integrazione sociosanitaria**(Art. 4 decreto 14 maggio 2015)**

a) Prevedere o rafforzare, ai fini della massima semplificazione degli aspetti procedurali, punti unici di accesso alle prestazioni e ai servizi localizzati negli ambiti territoriali di cui alla lettera d), da parte di Aziende Sanitarie e Comuni, così da agevolare e semplificare l'informazione e l'accesso ai servizi socio-sanitari.

Descrizione dell'impegno della Regione

Il percorso previsto è già stato condotto, completato e messo a regime negli anni scorsi.

b) Attivare o rafforzare afforzare modalità di presa in carico della persona non autosufficiente attraverso un piano personalizzato di assistenza, che integri le diverse componenti sanitaria, sociosanitaria e sociale in modo da assicurare la continuità assistenziale, superando la frammentazione tra le prestazioni erogate dai servizi sociali e quelle erogate dai servizi sanitari di cui la persona non autosufficiente ha bisogno e favorendo la prevenzione e il mantenimento di condizioni di autonomia, anche attraverso l'uso di nuove tecnologie.

Descrizione dell'impegno della Regione

L'Istituzione del "paniere" della domiciliarità (DGR 1338/2013) ha generato altresì l'esigenza di strutturare un sistema informativo per la gestione dell'impegnativa di cura domiciliare. Ciò consente la generazione di dati di flusso che verranno prossimamente incrociati con i flussi delle Cure domiciliari in ambito sanitario e con altre prestazioni predittive di bisogni assistenziali sociosanitario (ad esempio il Telesoccorso). Tali flussi potranno altresì alimentare il Fascicolo sociosanitario individuale.

c) Implementare modalità di valutazione della non autosufficienza attraverso unità multiprofessionali UVM, in cui siano presenti le componenti clinica e sociale, utilizzando le scale già in essere presso le Regioni, tenendo anche conto ai fini della valutazione biopsico- sociale, nella prospettiva della classificazione ICF, delle condizioni di bisogno, della situazione economica e dei supporti fornibili dalla famiglia o da chi ne fa le veci.

Descrizione dell'impegno della Regione

Con la DGR 1804/2014 è stato completato il percorso di costruzione della SVaMDi, Scheda di Valutazione Multidimensionale per le persone con Disabilità. Lo strumento si affianca perciò alla SVaMA, consentendo la mappatura e la valutazione di tutte le persone non autosufficienti e disabili prese in carico nel sistema dei servizi socio-sanitari.

e) Formulare indirizzi, dandone comunicazione al Ministero del Lavoro e delle politiche sociali e al Ministero della Salute, ferme restando le disponibilità specifiche dei finanziamenti sanitario, sociosanitario e sociale, per la ricomposizione delle prestazioni e delle erogazioni, in contesto di massima flessibilità delle risposte, adattata anche alle esigenze del nucleo familiare delle persona non autosufficiente (es: budget di cura).

Descrizione dell'impegno della Regione

Con la DGR 1552/2014 la Regione ha confermato l'adesione ad un progetto ADAPT, nel quale è prevista una sperimentazione in questo senso.

PARI OPPORTUNITÀ
LOMBARDIA

DD 4.12.15 - n. 11025 - Approvazione della graduatoria dei progetti ammissibili al contributo dell'iniziativa regionale «Progettare la parità in Lombardia 2015» di cui alla d.g.r. n. x/3944 del 31

luglio 2015 e del decreto n. 6588 del 3 agosto 2015 e contestuale impegno del contributo concesso. (BUR n. 51 del 16.12.15)

Note

Vengono dichiarate non ammissibili a valutazione n. 14 (quattordici) domande presentate dai soggetti di cui all'allegato A), parte integrante e sostanziale del presente atto, per le motivazioni espresse in premessa.

Viene approvata la graduatoria con n. 36 (trentasei) progetti ammissibili come riportata nell'Allegato B) parte integrante e sostanziale del presente atto;

Sono altresì dichiarati non ammissibili al contributo n. 16 (sedici) progetti come risultanti dall'allegato C), parte integrante e sostanziale del presente atto, per mancato raggiungimento del punteggio minimo previsto al punto 10 (Valutazione delle domande) delle «Modalità per la presentazione delle domande di contributo», all. A) al d.d.g. 6588 del 3 agosto 2015.

NB

Si rinvia alla lettura integrale del testo per gli allegati.

PERSONE CON DISABILITÀ

BASILICATA

DGR 10.11.15, n. 1455 - DD.G.R. n. 691 del 10/6/2014 e n. 1106 del 10/08/2015 - Protocollo d'intesa tra la Regione Basilicata e la Fondazione Stella Maris IRCCS di Calambrone. Modifiche ed integrazioni. (BUR n. 52 del 16.12.15)

DGR 24.11.15, n. 1545 - L.R. 20/2007 articolo 4 - Avviso Interventi a favore di soggetti con dislessia e altre difficoltà specifiche di apprendimento. Anno scolastico 2015/16. (BUR n. 52 del 16.12.15)

Note

In relazione a quanto disposto dalla Legge regionale 12 novembre 2007, n. 20 "Interventi a favore di soggetti affetti da dislessia e da altre difficoltà specifiche di apprendimento", e in particolare, l'articolo 4 della L.R. 20/2007 che, al fine di assicurare il processo d'integrazione scolastica e rendere effettivo il diritto allo studio, prevede contributi per l'acquisto nelle scuole e nelle famiglie di strumenti informatici per facilitare i percorsi didattici degli alunni con difficoltà specifiche di apprendimento, si procede all'individuazione dei criteri e delle modalità per l'assegnazione dei contributi a favore dei soggetti con dislessia.

1. Sono determinati, per l'anno scolastico 2015/2016, i criteri e le modalità di erogazione dei contributi di cui all'art. 4 della L.R. 20/2007, in favore dei soggetti con dislessia così come riportati nell'allegato Avviso, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Viene assicurato il sostegno alle famiglie la cui situazione economica equivalente (ISEE) non sia superiore ad € 11.305,72, in analogia con l'ISEE stabilito per tutti gli altri interventi relativi al diritto allo studio attivati dalla Regione Basilicata.;

Vengono registrate le prenotazioni d'impegno sotto indicate sul "Bilancio Pluriennale per il Triennio 2015/2017", esercizio finanziario 2016, che presenta la necessaria disponibilità:

€ 50.000,00, da destinare ai comuni a sostegno dei soggetti affetti da dislessia;

€ 50.000,00, da destinare agli istituti scolastici a sostegno dei soggetti affetti da dislessia.

Interventi in favore dei soggetti con dislessia e altre difficoltà specifiche di apprendimento

anno scolastico 2015/16

La Regione Basilicata, ai sensi dell'articolo 4 della L.R. 20/2007, destina ogni anno specifici contributi ai soggetti con DSA o altre difficoltà di apprendimento, onde favorire l'acquisto nelle scuole e nelle famiglie di strumenti informatici dotati di videoscrittura con correttore ortografico e sintesi vocale e di altri strumenti alternativi, informatici o tecnologici, per facilitare i percorsi didattici.

Modalità Operative

Destinatari

1. Istituti scolastici
2. Famiglie di alunni con DSA il cui reddito ISEE risulti uguale o inferiore a 11.305,72;

1. Istituti scolastici:

presentano l'istanza alla Regione Basilicata, entro e non oltre entro 40 giorni dalla pubblicazione del presente Avviso sul BUR e sul sito della Regione Basilicata alla sezione Avvisi e Bandi, esclusivamente on line

N.B. l'istituzione scolastica dovrà produrre un'unica domanda (anche se ha più sedi) pena l'esclusione dal contributo

2. Famiglie

La famiglia dell'allievo dislessico deve presentare al Comune di residenza richiesta cartacea compilando il modello di domanda (allegato 1) completo della seguente documentazione:

- a. Copia preventivo o fattura indicante l'elenco degli strumenti con il dettaglio tecnico ed il relativo costo.
- b. copia della certificazione medica attestante la diagnosi di DSA;

i soggetti beneficiari di precedente finanziamento possono richiedere il contributo esclusivamente per eventuali aggiornamenti di software.

Il Comune:

- **procede all'istruttoria dell'ammissibilità delle richieste pervenute dalle famiglie sulla base dei criteri stabiliti nel presente Avviso;**
- **presenta istanza alla Regione Basilicata, entro 60 giorni dalla pubblicazione del presente Avviso sul BUR e sul sito della Regione Basilicata alla sezione Avvisi e Bandi esclusivamente on line**

Criteri di finanziamento

Il contributo è concesso nella misura del 70% della spesa ammissibile e, secondo i seguenti importi massimi erogabili:

- Computer portatile o tablet: contributo massimo erogabile comprensivo di software di base e di tutte le periferiche € 400,00 (in ogni caso non superiore al 70% del preventivo);
- Programmi Software: contributo massimo onnicomprensivo erogabile € 300,00 (in ogni caso non superiore al 70% del preventivo).

L'importo massimo erogabile per ciascun istituto scolastico non potrà superare 500,00 euro per alunno per un massimo di € 3.500,00.

Le spese relative ai software laddove reperibili in commercio nella modalità contratto installazioni multiple, saranno ammissibili esclusivamente nella misura minima sufficiente ad assicurare a tutti i beneficiari la fruizione del programma.

Criteri di ammissibilità

- Sarà data priorità alle famiglie ed agli istituti scolastici che non hanno mai usufruito di alcun contributo da parte della Regione Basilicata
- **Non saranno ammesse all'istruttoria le domande di famiglie e Istituti scolastici che non hanno utilizzato il contributo ottenuto negli anni precedenti concesso dalla Regione Basilicata.**

- In caso di richieste di personal computer che comprendono anche software specifici, nel preventivo e nella documentazione d'acquisto, i costi devono essere indicati separatamente; ciò al fine di consentire di rispettare i massimali indicati per l'hardware e utilizzare il criterio del 70% per l'acquisto del software (**in caso di mancata indicazione di costi separati tra hardware e software, il Comune è tenuto ad escludere la richiesta**).
- Nel caso di acquisto di solo hardware, è necessario indicare espressamente, **pena l'esclusione dal contributo**, quale software (anche se a titolo gratuito) si utilizzerà con il supporto tecnologico, indicando gli estremi e le caratteristiche principali del prodotto e la effettiva disponibilità di utilizzo dello stesso;
- Nel caso in cui per il medesimo allievo sono inoltrate contestualmente le richieste della Scuola e della famiglia, sarà data precedenza all'istanza della famiglia.
- Nel caso in cui nel medesimo nucleo familiare sono presenti più soggetti con DSA, è ammissibile la richiesta per un solo hardware, fermo restando la possibilità di finanziare più software sulla base delle esigenze dei singoli studenti.
- Nell'autocertificazione alla voce "altri contributi" le famiglie devono dichiarare anche gli eventuali assegni di frequenza percepiti dall'INPS nel precedente anno scolastico;
- Il Comune è tenuto a verificare la veridicità delle autocertificazioni prodotte nel rispetto della normativa vigente.

Per l'assegnazione dei fondi alle famiglie l'Ufficio procederà a stilare la graduatoria, in ordine crescente, secondo i seguenti criteri:

1. reddito ISEE dichiarato vigente all'atto della domanda;
2. Importo Contributo percepito per l'anno scolastico precedente da Altri Enti per sostegno DSA (ICAE)
3. Importo Contributo percepito ai sensi della L.R. 20/2007. (ICR)

Il punteggio sarà attribuito applicando la seguente formula:

$$\text{Punteggio} = \frac{\text{ISEE} + \text{ICAE} + \text{ICR}}{1000}$$

Il contributo sarà assegnato in via prioritaria alle scuole che non hanno percepito alcun beneficio negli anni precedenti.

Per le altre istituzioni scolastiche, l'Ufficio procederà a stilare la graduatoria, in ordine decrescente, secondo i seguenti criteri:

- a. Totale allievi iscritti nell'anno scolastico 2014/2015 (TI)
- b. Totale alunni iscritti nell'anno scolastico 2014/2015 con DSA e certificati (IDSA)
- c. Sulla base dell'importo complessivo del contributo percepito negli anni precedenti ai sensi della L.R. 20/2007 e/o da altri Enti saranno attribuiti i seguenti punteggi (TCAP):
 - 15 punti alle scuole che non hanno mai percepito contributi;
 - 7 punti alle scuole che hanno percepito un contributo fino a € 3.000,00
 - 3 punti alle scuole che hanno percepito un contributo superiore a € 3.000,00;

Il punteggio sarà attribuito applicando la seguente formula:

$$(IDSA*100/TI)+TCAP$$

Modalità di presentazione on line delle domande

1. Le istanze dei Comuni e delle Istituzioni scolastiche per accedere ai contributi di cui al presente avviso devono essere presentate esclusivamente compilando il formulario di domanda informatico (Dichiarazione Unica) disponibile sul portale istituzionale della Regione Basilicata www.basilicatanet.it.
2. La procedura di presentazione delle domande prevede le seguenti fasi:
 - a) "registrazione" del Soggetto proponente la domanda di finanziamento, mediante accesso al seguente indirizzo internet <http://servizi.regione.basilicata.it>.
 - b) compilazione del "formulario di domanda telematica" seguendo le indicazioni contenute nella procedura guidata;

- c) Cliccare su : "Invio Istanza" > "Genera Istanza"
- d) Cliccare su : "Invio Istanza" > "Visualizza Istanza" salvare in locale il pdf dell'istanza e firmarlo digitalmente (Attenzione la firma deve essere in corso di validità)
- e) Cliccare su : "Invio Istanza" > "Allega Istanza Firmata" e allegare il documento firmato in precedenza
- f) Cliccare su : "Protocolla Istanza Firmata".

3. I Soggetti che intendono presentare domanda di contributo sul presente Avviso devono effettuare la registrazione di cui al precedente comma 2 lettera a), mediante l'inserimento dei propri dati identificativi.

4. Con le credenziali di accesso, acquisite durante la fase di registrazione, a partire dalla data di pubblicazione del bando e fino alle ore **12 giorno della scadenza prevista** sarà possibile compilare il modello di formulario telematico (comma 2 lettera b) tramite accesso al sito www.basilicatanet.it. Alle domande che risulteranno candidabili sulla base dei dati dichiarati, sarà assegnato automaticamente un numero identificativo.

Liquidazione contributo

La documentazione contabile relativa agli acquisti effettuati deve essere inviata al seguente indirizzo PEC avvisi.istruzione@pec.regione.basilicata.it, entro e non oltre 6 mesi dalla data di concessione del contributo, pena la revoca dello stesso.

La liquidazione verrà effettuata nella misura del 70% della spesa effettivamente sostenuta e dimostrata.

Eventuali economie rivenienti dalla rinuncia ai contributi e/o dall'esito complessivo delle rendicontazioni saranno utilizzate per lo scorrimento delle graduatorie.

Eventuali modifiche al preventivo devono essere autorizzate.

L'acquisto effettuato dovrà essere rispondente, se non autorizzate variazioni, al preventivo presentato e la fattura dovrà contenere analiticamente le attrezzature ed i software, con il relativo costo, pena la revoca del contributo concesso.

Allegato 1
Domanda famiglie

AL COMUNE DI _____

EROGAZIONE DI CONTRIBUTI ALLE FAMIGLIE DI ALUNNI CON DISTURBI SPECIFICI DI APPRENDIMENTO (DSA)

Il/La sottoscritto/a _____ (cognome) _____ (nome)

 nato/a a _____ prov. _____ il _____
 _____ CF _____
 residente a _____ Via _____ n. _____
 c.a.p. _____ prov _____ tel. _____ in qualità

CHIEDE

Per il sotto indicato alunno

Cognome _____ Nome _____
 nato/a a _____ prov. _____ il _____
 CF _____
 residente a _____ Via _____
 n. _____ c.a.p. _____ prov _____ tel. _____
 Scuola frequentata _____ Sede _____ Classe _____

I seguenti strumenti/ausili didattici :

Hardware:

_____ ;

Software

_____ ;

DICHIARA

- Che il reddito ISEE in corso di validità è il seguente _____
- Che il suindicato alunno presenta disturbi dell'apprendimento regolarmente certificati da struttura competente;
- di non avere richiesto altro finanziamento pubblico;
- di aver ricevuto altri contributi da _____ di € _____ ;

- di aver ricevuto un finanziamento ai sensi della L.R. 20/2007 nell'anno _____ di € _____;
- che la richiesta riguarda l'aggiornamento di software già oggetto di finanziamento;
- che è già in possesso dei seguenti software: _____

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e dichiarazioni mendaci (art. 76, DPR 445/2000).

Consapevole che la non veridicità del contenuto delle suddette autocertificazioni/dichiarazioni comporta la decadenza dei benefici ottenuti in base alla dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art. 75 del DPR 445/2000.

(luogo) (data)

(Firma estesa leggibile)

ALLEGA:

- Preventivo o fattura/ricevuta fiscale forniti dalle Aziende, comprensivi delle specifiche tecniche e dei relativi costi.
- copia certificazione medica attestante la diagnosi di DSA
- Documento di riconoscimento in corso di validità

DICHIARA

Di essere a conoscenza che il trattamento dei dati personali e sensibili di cui al D. Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione di dati personali" e successive modificazioni e integrazioni, avverrà solo ai fini istituzionali e nei limiti della normativa richiamata.

Allegato 2
Domanda Comuni

DGR _____ DEL _____

Il/La _____ sottoscritto/a
(cognome) _____ (nome) _____
nato/a a _____ prov. _____ il
_____ il
residente a _____ Via _____ n.
_____ c.a.p. _____ prov _____ tel. _____ in qualità di legale
rappresentante del Comune di _____

DICHIARA

1. Che è stata espletata l'istruttoria delle richieste pervenute ai sensi dell'art.4 della L.R. 20/2007 secondo i criteri stabiliti dall'Avviso pubblico e che risultano ammissibili le istanze di seguito riportate, conservate agli atti di questo Ente:

ripetere per ogni richiedente

Famiglie:

generalità del richiedente

ISEE dichiarato _____

Eventuali contributi per DSA percepiti da altri Enti nell'a.s. precedente € _____

Eventuali contributi percepiti e/o assegnati dalla Regione Basilicata (L.R. 20/2007) € _____ per l'a.s. _____

riportare generalità degli alunni beneficiari,
denominazione e sede della scuola e classe frequentata

HARDWARE	importo richiesto	_____
	importo approvato	_____
SOFTWARE	importo richiesto	_____
	importo approvato	_____
TOTALE	richiesto	_____
	Approvato	_____

(indicando separatamente, a pena di inammissibilità della richiesta, il costo approvato per l'hardware e/o software) e l'ISEE dichiarato;

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e dichiarazioni mendaci (art. 76, DPR 445/2000).

Consapevole che la non veridicità del contenuto delle suddette autocertificazioni/dichiarazioni comporta la decadenza dei benefici ottenuti in base alla dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art. 75 del DPR 445/2000.

(Firma)

DICHIARA

Di essere a conoscenza che il trattamento dei dati personali e sensibili di cui al D. Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione di dati personali" e successive modificazioni e integrazioni, avverrà solo ai fini istituzionali e nei limiti della normativa richiamata.

Allegato 3
 Domanda on line istituzioni scolastiche
 ALLA REGIONE BASILICATA

DGR _____ DEL _____

EROGAZIONE DI CONTRIBUTI ALLE ISTITUZIONI SCOLASTICHE PER ALUNNI CON DISTURBI SPECIFICI
 DI APPRENDIMENTO (DSA)

Il/La _____ sottoscritto/a _____ (cognome) _____
 (nome) _____
 nato/a a _____ prov. _____ il _____

 residente a _____ Via _____ n. _____
 _____ c.a.p. _____ prov _____ tel. _____ in qualità di
 (Dirigente scolastico)

CHIEDE

per i sotto indicati allievi:

1. Cognome _____ Nome _____
 nato/a a _____ prov. _____ il _____
 residente a _____ Via _____
 età _____ classe frequentata _____

I seguenti strumenti/ausilii:

- Hardware: _____ € _____;
 Software : _____ € _____;

(ripetere la sezione per ogni allievo)

DICHIARA

- Che il n. totale di alunni iscritti a.s. 2015/2016 è _____;
 Che il n. totale di alunni con DSA certificata iscritti a.s. 2015/2016 è _____;
 di non avere richiesto altro finanziamento pubblico;
 di non aver ricevuto altri finanziamenti ai sensi della L.R. 20/2007 nell'ultimo triennio a far data dall'eventuale precedente richiesta finanziata;
 di aver ricevuto un finanziamento ai sensi della L.R. 20/2007 nell'anno _____ di € _____;
 che la richiesta riguarda l'aggiornamento di software già oggetto di finanziamento nell'ultimo triennio;
 che la certificazione concernente il disturbo dell'apprendimento è acquisita agli atti dell'Istituto;

LAZIO

DGR 3.12.15, n. 702 - Adesione alla sperimentazione del modello di intervento in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità, anno 2015. Finanziamento ministeriale di 1.040.000,00 euro. Cofinanziamento regionale di 260.000,00 euro sul capitolo H 41903 (12 02 1.04.01.02.000), esercizio finanziario 2016. (BUR n. 100 del 15.12.15)

Note

INTRODUZIONE NORMATIVA

Decreto legislativo del 31 marzo 1998, n. 112 “Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge del 15 marzo 1997, n. 59.”;

Legge dell’ 8 novembre 2000, n. 328 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;

Legge regionale del 9 settembre 1996, n. 38 “Riordino, programmazione e gestione degli interventi e dei servizi socio assistenziali nel Lazio” e successive modificazioni;

Legge regionale del 6 agosto 1999, n. 14 “Organizzazione delle funzioni a livello regionale e locale per il decentramento amministrativo”;

Legge del 5 febbraio 1992, n. 104 “Legge-quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate” così come modificata dalla legge 21 maggio 1998, n. 162, recante “Modifiche alla legge 5 febbraio 1992, n. 104, concernenti misure di sostegno in favore di persone con handicap grave”;

L’articolo 39, comma 2, della richiamata legge del 5 febbraio 1992, n. 104 che prevede che le regioni possono provvedere, sentite le rappresentanze degli enti locali e le principali organizzazioni del privato sociale presenti sul territorio, nei limiti delle proprie disponibilità di bilancio (...), a disciplinare, allo scopo di garantire il diritto ad una vita indipendente alle persone con disabilità permanente e grave limitazione dell’autonomia personale nello svolgimento di una o più funzioni essenziali della vita, non superabili mediante ausili tecnici, le modalità di realizzazione di programmi di aiuto alla persona, gestiti in forma indiretta, anche mediante piani personalizzati per soggetti che ne facciano richiesta, con verifica delle prestazioni erogate e della loro efficacia (lett. I-ter);

Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità adottata, per approvazione da parte dell’Assemblea Generale delle Nazioni Unite, a New York il 13 dicembre 2006 ed, in particolare, l’articolo 19 “ Vita indipendente ed inclusione nella società” che prevede che “Gli Stati parti (...) riconoscono il diritto di tutte le persone con disabilità a vivere nella società, con la stessa libertà di scelta delle altre persone, e adottano misure efficaci ed adeguate al fine di facilitare il godimento da parte delle

persone con disabilità di tale diritto e la loro piena integrazione e partecipazione nella società;

Legge del 3 marzo 2009, n. 18 che recepisce la predetta Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità;

Decreto del Presidente della Repubblica del 4 ottobre 2013, registrato presso la Corte dei Conti in data 21 novembre 2013, reg.14, fog.260, che adotta il Programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l’integrazione delle persone con disabilità in attuazione della legislazione nazionale ed internazionale, ai sensi dell’art. 5, comma 3, della legge del 3 marzo 2009, n 18;

La linea di azione numero 3 “ Politiche, servizi e modelli organizzativi per la vita indipendente e l’inclusione nella società”, del richiamato Programma di azione;

Nel quadro delle attività di promozione dell’attuazione della sopracitata Convenzione delle Nazioni Unite, è stato dato parere favorevole, ai sensi dell’articolo 5, comma 2, del decreto interministeriale del 6 luglio 2010 n. 167, da parte della Conferenza Unificata in data 24 luglio 2013 sul richiamato Programma di azione ed è stata formulata dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, una specifica raccomandazione al Governo finalizzata all’incremento del finanziamento per le sperimentazioni regionali per le politiche i servizi e i modelli organizzativi per la vita indipendente(13/069/CU11/C8);

Il Ministero del lavoro e delle politiche sociali ha accolto l’opportunità di coinvolgere i territori regionali nella sperimentazione del modello di interventi per la vita indipendente;

Con decreto direttoriale del 10 dicembre 2013, n. 206 con il quale sono stati individuati gli ambiti territoriali beneficiari del finanziamento per le progettazioni sperimentali;

La regione Lazio, già nell'annualità 2013, aveva partecipato alla sperimentazione del modello di intervento in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità, ed ottenuto il finanziamento dei progetti relativi ai quattro ambiti territoriali proposti: il V ed il VI Municipio di Roma Capitale, il distretto VT 5 – Nepi ed il distretto RM H1 – Monteporzio Catone;

La regione Lazio ha rinnovato la sua partecipazione alla sperimentazione anche nell'annualità 2014, con il finanziamento dei progetti relativi ad ulteriori tredici ambiti territoriali: per Roma Capitale i Municipi III, IV, VII, IX, X, XIV, per il restante territorio i Distretti di RM F3 – Bracciano, RM G5 – S. Vito Romano, LT 5 – Formia, FR D – Consorzio del Cassinate, RI 1 – Rieti, RM H6 – Nettuno e VT 3 Viterbo.

LA DISPOSIZIONE

Si aderisce alla sperimentazione del modello di intervento in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità anno 2015, secondo le modalità stabilite nelle Linee guida emanate col decreto direttoriale della Direzione Generale per l'inclusione e le politiche sociali del Ministero del lavoro e delle politiche sociali del 4 agosto 2015, n. 41/77 nei tredici ambiti distrettuali ammessi a finanziamento, indicati nel decreto del 23 novembre 2015, n. 226 della medesima Direzione Generale, corrispondenti: per Roma Capitale ai Municipi III, IV, V, VI, VII, X, per il restante territorio i Distretti di RM F1 – Civitavecchia, RM G4 – Olevano Romano, Latina Monti Lepini – Priverno, FR C

–AIPES, RI 2 – Poggio Mirteto, RI 5 – Comunità Montana Velino e VT 1- Montefiascone.

L'intervento comporta una spesa complessiva di 1.300.000,00 euro, suddivisa in parti uguali tra i tredici ambiti territoriali sociali individuati per la sperimentazione 2015, di cui 1.040.000,00 euro coperti dal finanziamento del Ministero del lavoro e delle politiche sociali e 260.000,00 euro a carico della regione, a titolo di cofinanziamento obbligatorio del 20% del costo progettuale totale;

Viene preso atto dello schema di Protocollo d'Intesa da sottoscrivere, come da comunicazione, entro e non oltre la data del 9 dicembre 2015, tra la regione Lazio e il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, elaborato dallo stesso Ministero, che si allega alla presente deliberazione quale parte integrante e

sostanziale della stessa (Allegato 1);

Allegato 1

PROTOCOLLO D'INTESA

FRA

il Ministero del lavoro e delle politiche sociali (di seguito denominato Ministero) con sede in Roma, via Fornovo n. 8 (C.F. 97434010589), rappresentato dal dott. Raffaele Tangorra, in qualità di Direttore Generale per l'inclusione e le politiche sociali;

E

la Regione Lazio (di seguito denominata Regione) con sede in Roma, Via del Serafico 127, cap. 00142 (C.F. 80143490581), rappresentata da Nereo Zamaro, in qualità di Direttore della Direzione Regionale Politiche Sociali Autonomie, Sicurezza e Sport della Regione Lazio;

VISTI

- la legge 8 novembre 2000, n. 328 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali ”che all'art. 14 detta disposizioni riguardanti progetti individuali per le persone con disabilità;

- la legge 5 febbraio 1992, n. 104, “legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate” così come modificata dalla legge 162 del 21 maggio 1998, che detta i principi dell'ordinamento in materia di diritti, integrazione sociale e assistenza delle persone con disabilità;

- in particolare, l'articolo 39, comma 2, della richiamata legge 104/92, che prevede che la Regioni possono provvedere, sentite le rappresentanze degli enti locali e le principali organizzazioni del

privato sociale presenti sul territorio, nei limiti delle proprie disponibilità di bilancio [...], a disciplinare, allo scopo di garantire il diritto alla vita indipendente alle persone con disabilità permanente e limitazione grave dell'autonomia personale nello svolgimento di una o più funzioni essenziali della vita, non superabili mediante ausili tecnici, le modalità di realizzazione di programmi di aiuto alla persona, gestiti in forma indiretta, anche mediante piani personalizzati per i soggetti che ne facciano richiesta, con verifica delle prestazioni erogate e della loro efficacia;

- la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, fatta a New York 13 dicembre 2006 e ratificata con la legge 3 marzo 2009, n. 18;

- in particolare, l'articolo 19 della richiamata Convenzione ("Vita indipendente ed inclusione nella società") che prevede che "Gli Stati Parti [...] riconoscono il diritto di tutte le persone con disabilità a vivere nella società, con la stessa libertà di scelta delle altre persone, e adottano misure efficaci ed adeguate al fine di facilitare il godimento da parte delle persone con disabilità di tale diritto e la loro piena integrazione e partecipazione nella società";

- il Decreto del Presidente della Repubblica 4 ottobre 2013, registrato presso la Corte dei Conti, Reg. 14, fg. 260, che adotta il Programma di Azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità in attuazione della legislazione nazionale e internazionale ai sensi dell'art. 5, co.3, della citata legge 3 marzo 2009, n. 18;

- in particolare, la linea di azione n. 3, del richiamato Programma di Azione che illustra le proposte in materia di "Politiche, servizi e modelli organizzativi per la vita indipendente e l'inclusione nella società";

- infine, il parere favorevole, espresso ai sensi dell'articolo 5, comma 2, del decreto interministeriale 6 luglio 2010, n. 167, sul richiamato Programma di Azione biennale, da parte della Conferenza Unificata in data 24 luglio 2013 (Rep. Atti n. 72) e, in particolare, la raccomandazione ivi contenuta formulata dalla Conferenza delle Regioni e Province autonome (13/069/CU11/C8) riportante la richiesta di incrementare il finanziamento per le sperimentazioni regionali per le politiche, servizi e modelli organizzativi per la vita indipendente;

CONSIDERATO CHE

- in data 14 maggio 2015 è stato sottoscritto il decreto interministeriale di riparto del Fondo per le non autosufficienze relativo all'annualità 2015, successivamente registrato presso la Corte dei Conti in data 03 luglio 2015, al foglio n. 3033;

- l'art. 6 del suddetto decreto interministeriale dispone che a valere sulla quota del Fondo per le non autosufficienze destinata al Ministero del lavoro e delle politiche sociali sono finanziate, per 10.000.000,00 di euro, azioni di natura sperimentale volte all'attuazione del Programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità, adottato con decreto del Presidente della Repubblica 4 ottobre 2013, relativamente alla linea di attività n. 3, "Politiche, servizi e modelli organizzativi per la vita indipendente e l'inclusione nella società";

- conseguentemente, in data 4 agosto 2015 sono state approvate le Linee Guida per la presentazione di progetti sperimentali in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità, adottate con decreto direttoriale n. 41/77/2015;

- il successivo decreto direttoriale n. 226 del 23 novembre 2015 ha approvato la lista dei progetti presentati ai sensi delle richiamate Linee Guida del 4 agosto 2015 e autorizzato il finanziamento, secondo la ripartizione evidenziata nell'elenco di cui all'art. 2, co. 1, del medesimo decreto direttoriale, per un importo complessivo di Euro 10.000.000,00 a valere sulle risorse assegnate al capitolo 3538 dello stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali;

- la proposta della Regione risulta tra i progetti ammessi al finanziamento ai sensi del citato decreto direttoriale n.226/2015 e che il finanziamento relativo da parte ministeriale a favore della Regione corrisponde complessivamente ad euro 1.040.000,00;

- gli interventi dovranno essere realizzati nel rispetto della normativa nazionale e comunitaria di riferimento e in conformità alla progettazione approvata o come successivamente modificata a seguito di autorizzazione ministeriale, a pena di revoca o riduzione del finanziamento;

VISTI ANCHE

- la legge 31 dicembre 2009, n. 196, recante “Legge di contabilità e finanza pubblica”;
- la legge 23 dicembre 2014, n. 190, recante “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato” (legge di stabilità 2015);
- la legge 23 dicembre 2014, n. 191, recante il “Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2015 e il bilancio pluriennale per il triennio 2015 – 2017”;
- il decreto del Ministro dell’economia e delle finanze n. 101094 del 29 dicembre 2014, concernente la ripartizione in capitoli delle unità di voto parlamentare relative al bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2015 ed, in particolare, la Tabella 4, e che alla Direzione generale per l’inclusione e le politiche sociali è stata assegnata la gestione del CDR 9 del quale fa parte il cap. cap. 3538 PG 1;
- il D.P.C.M. del 9 settembre 2014, registrato dalla Corte dei Conti in data 29 ottobre 2014, foglio 4897, con il quale al dott. Raffaele Michele Tangorra è stato conferito l’incarico di Direttore Generale della Direzione Generale per l’inclusione e le politiche sociali;
- il D.P.C.M. del 14 febbraio 2014, n. 121 recante “Regolamento di organizzazione del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali” pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 196 del 25 agosto 2014;
- il Decreto Ministeriale del 4 novembre 2014 recante attuazione del DPCM 14 febbraio 2014 n. 121, in materia di uffici dirigenziali non generali del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, pubblicato sulla Gazzetta ufficiale n. 4 del 7 gennaio 2015;
- il Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, del 30 gennaio 2015, annotato nelle scritture contabili dell’U.C.B., con presa d’atto n. 483 del 30 febbraio 2015, che assegna le risorse finanziarie per l’anno 2015, ai dirigenti degli Uffici Dirigenziali di livello generale appartenenti al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, attribuite ai capitoli delle unità previsionali di base della citata Tabella 4 di cui fa parte il CDR 9 – Direzione generale per l’inclusione, e le politiche sociali;
- infine, la legge n. 241 del 7 agosto 1990 che prevede la possibilità di stipulare accordi tra pubbliche amministrazioni;

SI CONVIENE QUANTO SEGUE

Articolo 1

(Oggetto e durata del protocollo)

1. Il presente Protocollo è finalizzato all’attivazione ed implementazione della proposta progettuale della Regione Lazio in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità così come individuata nell’elenco contenuto nell’articolo 2, comma 1, del decreto direttoriale n. 226 del 23 novembre 2015 citato in premessa.

2. La durata del presente Protocollo è fissata in mesi 12 a partire dalla comunicazione di inizio attività da parte della Regione di cui al successivo articolo 3, comma 1.

Articolo 2

(Impegni della Regione)

1. La Regione si impegna a svolgere le attività di cui all’art. 1 nel rispetto degli obiettivi e dei contenuti, nonché dei tempi, delle modalità organizzative e dei costi previsti nel progetto medesimo.

2. Per la copertura dei costi delle attività di cui al comma precedente, la Regione utilizza il contributo di cui all’articolo 5 del presente protocollo, nonché garantisce il cofinanziamento per la residua quota pari ad almeno il 20% dei costi totali, secondo quanto riportato al punto 7 delle richiamate Linee Guida del 4 agosto 2015.

Articolo 3

(Modalità di realizzazione)

1. La Regione si impegna a dare comunicazione dell’effettivo avvio delle attività, alla Direzione Generale per l’Inclusione e le Politiche Sociali del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali all’indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) DGInclusione.Div4@pec.lavoro.gov.it. Tale comunicazione è in ogni caso subordinata all’esito positivo della eventuale interlocuzione fra il Ministero e la Regione secondo quanto richiamato al punto 8 delle richiamate Linee Guida e così come esplicitato nel comma successivo. L’avvio delle attività, in particolare, può precedere la

chiusura della fase di interlocuzione, restando, tuttavia, a carico della Regione la responsabilità di spese non coerenti con la progettazione definitivamente approvata.

2. Per una migliore esecuzione del Protocollo d'intesa, il Ministero può richiedere o autorizzare, entro il limite massimo dell'importo di cui all'art. 5 del presente protocollo, la variazione di quanto previsto nel piano di attività purché non comporti maggiori oneri per la controparte. Resta fermo quanto previsto al punto 8 delle richiamate Linee Guida in cui si stabilisce che nei 60 giorni successivi alla stipula del protocollo di intesa il Ministero ha la facoltà di richiedere agli ambiti ulteriori modifiche e/o integrazioni alle iniziative progettuali, coinvolgendo la Regione, ove si verifichi la necessità di meglio definire le modalità di realizzazione ed implementazione del progetto, anche alla luce di una analisi comparata tra gli ambiti ammessi a finanziamento. Eventuali modifiche devono comunque essere adottate d'intesa con la Regione.

3. La Regione si impegna, altresì, a presentare un rapporto intermedio relativo alla attività svolta ai primi sei mesi di attività del progetto e a produrre apposita nota di addebito, così come previsto al punto 9 delle citate Linee Guida, nonché una relazione finale di monitoraggio delle attività svolte entro tre mesi dalla data di scadenza del progetto.

Articolo 4

(Commissione di Valutazione)

1. Con successivo decreto direttoriale, viene istituita una Commissione di Valutazione con compiti di verifica e monitoraggio ai fini della liquidazione del finanziamento secondo le modalità di cui al successivo art. 6.

2. Alla Commissione di cui al comma precedente spetta il compito di verificare:

- a) la conformità delle attività realizzate alle previsioni del presente Protocollo d'intesa;
- b) la congruità della documentazione giustificativa di spesa prodotta dalla Regione;
- c) la relazione sui risultati delle attività progettuali.

Articolo 5

(Importo ed esonero cauzionale)

1. Per lo svolgimento delle attività di cui al presente Protocollo d'intesa, viene pattuito un contributo complessivo pari a Euro 1.040.000/00 (unmilionequarantamila/00), così come specificato nell'elenco contenuto nell'articolo 2, comma 1, del richiamato decreto direttoriale n. 226/2015 citato in premessa.

2. La Regione viene esonerata dal prestare cauzione ai sensi dell'art. 54 del Regolamento per l'Amministrazione del patrimonio e la contabilità generale dello Stato.

3. L'onere a carico del Ministero graverà sul cap. 3538 "Fondo per le non autosufficienze".

4. Ai fini della rendicontazione sull'utilizzo del contributo di cui al primo comma del presente articolo, verranno ritenute ammissibili unicamente le spese con le seguenti caratteristiche:

- strettamente connesse alle azioni progettuali previste dal progetto;
- sostenute nel periodo compreso tra la data di sottoscrizione del presente Protocollo e la data del termine del progetto;
- individuate in un elenco analitico dei titoli di spesa sostenuti dagli ambiti e verificati dalla Regione, accompagnato dai pertinenti atti della Regione attestanti l'avvenuta erogazione dei fondi agli ambiti territoriali.

Non sono in ogni caso ammissibili le seguenti spese:

- contributi in natura quali personale (ad eccezione delle spese per lavoro straordinario), locali, beni durevoli, attrezzature di proprietà della Regione o dell'Ambito, etc.;
- ammortamento di beni esistenti.

Articolo 6

(Modalità di liquidazione)

1. Il Ministero procederà alla liquidazione delle spese sostenute nel limite massimo del contributo a proprio carico di cui all'articolo 5, comma 1, del presente protocollo.

2. Ai sensi del punto 9 delle Linee Guida 4 agosto 2015, la somma di cui al precedente articolo 5, non soggetta ad IVA ai sensi degli artt. 1 e 3 del DPR n. 633/72 e successive modificazioni ed

integrazioni, sarà corrisposta, previo accertamento della disponibilità di cassa, mediante accredito sul conto di contabilità speciale infruttifero n. conto tesoreria 0031183 (IBAN _____) intestato alla Regione Lazio, aperto presso la sezione di tesoreria provinciale dello Stato ubicato nel capoluogo di regione, recante CUP (Codice Unico di Progetto) I89D15000840005, secondo la seguente modalità:

- a) il 50% del finanziamento accordato a seguito di comunicazione della Regione indicante l'effettivo avvio delle attività. La Regione si impegna a trasmettere attestazione dell'avvenuta ricezione dei fondi;
- b) il 30% del finanziamento accordato, previa positiva determinazione della Commissione di cui all'art. 4, alla presentazione di un rapporto intermedio di cui al punto 9, secondo paragrafo, delle citate Linee Guida e a seguito della verifica relativa alla spesa dettagliata di almeno il 75% dell'ammontare relativo alla prima tranche di finanziamento; la Regione si impegna, conseguentemente, a trasmettere corrispondente nota di addebito;
- c) il 20%, o comunque il saldo, previa positiva determinazione della Commissione di cui all'art. 4 del presente protocollo, a consuntivo, su presentazione di apposita richiesta di liquidazione corredata della documentazione giustificativa di spesa prodotta dalla Regione, nonché di una relazione finale di monitoraggio delle attività svolte.

3. Il Ministero non risponde di eventuali ritardi nella liquidazione dei pagamenti determinati da cause non imputabili allo stesso, ma cagionati da controlli di legge, amministrativo-contabili o dovuti ad imponibili di cassa.

Articolo 7

(Inadempimenti e penali)

1. In caso di grave inadempimento della Regione, il Ministero procederà al recupero del contributo concesso.

2. L'inadempimento è da ritenersi grave al verificarsi delle seguenti circostanze:

- a) mancanza di organizzazione tale da pregiudicare la regolare realizzazione del progetto;
- b) adozione di iniziative non concordate con il Ministero tali da arrecare pregiudizio all'andamento del progetto ed al Ministero stesso.

3. La Direzione Generale per l'inclusione e le politiche sociali contesterà alla Regione l'inadempimento entro 40 giorni dalla conoscenza da parte del Ministero del verificarsi dello stesso, concedendo ulteriori 10 giorni per eventuali controdeduzioni, decorsi i quali la Direzione Generale per l'inclusione e le politiche sociali deciderà con provvedimento motivato.

Articolo 8

(Responsabilità)

1. La Regione si impegna ad operare nel pieno rispetto delle leggi e dei regolamenti vigenti. Il Ministero non è responsabile per eventuali danni che possano derivare a terzi dalla gestione delle attività effettuate in modo non conforme agli articoli del presente Protocollo.

2. La Regione si impegna, in conseguenza, a sollevare il Ministero da qualsiasi danno, azione, spesa e costo che possano derivare da responsabilità dirette della Regione stessa.

Articolo 9

(Efficacia e modifiche)

1. Il presente Protocollo d'Intesa è efficace nei confronti della Regione, nonché del Ministero, solo dopo l'approvazione degli organi di controllo ed il conseguente impegno della spesa. Il Ministero darà immediata informazione di quanto innanzi per permettere alla Regione di assumere gli adempimenti così come previsto nell'art. 1 del presente atto.

2. Eventuali modifiche al presente Protocollo d'Intesa devono essere concordate tra le parti. Per ogni autorizzazione non prevista nel presente atto e da richiedersi preventivamente è delegato il dr. Alfredo Ferrante, dirigente della Div. IV della Direzione Generale per l'Inclusione e le Politiche Sociali del Ministero.

Articolo 10

(Clausola compromissoria)

1. Per ogni controversia che possa insorgere in ordine alla validità, interpretazione, esecuzione o risoluzione del presente Protocollo, dopo un preliminare tentativo di soluzione in via conciliativa, sarà competente in via esclusiva il Foro di Roma ai sensi dell'art. 15 della legge 7 agosto 1990 n. 241.

Il presente atto, letto, confermato e firmato digitalmente, è stipulato nell'interesse pubblico e l'eventuale registrazione su pubblici registri, per il caso d'uso, sarà a carico della parte che la richiede.

Il presente Protocollo di Intesa si compone di 10 articoli.

Roma, lì _____

Ministero del lavoro e delle politiche sociali

Direzione Generale per l'inclusione e le politiche sociali

IL DIRETTORE GENERALE

Raffaele Tangorra

Regione Lazio

IL DIRETTORE

Nereo Zamaro

Determinazione 9 dicembre 2015, n. G15371 - Attuazione D.G.R. n. 136/2014. Approvazione delle linee guida per l'utilizzazione dei contributi e per l'avvio e il funzionamento di strutture residenziali destinate all'accoglienza e all'assistenza di persone con disabilità. (BUR n. 101 del 17.12.15)

Note

Viene approvato l'allegato A "Linee guida per l'utilizzazione dei contributi per l'avvio e il funzionamento di strutture residenziali destinate all'accoglienza e all'assistenza di persone con disabilità", che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

ALLEGATO A

1

LINEE GUIDA PER L'UTILIZZAZIONE DEI CONTRIBUTI PER L'AVVIO E IL FUNZIONAMENTO DI STRUTTURE RESIDENZIALI DESTINATE ALLA ACCOGLIENZA E ALL'ASSISTENZA DI PERSONE CON DISABILITÀ

1) Premessa

Con determinazione del 30 dicembre 2014, n. G19295, attuativa delle deliberazioni di Giunta Regionale n. 136/2014 e n. 633/2014, si è stabilito, tra l'altro, di destinare l'importo di euro 2.841.798,98 all'ampliamento della rete di accoglienza residenziale per persone con disabilità, assicurando la realizzazione (avvio e funzionamento) di almeno una struttura in ciascun Ambito ottimale, individuandolo nel territorio comprendente i distretti socio-assistenziali di ciascuna ASL, ripetendo il modello di governance sovra-distrettuale già adottato con la DGR n. 504/2012, relativa ad interventi in favore delle persone affette da Alzheimer.

Con l'obiettivo di assicurare una omogenea distribuzione delle nuove strutture sul territorio e sulla base dell'esperienza consolidata, derivante dalla pluriennalità di funzionamento delle case famiglia esistenti e dei corrispondenti costi, è stata quantificata in euro 280.000,00 la somma minima da assegnare a ciascun Ambito territoriale, garantendo a Roma capitale almeno tre quote, così come riportato nella tabella seguente;

AMBITO/COMUNE CAPOFILIA Totale annuale (€)

RM F/ Civitavecchia

280.000,00

RM G/Tivoli

280.000,00

RM H/Albano Laziale

280.000,00

FROSINONE/ Frosinone

280.000,00
 LATINA/ Latina
 280.000,00
 RIETI/Rieti
 280.000,00
 VITERBO/Viterbo 280.000,00
 Roma Capitale 881.798,98
 TOTALE 2.841.798,98

Tali risorse dovranno essere utilizzate per realizzare, in uno dei Distretti di ciascuno degli Ambiti destinatari, nuovi posti di residenzialità per persone con disabilità, con riferimento all'avvio di nuove case famiglia, alla messa in funzione di residenzialità notturna per integrare servizi semiresidenziali già funzionanti, all'attivazione di percorsi di abitare autonomo, nel rispetto delle indicazioni che vengono riportate nelle presenti Linee Guida.

2) Finalità

La Regione Lazio valorizza e sostiene gli interventi di assistenza, sostegno e promozione del benessere delle persone con disabilità.

Tra gli altri interventi viene incentivata l'attivazione di strutture destinate all'accoglienza residenziale, al mantenimento e all'assistenza delle persone con disabilità.

La presente azione mira ad ampliare la capacità di risposta ai bisogni di accoglienza, di assistenza, di autorealizzazione e di partecipazione alla vita relazionale, sociale, culturale, formativa e lavorativa dell'adulto con disabilità, nonché all'esigenza di supporto alle responsabilità assistenziali della sua famiglia.

3) Precedenti azioni

Con DM – Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali – del 13 dicembre 2001 n. 470 “Regolamento concernente criteri e modalità per la concessione e l'erogazione dei finanziamenti di cui all'art.81 della legge 23 dicembre 2000, n.388, in materia di interventi in favore dei soggetti con handicap grave privi dell'assistenza dei familiari” sono stati stanziati appositi fondi per i finanziamenti di strutture residenziali per l'assistenza ai disabili adulti privi dell'assistenza dei propri familiari.

Con deliberazioni della Giunta regionale n. 1075 del 02.08.2002, n. 486 del 13.06.2003 e n. 218 del 25.02.2005 si approvavano i criteri di tre successivi bandi per l'assegnazione dei finanziamenti ai sensi del succitato D.M. 470/2001 (destinati all'acquisto e/o ristrutturazione o affitto dell'immobile e ad un anno di gestione del servizio) per la realizzazione di nuove strutture residenziali (case famiglia) destinate al mantenimento ed all'assistenza di soggetti con handicap grave privi del sostegno dei familiari.

Con successive deliberazioni di Giunta Regionale è stata assicurata la continuità di gestione delle case famiglia per soggetti con handicap grave avviate ai sensi del succitato D.M.470/2001, attraverso l'erogazione di risorse finanziarie in favore dei Comuni Capofila dei Distretti sociosanitari in cui le strutture sono localizzate, a condizione dell'inserimento delle medesime nei relativi Piani di Zona.

Con la DGR del 25 marzo 2014, n. 136 è stata meglio strutturata l'offerta di servizi residenziali dedicati alla disabilità nell'ambito della programmazione distrettuale, attraverso la definizione, nel Sistema dei Piani di zona, della Sottomisura 1.3 “Insieme Dopo di noi” .

4) La presente azione

La Regione si pone l'obiettivo di potenziare l'offerta di servizi residenziali dedicati alla disabilità, integrando il sistema di accoglienza già assicurato sul territorio dalla programmazione distrettuale, e nello specifico dalla Sottomisura 1.3 “Insieme Dopo di noi” dei Piani di zona, come definito nella DGR del 25 marzo 2014, n. 136.

Viene, pertanto, data priorità alle proposte progettuali che prevedano l'avvio e il funzionamento di nuove strutture residenziali.

A tale scopo le presenti linee guida promuovono l'apertura di nuove strutture residenziali a valenza distrettuale che diano accoglienza alle persone con disabilità e sostegno alle famiglie che si trovano ad affrontare le complesse esigenze organizzative e socio-educative connesse alla gestione della disabilità e fungano quale rete di sostegno e di promozione sociale.

Con l'obiettivo di consentire a tutti i Distretti la possibilità di dotarsi di una struttura residenziale socio-assistenziale per persone con disabilità/handicap, l'intervento di cui alle presenti Linee guida mira a privilegiare i Distretti che sono privi di tali strutture. In particolare sono da ritenere esclusi, salvo eccezionali motivazioni da sottoporre all'attenzione della Regione Direzione Politiche Sociali, Autonomie, Sicurezza e Sport, i Distretti già destinatari di precedenti e ripetuti contributi regionali mirati all'avvio e funzionamento di case famiglia per persone con handicap grave (di cui al citato D.M. 470/2001 e successive estensioni).

5) Definizione del percorso

Obiettivo delle presenti Linee guida è quello di definire un percorso ed indicare criteri omogenei sulla base dei quali ciascuno degli Ambiti sovradistrettuali, ai quali sono state assegnate le risorse indicate nel precedente punto 1, pervenga alla individuazione di una nuova struttura residenziale per persone con disabilità da attivare entro il 1 settembre 2016 col contributo regionale, presso uno dei Distretti facente parte dell'Ambito, con impegno del medesimo Distretto a garantirne il funzionamento anche una volta esaurito il contributo regionale di cui alle presenti linee guida.

La Regione interviene con il contributo già concesso agli Ambiti, come indicato al precedente punto 1), per agevolare la sostenibilità delle spese iniziali connesse all'avvio e al funzionamento per un anno di strutture destinate all'accoglienza, al mantenimento e all'assistenza di persone con disabilità/handicap, rispondenti ai requisiti strutturali e organizzativi stabiliti dalla Legge Regionale 12 dicembre 2003 n.41.

6) Destinatari

Le strutture sono destinate ad accogliere persone adulte con disabilità/handicap.

Per persone con disabilità/handicap si intendono i soggetti di cui all'art. 3 della legge 5 febbraio 1992 n. 104, la cui condizione sia stata accertata dalle commissioni mediche di cui all'art. 4 della medesima legge.

7) Soggetti attuatori e modalità della procedura di selezione

Come specificato al precedente punto 1) si è voluto ripetere il modello di governance sovra-distrettuale già adottato con la DGR n. 504/2012, relativa ad interventi in favore delle persone affette da Alzheimer, individuando anche per la realizzazione del presente programma quale ambito ottimale il territorio comprendente i distretti socio-assistenziali di ciascuna ASL.

Le risorse spettanti ad ogni ambito territoriale ottimale sono state, pertanto, assegnate a Roma Capitale e ai Comuni sede di ciascuna ASL, ai quali compete il ruolo di capofila d'Ambito.

Anche per la realizzazione del presente programma di intervento e per l'utilizzazione delle risorse assegnate dovranno essere utilizzate le regole organizzative, gli organismi, i processi decisionali e le procedure operative definiti nell'Accordo d'Ambito di cui ciascun Ambito ottimale si è già dotato per la programmazione e attuazione degli interventi Alzheimer.

Il Comitato istituzionale e l'Ufficio di Piano di ciascun Ambito, ognuno per la parte di competenza, dovranno provvedere ad attuare apposita procedura di selezione per individuare la struttura residenziale da avviare presso uno dei Distretti appartenente al medesimo Ambito.

Le procedure di selezione (Avvisi) dovranno essere attivati entro 30 giorni dalla pubblicazione delle presenti Linee guida.

Gli Avvisi dovranno descrivere chiaramente le modalità di presentazione delle domande e indicare un termine perentorio entro il quale i Distretti interessati possono presentare la proposta progettuale per accedere al finanziamento a valere sui contributi regionali già assegnati. Tale termine non dovrà essere inferiore a 30 giorni e non potrà essere superiore a 60 giorni.

La procedura di selezione dovrà concludersi entro i 60 giorni successivi alla scadenza stabilita per la presentazione delle proposte dei Distretti, con la formale e motivata individuazione delle strutture da avviare.

Alla chiusura della procedura di selezione, gli Ambiti dovranno comunicare gli esiti degli Avvisi alla Regione, Direzione Politiche Sociali, Autonomie, Sicurezza e Sport, inviando l'atto di conclusione della procedura e di individuazione delle strutture, nonché copia dei progetti ammessi al contributo regionale.

La Regione si riserva una valutazione finale, sulla coerenza delle procedure seguite e sulla rispondenza delle strutture individuate alle caratteristiche e alle finalità specificate nelle presenti Linee guida e, entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione, se non ravvisa elementi ostativi, concede il nulla osta per l'effettivo avvio dei nuovi servizi.

L'avvio dell'attività delle strutture selezionate e finanziate col contributo già concesso dalla Regione al Comune capofila d'Ambito deve avvenire nei 30 giorni successivi al nulla osta della Regione.

L'obiettivo è quello di avviare le nuove strutture entro il 1 settembre 2016.

La procedura di selezione dovrà essere impostata sulla base delle modalità e dei criteri di priorità stabiliti con le presenti linee guida, come specificati nei punti successivi.

La struttura residenziale che verrà individuata e avviata, a seguito della suddetta procedura, presso uno dei Comuni del territorio, dovrà essere ad accesso pubblico e dovrà essere inserita nell'apposita Sottomisura 1.3 del Piano di zona del Distretto socio sanitario di appartenenza del Comune stesso.

Fermo il carattere pubblico della struttura, la relativa gestione potrà avvenire secondo le possibilità e le modalità previste dalla normativa vigente e in particolare dal D.Lgs. 18-8-2000 n. 267.

8) Soggetti partecipanti alla procedura di selezione per l'avvio delle nuove strutture di accoglienza residenziale - progetti finanziabili.

Il soggetto territoriale di riferimento per la realizzazione dei nuovi posti di residenzialità per persone con disabilità è il Distretto socio-sanitario.

Ciascun Ambito dovrà attivare le procedure per l'indizione di un apposito avviso, rivolto ai Distretti ricadenti nel proprio territorio, per l'attivazione di una struttura residenziale per persone con disabilità.

I Distretti interessati ai nuovi posti di residenzialità possono presentare la propria candidatura all'Ambito di appartenenza, per accedere ai fondi assegnati dalla regione.

La candidatura deve essere corredata da una dettagliata proposta progettuale che preveda l'attivazione e il funzionamento di strutture residenziali di tipo familiare destinate all'accoglienza, al mantenimento ed all'assistenza di persone in situazione di disabilità e/o la realizzazione di residenzialità notturna integrante i servizi semiresidenziali, nel rispetto dei requisiti organizzativi e gestionali stabiliti dalla vigente normativa regionale.

I progetti dovranno contenere una dettagliata analisi dei costi; questi possono riguardare le sole spese occorrenti per l'apertura e il funzionamento del servizio per un anno dall'avvio delle nuove strutture.

Trattandosi di prima attivazione è consentito utilizzare una quota del contributo regionale, per un importo non superiore al 20% dell'ammontare complessivo, per sostenere le necessarie spese di investimento (relative a piccola manutenzione e arredo/attrezzature).

I Distretti partecipanti dovranno assumere l'impegno di inserire il nuovo servizio residenziale nel proprio Piano di zona, Sottomisura 1.3.

L'ammissibilità della proposta è, pertanto, subordinata alla condizione che le strutture vengano inserite nei Piani di zona del relativo Distretto.

Le nuove strutture, in conseguenza dell'inserimento nei Piani di Zona, integrano a tutti gli effetti un servizio socio-assistenziale che deve essere garantito a livello distrettuale.

I Distretti devono impegnarsi a garantire di soddisfare le richieste di inserimento fino al limite di accoglienza per cui le strutture sono state autorizzate, provvedendo a coprire i posti rimasti eventualmente disponibili anche con utenti provenienti dagli altri Distretti dell'Ambito di appartenenza.

9) Tipologie e caratteristiche delle strutture

Possono essere attivate tipologie di servizi residenziali coerenti con la legge regionale n. 41/2003 e aventi tutti i requisiti strutturali e organizzativi previsti dalla DGR n. 1305/2004, come modificata dalla DGR del 24 marzo 2015, n. 126.

In particolare si richiamano le disposizioni della Sezione II “Strutture residenziali per adulti con disabilità” e nello specifico il Capitolo II.B.1 (case famiglia) e il Capitolo II.B.2. (comunità alloggio)

Ferme le suddette caratteristiche, è possibile anche attivare posti di residenzialità annessi o strettamente collegati a Strutture a ciclo semiresidenziale per adulti con disabilità, di cui al Capitolo II.B.3.1 delle medesime deliberazioni regionali “Strutture a ciclo semiresidenziale per adulti con disabilità”, già esistenti e funzionanti.

In tal caso, il progetto di funzionamento dovrà evidenziare sia le specificità sia, contemporaneamente, le connessioni dei due servizi, evidenziando anche, mediante dettagliato piano dei rispettivi costi, le economie di scala, la convenienza economica e le ragioni di economicità, efficienza ed efficacia che giustificano la innovativa proposta.

Inoltre, con riferimento ad obiettivi volti a sostenere percorsi di vita autonoma di persone con disabilità, possono essere progettate ed attivate forme di sostegno all’abitare autonomo, basate su processi integrati, socio-sanitari, di valutazioni dei casi ed elaborazione di corrispondenti Piani Personalizzati.

Rimangono a carico dei Comuni nei quali vengono localizzati gli interventi le competenze in materia di autorizzazione all’apertura e al funzionamento delle strutture residenziali e semiresidenziali socio assistenziali ed in ordine alla relativa vigilanza, nel rispetto delle disposizioni della L.R. n. 41/2003, come evidenziato anche nella nota della Regione Lazio, Assessorato Politiche Sociali del 4 agosto 2006 prot. n. 92745.

Dette strutture, inoltre, devono garantire il rispetto dei requisiti previsti dalle norme vigenti in materia urbanistica, edilizia, di prevenzione incendi, di igiene e sicurezza nonché l’applicazione dei contratti di lavoro e dei relativi accordi integrativi in relazione al personale utilizzato.

10) Costi massimi, coperture, entità del finanziamento regionale

L’ammontare del finanziamento assegnato dalla Regione Lazio a ciascun Ambito è stato determinato tenendo presenti i parametri utilizzati nei precedenti anni per il funzionamento delle case famiglia già funzionanti, avviate a suo tempo ai sensi del DM 470/2001, come di seguito rappresentato:

A) Case famiglia e comunità alloggio

1- viene stimata la somma complessiva occorrente per la gestione annuale delle singole case famiglia mediante l’applicazione della quota di 127 euro “*pro die pro capite*” rapportata al numero di utenti accolti, secondo la formula: € 127 x numero utenti inseriti nella struttura x 365 gg in caso di presenza per l’intero anno (o per numero di giorni di presenza effettiva, se inferiore ad un anno);

2- il suddetto costo complessivo viene coperto in quota parte con i proventi dell’indennità di accompagnamento (quantificata dall’INPS per l’anno 2015 in euro 508,55 mensili) e di ogni altro reddito e provvidenza personale percepita dagli ospiti delle strutture i quali devono, obbligatoriamente, versarla a compartecipazione della retta secondo le modalità stabilite dal medesimo Distretto, fatta salva una quota per le spese personali lasciata nella disponibilità dell’utente, nella misura stabilita dal distretto competente.

3- l’importo rimanente, ottenuto sottraendo dalla somma indicata al punto 1 del presente paragrafo l’ammontare dei proventi derivanti dalla indennità di accompagnamento di cui al punto 2 del presente paragrafo, viene assunto quale base di calcolo per la determinazione della quota massima di contributo regionale utilizzabile per il primo anno di avvio e funzionamento della nuova struttura, ferma restando l’entità della somma già assegnata a ciascun Ambito, riportata al paragrafo 1) delle presenti Linee guida;

4- eventuali economie, rispetto al contributo regionale assegnato, potranno essere utilizzate per la parziale copertura dei costi per il proseguimento del funzionamento delle strutture oltre il primo anno;

5- eventuali ulteriori spese che si rendessero necessarie per il funzionamento delle strutture nel primo anno (e per i successivi) restano a carico di ciascun Distretto, che vi provvede con risorse proprie e/o con la partecipazione degli utenti, se prevista e regolamentata dal Distretto stesso.

B) Residenza integrante servizi semiresidenziali Per quanto riguarda le strutture di residenzialità notturna integranti servizi semiresidenziali non esistono precedenti esperienze regionali e, pertanto, non si hanno parametri di riferimento per la determinazione dei costi.

Le eventuali proposte di interventi di tale tipologia dovranno contenere l'illustrazione degli elementi di valutazione utilizzati per la stima dei costi, come indicato nel paragrafo 8).

Potranno essere posti a carico del presente contributo regionale solo i costi strettamente connessi all'organizzazione e funzionamento della parte residenziale, da calcolare utilizzando i parametri di costo e di partecipazione alla spesa indicati nel precedente punto A) del presente paragrafo rapportati in misura proporzionale al periodo della giornata nel quale l'ospite utilizza la residenza, escludendo i costi connessi al funzionamento del servizio semiresidenziale. I costi imputati ai sensi del presente articolo non potranno comunque complessivamente eccedere il 50% di quanto già riconosciuto per il servizio semiresidenziale.

C) Abitare autonomo

Come si è detto innanzi, potranno essere proposte anche eventuali iniziative volte a garantire percorsi di Vita indipendente alle persone con disabilità, attraverso la sperimentazione di forme di sostegno all'abitare autonomo, anche in co-housing, sulla base di appositi Piani personalizzati.

Le proposte dovranno contenere la descrizione strutturale e organizzativa dell'intervento e una dettagliata e motivata indicazione dei costi riferiti sia alle spese per l'alloggio sia a quelle per il sostegno personale agli ospiti beneficiari.

11) Contenuti delle proposte progettuali

Per motivi di omogeneità di valutazione, si stabilisce che gli avvisi degli Ambiti dovranno prevedere che le proposte progettuali dei Distretti vengano presentate corredate degli elementi e della documentazione minima (non esaustiva) di seguito indicata:

- 1) analisi del contesto territoriale, motivazione, finalità e obiettivi della proposta presentata;
- 2) dettagliata analisi del fabbisogno: numero di persone con disabilità presenti sul territorio; numero di persone che hanno già avanzato una richiesta di servizio residenziale, già oggetto di valutazione integrata socio-sanitaria e con PAI orientato verso la possibilità di inserimento in una struttura residenziale socio assistenziale; stima motivata del numero di possibili ulteriori richiedenti sia nel Distretto sia nell'Ambito;
- 3) individuazione, localizzazione e documentazione fotografica dell'immobile destinatario dell'intervento progettato;
- 4) titolo di disponibilità dell'immobile e garanzia circa la disponibilità immediata dello stesso e per un periodo non inferiore a 10 anni, da parte del Comune titolare del servizio o del gestore individuato;
- 5) relazione tecnica descrittiva con l'indicazione delle caratteristiche dimensionali, volumetriche, tipologiche e tecnologiche dell'immobile, con attestazione di rispondenza ai requisiti strutturali previsti dalle disposizioni regionali (cfr precedente paragrafo 8), nonché l'esplicito riferimento circa la conformità alle norme ambientali ed urbanistiche;
- 6) attestazione tecnica sullo stato strutturale dell'immobile da cui risulti che lo stesso consente la cantierabilità dell'intervento in tempi compatibili col cronoprogramma indicato al precedente paragrafo 6)
- 7) descrizione del progetto relativamente agli aspetti organizzativi, con attestazione di coerenza con i requisiti imposti dalle disposizioni regionali richiamate nei paragrafi precedenti:
 - Organizzazione delle attività e gestione;
 - Organizzazione delle attività assistenziali, di tutela e di sostegno psico-sociale ed educativo;
 - Risorse umane e professionali che saranno impiegate nel servizio progettato;
 - Predisposizione del progetto individualizzato di cui all'art. 14 delle L.328/2000 in collegamento con la rete dei servizi sociali;

- Modalità di monitoraggio e valutazione delle attività e del livello di soddisfazione degli utenti;
 - 8) rete territoriale e collegamento con altre realtà sociali, lavorative e formative;
 - necessità della struttura in relazione al bisogno del territorio di riferimento tenuto conto dell'offerta dei servizi presenti a fronte del fabbisogno del territorio Distrettuale, con estensione all'Ambito;
 - disponibilità a soddisfare le richieste di inserimento degli utenti fino al limite di accoglienza autorizzato, provvedendo a coprire i posti rimasti eventualmente disponibili anche con utenti provenienti da altri distretti;
 - accordi di collaborazione, coerenti con la proposta progettuale;
 - 9) indicazione delle modalità di gestione del servizio, coerenti con le possibilità offerte dalla normativa vigente
 - 10) tempi di avvio del servizio, compatibili col cronoprogramma indicato al precedente paragrafo 7);
 - 11) dettagliata scheda finanziaria contenente l'indicazione dei costi complessivi del progetto con la specifica delle eventuali spese per piccola ristrutturazione/manutenzione e per l'arredamento (entro il limite del 20% del costo complessivo), per il personale e per ogni altra voce comunque connessa e necessaria per l'avvio e il funzionamento del servizio per un anno dall'attivazione.
- I costi di funzionamento devono essere coerenti con l'assetto organizzativo e gestionale ricavabili dalle richiamate disposizioni regionali.

Non sono ammissibili spese per progettazione e direzione lavori.

12) il piano economico-finanziario da cui risulti la possibilità concreta di avvio e funzionamento del servizio per un anno con l'utilizzazione del contributo regionale, in coerenza e nei limiti indicati nel paragrafo 9);

13) dichiarazione che il Comune titolare o il distretto non abbiano già ottenuto altri finanziamenti pubblici per le medesime voci di spesa componenti il costo complessivo della proposta presentata;

14) un atto d'obbligo col quale il Distretto si impegna:

- a) ad avviare il servizio entro i tempi indicati al paragrafo 6);
- b) a sostenere le spese eccedenti il contributo regionale a proprio carico, ferma la compartecipazione degli ospiti (come indicato al paragrafo 9);
- c) a garantire il funzionamento del servizio con proprie risorse dopo il primo anno di gestione;
- d) a non modificare la destinazione d'uso dell'immobile per un periodo di tempo non inferiore a 10 anni.

12) Procedure e modalità di selezione

La procedura di selezione degli interventi proposti dovrà essere di tipo valutativo a graduatoria, ai sensi dell'art. 5, comma 2 del decreto legislativo n. 123/98.

Al fine di porre in essere la valutazione delle istanze, ciascun Ambito procederà alla costituzione di un'apposita Commissione di valutazione.

La Commissione di valutazione verificherà, in prima istanza, l'ammissibilità della domanda, sulla base degli elementi indicati al paragrafo precedente; in seconda istanza passerà all'esame delle proposte progettuali, tenendo conto dei criteri di valutazione di seguito riportati:

a. Valutazione formale

Non potranno superare la valutazione formale le richieste che risultino prive o incomplete dei dati, degli elementi e della documentazione richiesta nell'Avviso (che deve essere coerente con quanto riportato al precedente paragrafo) .

In particolare, a titolo esemplificativo, rappresentano motivi di esclusione la:

- 1. proposta di intervento pervenuta fuori termine;
- 2. incompletezza della richiesta di finanziamento;
- 3. mancanza della documentazione richiesta;
- 4. incompletezza delle dichiarazioni e degli obblighi richiesti (paragrafo precedente);
- 5. non rispondenza alle tipologie di intervento consentite;

6. mancanza o incompletezza o incongruenza o inadeguatezza della scheda finanziaria (analisi dettagliata dei costi) per la realizzazione dell'intervento;
7. mancanza o inadeguatezza del piano economico-finanziario attestante la integrale copertura delle spese previste;
8. presenza di costi non consentiti e non coerenti con gli assetti organizzativo-gestionali previsti dalle disposizioni regionali o superiori ai limiti indicati);

b. Valutazione di merito

Ciascun Ambito procederà ad assegnare i finanziamenti, nei limiti del budget assegnato dalla regione, previo esame e valutazione dei progetti pervenuti nei termini stabiliti e ritenuti ammissibili. Qualora le disponibilità finanziarie non consentano il finanziamento di tutti i progetti risultati ammissibili, la commissione di valutazione, predisporrà una graduatoria degli stessi, assegnando ad ogni proposta progettuale un punteggio sulla base della valutazione dettagliata dei seguenti elementi:

Criterio

Descrizione

Punteggio

fino a

A

Rispondenza e funzionalità del progetto alle criticità presenti nel territorio del Distretto socio sanitario di riferimento

Avvenuta individuazione degli utenti. Numero di persone con disabilità residenti nel Distretto, con indicazione della tipologia e del grado di disabilità aventi i requisiti prescritti, già oggetto di valutazione integrata socio-sanitaria e con PAI orientato verso la possibilità di inserimento in una struttura residenziale socio assistenziale.

15

Numero complessivo di potenziali utenti, aventi i requisiti prescritti, sul territorio del Distretto

15

Evidenziazione dell'eventuale carenza di analoghe strutture nel Distretto in rapporto alla popolazione generale e al numero di persone con disabilità e valutazione del Comitato dei Sindaci circa l'utilità, l'adeguatezza e la congruità del progetto alle finalità perseguite e al fabbisogno del territorio

10

Corrispondenza dei protocolli di accesso alla struttura residenziale alle procedure standardizzate e all'organizzazione del Distretto in relazione alle specifiche esigenze assistenziali

5

Integrazione del progetto con la rete dei servizi sociali distrettuali e in particolare con altre iniziative, servizi, strutture già esistenti sul territorio per l'assistenza alle persone con disabilità/handicap

5

B

Organizzazione

Scelte organizzative di alto valore qualitativo.

Configurazione del gruppo delle risorse umane impiegate (tipologia degli operatori previsti nel progetto e loro qualificazione professionale) relativamente alla completezza delle competenze offerte dai singoli componenti in relazione alle attività richieste dal progetto tenuto conto del numero di figure professionali con esperienza consolidata nel settore

5

Efficacia del piano di lavoro dettagliato anche in relazione alle esigenze di celere attuazione delle fasi iniziali del progetto (tempi previsti per l'avvio della gestione coerenti con la tempistica indicata dalle Linee guida e rispondenti all'esigenza di cantierabilità immediata)

5

Dimostrazione della sana gestione finanziaria del contributo richiesto: il punteggio massimo sarà attribuito ai progetti in cui il piano dei costi dia evidenza, in allegato al progetto, dell'efficacia dell'utilizzazione delle somme anche facendo riferimento ai parametri di mercato di riferimento per i servizi proposti; rapporto qualità/costi della gestione;

5

Presenza di metodologia e strumenti per il monitoraggio e la valutazione del progetto, con verifica dei risultati

C

Caratteristiche immobile

Immobile già individuato e nella disponibilità immediata del Distretto o del gestore per un periodo superiore a 10 anni

10

Caratteristiche dell'immobile, tra cui ubicazione, qualità dei requisiti strutturali previsti dalle disposizioni regionali, bellezza degli interni, architettura e paesaggistica

10

Immobile realizzato o adeguato strutturalmente con contributi pubblici, concessi per finalità di destinazione a struttura residenziale per persone con disabilità **10**

13) Modalità di assegnazione dei finanziamenti

Saranno ammessi al finanziamento i progetti collocati utilmente nella graduatoria, secondo l'ordine di posto occupato, fino all'esaurimento delle somme disponibili.

I Comuni capofila degli Ambiti, successivamente al rilascio del nulla osta da parte della Regione, Direzione Regionale Politiche Sociali, Autonomie, Sicurezza e Sport, provvederanno con immediatezza a trasferire ai Distretti risultati aggiudicatari dei finanziamenti, sulla base della collocazione del relativo progetto nella graduatoria di merito, l'intero importo spettante, utilizzando le risorse regionali già assegnate, a seguito della comunicazione del medesimo Distretto circa l'avvio delle procedure di attivazione del progetto

14) Adempimenti e verifica delle attività

I Comuni capofila di distretto, assegnatari del finanziamento, ottenuto il definitivo nulla osta della Regione, Direzione Regionale Politiche Sociali, Autonomie, Sicurezza e Sport, dovranno avviare il servizio entro il termine indicato nella proposta progettuale presentata all'Ambito, dandone contestuale comunicazione sia all'Ambito sia alla Regione.

Il medesimo Distretto, successivamente, dovrà inviare alla Regione una dettagliata relazione sull'andamento del servizio, dopo sei mesi dall'avvio, e una circostanziata relazione finale sull'attività svolta relativa alla realizzazione del servizio residenziale e al raggiungimento degli obiettivi indicati nel progetto, nonché, con particolare riferimento al contributo regionale assegnato, una rendicontazione dettagliata dei costi sostenuti, approvata con apposito atto formale di approvazione delle spese.

La Direzione Regionale Politiche Sociali, Autonomie, Sicurezza e Sport si riserva di effettuare verifiche ed ispezioni, direttamente o attraverso gli uffici degli enti locali competenti, nelle strutture che hanno beneficiato dei finanziamenti.

LOMBARDIA

DD 11.12.15 - n. 11256 - Definizione delle attività regionali per il controllo del requisito di invalidità previsto per il rilascio delle agevolazioni tariffarie di trasporto pubblico locale ai sensi dell'art. 46, c. 2 della legge regionale 4 aprile 2012, n. 6 «Disciplina del settore dei trasporti». (BUR n. 51 del 17.12.15)

Note

In attuazione di quanto disposto dall'allegato C.5 alla d.g.r.n.X/2275 del 1 agosto 2014, di attivare per gli anni 2015 e 2016:

- relativamente alle agevolazioni rilasciate sulla base di un certificato d'invalidità scaduto prima della data di rilascio della stessa agevolazione, il controllo del solo requisito relativo all'invalidità che si esplica nella richiesta all'ente che ha accertato lo stato di invalidità dichiarato nell'ultima autocertificazione presentata dal beneficiario, ivi inclusa l'eventuale richiesta al beneficiario di presentazione di una nuova autocertificazione o di chiarimenti al fine di disporre di tutti i dati necessari per l'effettuazione del relativo controllo;
- per le agevolazioni già rilasciate, in fase di rinnovo, con certificato di invalidità scaduto da almeno 6 mesi e il cui stato di invalidità risulta coerente con la banca dati interna di Regione Lombardia (NAR), la richiesta di aggiornamento dei dati al cittadino mediante invio del modulo di autocertificazione;
- per le agevolazioni già rilasciate, in fase di rinnovo, con certificato di invalidità scaduto da almeno 6 mesi e il cui stato di invalidità non risulta coerente con la banca dati interna di Regione Lombardia (NAR), la richiesta di aggiornamento dei dati al cittadino mediante invio del modulo di autocertificazione, ma con conseguente sospensione del beneficio sino al ricevimento di quanto richiesto da parte del cittadino; Regione procede, anche attraverso controlli a campione, alla richiesta all'ente che ha accertato lo stato di invalidità dichiarato nell'ultima autocertificazione presentata dal beneficiario;
- relativamente alle agevolazioni rilasciate dal 2013 a tutto il 2015 sulla base di uno stato di invalidità dichiarato nell'autocertificazione presentata dal cittadino, il cui stato di invalidità non risulta coerente con la banca dati interna di Regione Lombardia (NAR), il controllo, anche a campione, del solo requisito relativo all'invalidità che si esplica nella richiesta all'ente che ha accertato lo stato di invalidità dichiarato nell'ultima autocertificazione presentata dal beneficiario.

Vengono adottati tutti i provvedimenti e gli atti conseguenti nei confronti del beneficiario derivanti dall'analisi dei dati di risultato dai controlli effettuati sul rispetto del requisito di invalidità dichiarato dai beneficiari delle agevolazioni tariffarie rilasciate ai sensi dell'art.46, c.2 della l.r.n.6/2012 e dei relativi provvedimenti attuativi.

DD 18.12.15, n. 11580 - Assegnazione del budget agli ambiti territoriali e rettifica dei termini temporali del d.d.g. 10226/2015 «Approvazione avviso pubblico per l'implementazione di interventi volti a migliorare la qualità della vita delle famiglie e delle persone anziane con limitazione dell'autonomia». (BUR n. 51 del 17.12.15)

Note

Viene approvata la ripartizione del budget a favore dei 73 ambiti territoriali che hanno aderito nei termini previsti dall'avviso - così come indicato nell'Allegato 1 parte integrante e sostanziale del presente atto - come soglia massima di spesa per attivare i voucher a favore delle persone anziane, ai sensi del d.d.g. n. 10226 del 25 novembre 2015.

Vengono riviste le scadenze del predetto avviso – Allegato A del citato decreto n. 10226/2015 previste nei paragrafi 6 «Soggetti beneficiari», 8 «Metodologia e durata temporale per l'individuazione del processo di presa in carico del giovane e adulto disabile al fine della concessione dei voucher», paragrafo 10 «Durata dell'avviso» e paragrafo 12 «Ammissibilità delle spese e rendicontazione gestionale e finanziaria», così come indicato nell'Allegato 2 – parte integrante e sostanziale del presente provvedimento (a cui si rinvia).

DD 18.12.15 - n. 11582 - Assegnazione del Budget agli ambiti territoriali e rettifica dei termini temporali del d.d.g. 10227/2015 «Approvazione avviso pubblico relativo a interventi per lo sviluppo dell'autonomia finalizzata all'inclusione sociale delle persone disabili». (BUR n. 52 del 24.12.15)

Note

Viene approvata la ripartizione del budget a favore dei 73 ambiti territoriali che hanno aderito nei termini previsti dall'avviso - così come indicato nell'Allegato 1 (a cui si rinvia) parte integrante e

sostanziale del presente atto - come soglia massima di spesa per attivare i voucher a favore delle persone disabili, ai sensi del d.d.g. n. 10227 del 25 novembre 2015.

Vengono riviste le scadenze del predetto avviso – Allegato A del citato decreto n. 10227/2015 previste nei paragrafi 6 «Soggetti beneficiari», 8 «Metodologia e durata temporale per l'individuazione del processo di presa in carico del giovane e adulto disabile al fine della concessione dei voucher», paragrafo 10 «Durata dell'avviso» e paragrafo 12 «Ammissibilità delle spese e rendicontazione gestionale e finanziaria», così come indicato nell'Allegato 2 – parte integrante e sostanziale del presente provvedimento (a cui si rinvia).

Annullamento e sostituzione dell'allegato 1 di cui al d.d.g. 11582/2015, in attuazione al d.d.g. 10227/2015 «Approvazione avviso pubblico relativo a interventi per lo sviluppo dell'autonomia

SICILIA

CIRCOLARE 3 dicembre 2015, n. 12 - Rete assistenziale per le persone affette da disturbi dello spettro autistico. Direttiva in ordine all'utilizzo delle risorse di cui all'art. 25, comma 8, della legge regionale n. 19/05.

AI DIRETTORI GENERALI DELLE AZIENDE SANITARIE PROVINCIALI

Come è noto, ai sensi dell'art. 25, comma 8, della legge regionale n. 19/05, questo Assessorato è stato autorizzato ad emanare con decreto un programma unitario per l'autismo e per ciascuna azienda sanitaria territoriale è stato previsto l'obbligo di destinare almeno lo 0,1 per cento delle somme poste in entrata nel proprio bilancio annuale, alla rete integrata di servizi ad esso dedicata.

Con il decreto assessoriale 1 febbraio 2007 (*Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 9 del 23 febbraio 2007) sono state adottate le “Linee guida di organizzazione della rete assistenziale per persone affette da disturbo autistico” con le quali, partendo dalla definizione del disturbo e dagli elementi di criticità ravvisati nella rete dei servizi siciliani, è stato delineato un progetto integrato, al fine di realizzare una rete di servizi rivolti alle persone con disturbi dello spettro autistico ed alle loro famiglie, in tutte le fasi del ciclo della vita, al fine di migliorare il livello qualitativo degli interventi rivolti a tale categoria di utenti.

Va evidenziato che tale documento, oltre a definire uno specifico modello operativo diagnostico e terapeutico, ha delineato la Rete integrata di servizi per consentire la presa in carico della persona con autismo, valorizzando le risorse umane e professionali già esistenti nel sistema, con il coinvolgimento di eventuali altri operatori, al fine di dare opportune risposte assistenziali agli utenti.

A completamento di quanto previsto dalle linee guida con decreto assessoriale del 10 gennaio 2011 (*Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 9 del 25 febbraio 2011) sono stati definiti gli standards organizzativi delle strutture dedicate che, in rete con le altre strutture assistenziali, partecipano alla presa in carico ed i cui interventi rientrano all'interno del programma di trattamento individuale di cui resta titolare l'U.O. territoriale di riferimento.

Tra i servizi dedicati particolare rilevanza riveste il Centro per la diagnosi ed il trattamento intensivo precoce che, come previsto dal D.A. 1 febbraio 2007 sopra citato, deve essere attivato presso le aziende sanitarie territoriali e collegato funzionalmente con le strutture che erogano assistenza a differenti livelli ai soggetti con autismo.

Si evidenzia la funzione strategica del Centro per la diagnosi ed il trattamento intensivo precoce ai fini della:

- definizione diagnostica dei casi sospetti in età precoce;
- effettuazione di un training precoce intensivo genitori- bambino e di trattamenti abilitativi e psicoterapeutici intensivi di durata variabile;
- realizzazione del progetto riabilitativo in maniera diretta o tramite raccordo con strutture pubbliche o private.

Al riguardo si ricorda che con il successivo D.A. del 10 gennaio 2011 sopra citato è stato, tra l'altro, previsto che

il Centro deve assicurare tendenzialmente almeno 10 trattamenti giornalieri nell'ambito degli interventi intensivi integrati ambulatoriali e domiciliari e di *parent training*.

In considerazione di tutto quanto sopra, si dispone che le risorse pari ad almeno lo 0,1% delle somme poste in entrata nel proprio bilancio annuale siano prioritariamente destinate da ciascuna ASP ad assicurare la piena funzionalità del Centro per la diagnosi e il trattamento intensivo precoce (per cui è necessario fare ricorso anche all'utilizzo delle professionalità interne già destinatarie di specifici percorsi formativi) nonché a supporto degli interventi intensivi integrati ambulatoriali e domiciliari a carico dello stesso e che dovranno essere assicurati anche nei confronti dei soggetti autistici adolescenti e giovani adulti.

Inoltre, stante quanto previsto dai nuovi LEA in materia di autismo, si dispone che il costo correlato alla contrattualizzazione dei centri diurni accreditati coerentemente alle previsioni di cui alla circolare assessoriale n. 4 del 25 maggio 2015 (*Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 24 del 12 giugno 2015) sia imputato a carico del bilancio di ciascuna ASP al di fuori della quota di cui all'art. 25, comma 8, della legge regionale n. 19/05.

L'Assessore: GUCCIARDI

TOSCANA

DGR 30.11.15, n. 1171 - Attivazione procedure ai sensi della Legge 12 marzo 1999 n.68 ai fini del rispetto delle disposizioni in materia di assunzioni delle Categorie protette. (BUR n. 50 del 16.12.15)

Note

La Direzione Organizzazione e Sistemi Informativi viene incaricata di attivare le assunzioni obbligatorie di Categorie protette ai sensi della Legge 68/1999 per n. 6 posti vacanti nella Dotazione organica della Giunta Regionale, di cui n.5 categorie C e n.1 categoria B, a parziale copertura della quota di riserva di cui alla Legge 68/1999 fermo restando quanto previsto in merito alla verifica puntuale sul numero delle Categorie protette che verranno trasferite dal 1 gennaio 2016 dalle Amministrazioni Provinciali al fine di ottemperare, previo finanziamento, alle eventuali assunzioni obbligatorie previste dalla normativa vigente.

Viene stabilita in euro 203.427 la spesa massima annua e a regime (inclusiva di tutti gli oneri riflessi) per l'assunzione di n. 6 unità di categorie protette (di cui n. 1 unità cat. B e n. 5 unità cat. C).

DGR 9.12.15, n. 1200 - Approvazione Protocollo di Intesa tra Regione Toscana e Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali finalizzato all'attivazione ed implementazione della proposta progettuale della Regione Toscana in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità ai sensi del Decreto Direttoriale n. 41/77 del 4 agosto 2015. (BUR n. 50 del 16.12.15)

Note

INTRODUZIONE NORMATIVA

Legge 18 del 3 marzo 2009 "Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità";

Programma di Azione Biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità (art. 3, comma 5 della L. 18/2009), approvato dal Consiglio dei Ministri del 27 settembre 2013 e adottato con Decreto del Presidente della Repubblica 4 ottobre 2013, acquisito il parere favorevole, espresso da parte della Conferenza Unificata il 24 luglio 2013;

La linea di azione n. 3, del richiamato Programma di Azione che illustra le proposte in materia di "Politiche, servizi e modelli organizzativi per la vita indipendente e l'inclusione nella società";

Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015 approvato con deliberazione del Consiglio regionale n. 91 del 5 novembre 2015 che al punto 2.3.6.5. relativo all'area della disabilità prevede tra gli impegni quello di favorire e incentivare i progetti di "vita indipendente" al fine di emancipare e migliorare le opportunità di vita e di lavoro dei cittadini.

In data 4 agosto 2015 sono state approvate dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali le linee guida per la presentazione di progetti sperimentali in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità, adottate con decreto direttoriale n. 41/77.

LA RICADUTA SULLA REGIONE

La Regione Toscana ha presentato la propria proposta di adesione alla sperimentazione del modello intervento in materia di vita indipendente e ed inclusione nella società delle persone con disabilità ai sensi del sopra richiamato decreto direttoriale n. 41/77 indicando 3 ambiti territoriali, di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), della legge 8 novembre 2000, n. 328 che hanno inviato la propria candidatura presentando progetti che rispettavano i criteri stabiliti nelle Linee Guida ministeriali (Società della Salute Empoli Valdelsa, Società della Salute Pistoiese e Società della Salute Grossetana).

Con il decreto direttoriale n. 226 del 23 novembre 2015 ha approvato la lista dei progetti presentati ai sensi delle richiamate linee guida del 4 agosto 2015 e autorizzato il finanziamento, secondo la ripartizione evidenziata nell'elenco di cui all'art. 2 del medesimo decreto direttoriale, per un importo complessivo di Euro 10.000.000,00.

La proposta della Regione Toscana risulta tra i progetti ammessi al finanziamento relativamente agli ambiti territoriali Società della Salute Empoli Valdelsa, Società della Salute Pistoiese e Società della Salute Grossetana,

IL PROTOCOLLO

Viene approvato lo schema di Protocollo d'Intesa tra la Regione Toscana e il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, di cui all'Allegato A), parte integrante e sostanziale del presente atto (a cui si rinvia).

DGR 9.12.15, n. 1197 - POR FSE 2014-2020 Asse B - Attività PAD B.1.1.1.A). Approvazione degli elementi essenziali dell'Avviso pubblico "Servizi di accompagnamento al lavoro per persone disabili e soggetti vulnerabili". (BUR n. 51 del 23.12.15)

Note

Vengono approvati gli elementi essenziali relativi all'Avviso pubblico denominato "Servizi di accompagnamento al lavoro per persone disabili e soggetti vulnerabili" per l'attuazione dell'Attività B.1.1.1.A) "Inserimento soggetti disabili" prevista dal Provvedimento Attuativo di Dettaglio del POR FSE 2014- 2020, di cui all'Allegato A parte integrante e sostanziale del presente provvedimento. .

Viene destinata all'attuazione del'Avviso pubblico la somma di euro 14.700.000,

ALLEGATO A

Elementi essenziali dell'Avviso pubblico "Servizi di accompagnamento al lavoro per persone disabili e soggetti vulnerabili" POR FSE 2014 – 2020 Asse B - Attività B.1.1.1.A)

1. Descrizione delle finalità dell'intervento

Il presente Avviso pubblico finanzia interventi a carattere regionale a valere sull'Attività B.1.1.1.A) "Inserimento soggetti disabili" dell'Asse B – Inclusione sociale e lotta alla povertà – del POR FSE 2014 – 2020.

Obiettivo dell'Avviso è quello di promuovere la realizzazione su tutto il territorio regionale di un sistema diffuso e articolato di servizi per l'accompagnamento al lavoro di persone disabili e soggetti vulnerabili in carico ai servizi socio-sanitari territoriali, attraverso lo sviluppo di percorsi di sostegno all'inserimento socio-terapeutico e socio-lavorativo dei soggetti destinatari.

Le azioni che verranno attuate si inseriscono in maniera coerente nel quadro degli atti di programmazione regionale (Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012 – 2015 approvato dal Consiglio regionale con Deliberazione n. 91 del 5 novembre 2014 e Decisione di Giunta n.11 del 7/4/2015 che approva le "Azioni di sistema e strategie per il miglioramento dei servizi sociosanitari nell'ambito delle politiche per la disabilità") relativamente agli interventi diretti a favorire l'inclusione sociale e l'autonomia delle persone con disabilità e delle persone con problemi di salute mentale.

2. Beneficiari e requisiti di ammissibilità

Sono ammessi alla presentazione della domanda di candidatura, le imprese e le cooperative sociali, i soggetti pubblici e privati che operano nel recupero socio-lavorativo di soggetti svantaggiati, secondo quanto previsto dal PAD - Provvedimento Attuativo di Dettaglio del POR FSE, approvato con delibera di G.R. n.197 del 2.03.2015.

I destinatari delle attività progettuali sono persone in carico ai servizi socio-assistenziali, sanitari e/o socio-sanitari, in condizione di disabilità certificata ai sensi della L. 68/1999 oppure certificate per bisogni inerenti la salute mentale in base alle normative vigenti, non occupate. Le proposte progettuali dovranno prevedere obbligatoriamente la partecipazione di entrambe le tipologie di destinatari.

I progetti dovranno essere presentati ed attuati da una Associazione Temporanea di Scopo (ATS), costituita, o da costituire a progetto e finanziamento approvato.

In ogni ATS dovrà essere presente almeno un Ente pubblico tra quelli che hanno funzioni di programmazione e gestione dei servizi e degli interventi per gli ambiti territoriali di riferimento dei progetti. Gli Enti pubblici possono assumere all'interno dell'ATS sia il ruolo di soggetto capofila proponente che quello di partner.

Ogni Soggetto (singolo o in raggruppamento) può essere presente come membro o capofila in più di un progetto in una o più zone-distretto (o zone aggregate).

La Società della Salute e, ove non costituita, il soggetto pubblico espressamente individuato dalla Conferenza zonale dei sindaci, dovranno avviare una procedura di evidenza pubblica, per la scelta dei soggetti privati e l'individuazione dei soggetti pubblici interessati a candidarsi all'attività di coprogettazione delle proposte progettuali da presentare alla RT in risposta all'Avviso.

Le zone-distretto hanno facoltà di aggregarsi tra di loro ai fini di presentare progetti in forma integrata.

3. Tipologia di finanziamento e del valore massimo dell'agevolazione da concedere

Per l'attuazione dell'Avviso regionale di cui alla presente deliberazione sono stanziati euro 14.700.000,00 a valere sull'Attività B.1.1.1.A) "Inserimento soggetti disabili" dell'Asse B del POR FSE 2014-2020.

Le risorse sono ripartite per le zone-distretto (di cui all'articolo 64, comma 1, della l.r. 40/2005, e all'art. 33 comma 1 della l.r.41/2005) in base ai seguenti criteri:

- a. la popolazione complessiva della zona-distretto 18/65 anni (anno 2013);
- b. il numero delle persone disabili 18/65 anni, certificate sulla base della L. 68/1999 presso ciascuna zona-distretto (anno 2013);
- c. il numero delle persone 18/65 anni in carico ai Servizi di salute mentale presso ciascuna zona distretto (anno 2013).

Sono stati riconosciuti importi aggiuntivi rispetto alla ripartizione di cui sopra, per complessivi euro 100.000, alla zona-distretto dell' Isola d' Elba - per oggettiva difficoltà geografica e logistica ad aggregarsi con altre zone - e alle zone-distretto dell'Alta Val di Cecina, Amiata Senese e Valdorcina, Amiata grossetana, per raggiungere la soglia di euro 100.000,00, quale importo minimo ritenuto adeguato per una efficace risposta ai bisogni dell'utenza.

I progetti saranno finanziabili per importi non inferiori a € 100.000 e non superiori a € 1.500.000.

Nel caso in cui due o più zone distretto decidano di presentare progetti aggregati, la proposta progettuale avrà a disposizione un budget pari alla somma dei budget delle singole zone distretto aggregate, fermo restando i limiti sopra indicati.

Gli interventi sono finanziati al 100% con fondi FSE senza il cofinanziamento del soggetto beneficiario.

4. Tipologia di interventi finanziabili e delle spese ammissibili

I progetti dovranno concludersi di norma entro 24 mesi dalla data di avvio, ovvero dalla data di stipula della convenzione con la Regione Toscana.

Le tipologie di attività che dovranno obbligatoriamente essere incluse nelle proposte progettuali sono:

Indirizzate alla persona:

- accesso e presa in carico: selezione specifica dei partecipanti finalizzata alla valutazione della possibilità di inserimento nei percorsi di accompagnamento al lavoro (di competenza dei soggetti pubblici territoriali con le modalità previste dagli atti e dalla normativa regionale in materia);
- valutazione del livello di occupabilità dei partecipanti;
- orientamento dei partecipanti (finalizzato alla comprensione delle competenze potenziali ed espresse);
- progettazione personalizzata (predisposizione dei progetti individuali e pianificazione delle attività specifiche rivolte a ciascun partecipante);
- accompagnamento in azienda per i partecipanti;

Indirizzate al processo di occupabilità:

- Scouting (delle imprese interessate ad accogliere i partecipanti in stage);
- Matching domanda/offerta di lavoro;
- Tutoring in azienda per i partecipanti.

I destinatari dei progetti potranno ricevere una indennità connessa alla partecipazione percorsi di accompagnamento al lavoro, inclusi gli eventuali percorsi formativi e stage in azienda (o altro soggetto ospitante) pari a un massimo di € 400 e un minimo di € 150 lordi mensili e proporzionalmente alle ore realmente effettuate. La partecipazione a tali esperienze è da intendersi all'interno di un progetto personalizzato mirato all'inclusione sociale e lavorativa.

5. Criteri di valutazione, priorità e punteggi

I criteri di valutazione cui si fa riferimento nell'Avviso sono definiti in conformità al documento "I criteri di selezione delle operazioni da ammettere a cofinanziamento del Fondo Sociale Europeo nella programmazione 2014-2020", approvato dal Comitato di Sorveglianza nella seduta dell'8 maggio 2015.

Le operazioni di valutazione sulle domande ammesse - effettuate da un nucleo di valutazione appositamente nominato dall'Amministrazione regionale - terranno conto dei seguenti criteri:

GRIGLIA DI VALUTAZIONE DI MERITO

Indicatori (punteggio minimo e massimo: da...a...)

Criteri minima scarsa media elevata Punteggio massimo

1 Qualità e coerenza progettuale 50

1.1 Finalizzazione, ovvero coerenza e congruenza rispetto all'azione messa a bando;

0 1 2-3 4 4

1.2 Chiarezza e coerenza dell'analisi di contesto, dell'analisi dei fabbisogni, delle modalità di informazione, dei requisiti e delle condizioni oggettive dei destinatari delle azioni (in relazione ad aspetti familiari, sociali, relazionali, di svantaggio ecc.), delle modalità di selezione del target;

1 2-3 4-7 8 8

1.3 Coerenza interna dell'articolazione dell'operazione in fasi/attività specifiche, della sua durata, con le caratteristiche dei destinatari ecc.;

1 2-3 4-7 8 8

1.4 Sussidiarietà, ovvero integrazione con iniziative e/o fabbisogni locali;

0 1 2-3 4 4

1.5 Completezza ed univocità delle informazioni fornite;

0 1 2-3 4 4

1.6 Congruenza dei contenuti proposti, delle risorse mobilitate e delle metodologie di attuazione delle azioni;

1-2 3-4 5-9 10-12 12

1.7 Coerenza tra attività didattiche ed eventuali attività di work experience a completamento dei percorsi; qualità del progetto individuale;

1 2 3-5 6 6

1.8 Coerenza e correttezza del piano finanziario in relazione alle azioni del progetto.

0 1 2-3 4 4

2 Innovazione, risultati attesi, trasferibilità
20

Innovazione

2.1 Il carattere innovativo complessivo del progetto può riferirsi ai seguenti ambiti: soggetti in partenariato, obiettivi formativi, innovazione sociale, profilo professionale, settore di riferimento, procedure metodologie- strumenti di attuazione dell'operazione, articolazione progettuale, strategie organizzative, modalità di coinvolgimento di stakeholder esterni ecc.

0 1 2-3 4 4

Risultati attesi

2.2 inserimenti lavorativi, con eventuale attivazione di contratti di lavoro ex post (dimostrabili);

0 1 2-4 5 5

2.3 occupabilità, in relazione all'aumento delle possibilità di accesso al mercato del lavoro;

0 1 2-4 5 5

2.4 efficacia del progetto nel conseguire potenzialmente gli obiettivi prefissati

0 1 2 3 3

Trasferibilità

2.5 meccanismi di diffusione dei risultati e trasferibilità dell'esperienza.

0 1 2 3 3

3 Soggetti coinvolti 15

3.1 Quadro organizzativo del partenariato in termini di ruoli, compiti e funzioni di ciascun partner, e valore aggiunto in termini di esperienza e capacità;

0 1 2 3 3

3.2 Rete di relazioni dei partner: Si No presenza nel partenariato formale (con sottoscrizione del progetto) della Società della Salute o del soggetto pubblico espressamente individuato dalla Conferenza zonale dei sindaci.

9 0

9

3.3 Adeguatezza delle risorse messe a disposizione per la realizzazione del progetto e valutazione dei curricula degli operatori preposti allo svolgimento delle attività, onde verificarne la professionalità in coerenza con l'attività svolta.

0 1 2 3 3

4 Priorità 15

4.1 Progettazione partecipata. Qualità del lavoro svolto in sede di progettazione in funzione del grado di coinvolgimento del sistema pubblico/privato e dei suoi attori;

1 2-3 4-5 6-7 7

4.2 Sostenibilità. Capacità del progetto di dimostrare e garantire la sua sostenibilità futura. La sostenibilità dell'operazione si riferisce, ad esempio, agli strumenti per dare continuità nel tempo all'operazione, ai suoi risultati e alle sue metodologie di attuazione.

1 2 3 4-5 5

Sperimentazione ICF prevista

Sperimentazione ICF non prevista

4.3 Avvio della sperimentazione ICF.

Utilizzo della metodologia ICF (International Classification Functioning) nella fase di valutazione dei soggetti destinatari.

3 0

3

Saranno ammissibili al finanziamento le domande che abbiano conseguito un punteggio di almeno 65/100 di cui almeno 50/85 sui criteri 1, 2, 3.

Al termine della valutazione il nucleo provvede a redigere la graduatoria provvisoria dei progettisulla base dei punteggi complessivi da essi conseguiti e verrà realizzata una graduatoria per ciascuna zona-distretto o zone distretto aggregate. Saranno finanziati uno o più progetti secondo l'ordine di graduatoria fino alla disponibilità massima di risorse.

La Regione Toscana approva le graduatorie per zone-distretto, con decreto dirigenziale, entro 90 giorni dalla data di scadenza per la presentazione dei progetti.

6. Quadro finanziario

La dotazione finanziaria disponibile per l'avviso pubblico è pari complessivamente a euro 14.700.000,00 e trova copertura a valere sui capitoli 61859, 61860 e 61861 del bilancio regionale 2015. di competenza sulla documentazione presentata da ENAC per l'espressione del parere regionale nell'ambito del procedimento di verifica di assoggettabilità a VIA di competenza statale: "Master Plan 2014-2028 dell'Aeroporto Internazionale G. Galilei di Pisa"; con nota del 17.03.2015, il Settore VIA, VAS e Opere di interesse strategico regionale, in considerazione dei contributi pervenuti a seguito della sopra richiamata nota del 04.12.2014, ha trasmesso al MATTM, una proposta di richiesta di chiarimenti e integrazioni; il proponente ENAC, con nota del 15.07.2015 ha depositato presso il Settore VIA, VAS e Opere di interesse strategico regionale, integrazioni volontarie; con nota del 16.07.2015 il Settore VIA, VAS e Opere di interesse strategico regionale, ha fatto richiesta ai Settori regionali ed alle Agenzie del contributo tecnico di competenza sulle integrazioni volontarie presentate da ENAC; **con nota del 09.10.2015 il Settore VIA, VAS**

VENETO

DGR 9.12.15, n. 1792 - Sperimentazione per la semplificazione ed unificazione del procedimento di accertamento dell'invalidità civile: approvazione proroga tecnica al 31 dicembre 2015 dei protocolli operativi attualmente in essere per l'affidamento, in via sperimentale ad i.n.p.s., delle funzioni inerenti all'accertamento dei requisiti sanitari in materia di invalidità civile relativamente alle aziende u.l.s.s. nn. 10, 12, 14, 20, 21, 22. (BUR n. 121 del 24.12.15)

Note

Si procede alla proroga tecnica al 31/12/2015 dei protocolli operativi, attualmente in essere, per l'affidamento sperimentale ad i.n.p.s. delle funzioni relative all'accertamento dei requisiti sanitari in materia di invalidità civile relativamente alle aziende u.l.s.s. nn. 10, 12, 14, 20, 21, 22. LA

ALLEGATO A PROTOCOLLO

TRA REGIONE VENETO E INPS PER LA II^ PROROGA TECNICA DELL'AFFIDAMENTO IN VIA

SPERIMENTALE AD INPS DELLE FUNZIONI RELATIVE ALL'ACCERTAMENTO DEI REQUISITI

SANITARI IN MATERIA D'INVALIDITA' CIVILE (art. 18, comma 22, D.L. 6.7.2011 n.98 convertito

nella L. 15.07.2011 n.111) RELATIVAMENTE ALLE AZIENDE AULSS NN. 10, 12, 14, 20, 21 E 22.

tra

la Regione Veneto, con sede in Venezia, codice fiscale 80007580279, rappresentata per il presente atto dal

Direttore *pro tempore* della Sezione Prevenzione e Sanità Pubblica

dott.....
.....,

nato a.....il.....,incarico conferito con

D.G.R. n.dele domiciliato per la carica presso la Regione Veneto, Sezione Prevenzione e Sanità Pubblica, sita in Venezia, Dorsoduro n. 3493;

e

l'INPS Direzione Regionale Veneto con sede in Venezia, partita IVA 02121151001, rappresentata per il presente atto dal Direttore Regionale pro-tempore, dott....., nato a..... il..... e domiciliato per la carica presso la Sede Regionale, sita in Venezia, Dorsoduro n. 3500/D

visti

la Legge 15 ottobre 1990 n. 295, recante “Modifiche ed integrazioni all'articolo 3 del D.L. 30 maggio

1988, n. 173, convertito, con modificazioni, dalla L. 26 luglio 1988, n. 291”, e successive modificazioni,

in materia di revisione delle categorie delle minorazioni e malattie invalidanti

le circolari della Giunta Regionale del Veneto, n. 34 del 19 novembre 1990 e n. 1 del 14 gennaio 1991,

“Direttive alle ULSS del Veneto in ordine all'applicazione della Legge 295/90 ed al funzionamento delle Commissioni Mediche per l'accertamento dell'Invalidità Civile”;

il D.M. 5 agosto 1991 n. 387, recante “Regolamento recante le norme di coordinamento per l'esecuzione delle disposizioni contenute nella legge 15 ottobre 1990, n. 295, in materia di accertamento dell'invalidità civile”;

il D. L. vo 30 dicembre 1992 n. 502, recante “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma

dell'art 1 della Legge 23 ottobre 1992 n. 421”;

il D.P.R. 21 settembre 1994 n. 698, recante “Norme sul riordinamento dei procedimenti in materia di riconoscimento delle minorazioni civili e sulla concessione dei benefici economici”;

il D. L.vo 31 marzo 1998 n. 112, recante “Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello stato alle Regioni ed agli enti Locali, in attuazione del capo I della Legge 15 marzo 1997 n. 59;

la Legge costituzionale 18 ottobre 2011 n. 3, recante “Modifiche al Titolo V della Parte Seconda della Costituzione”;

l'articolo 20, commi 1 e 2, del Decreto Legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito con modificazioni dalla Legge 3 agosto 2009, n. 102, che - ai fini degli accertamenti sanitari di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità - prevede, a decorrere dal gennaio 2010, l'integrazione delle Commissioni mediche delle Aziende Sanitarie Locali con un medico dell'INPS quale componente effettivo ed attribuisce altresì all'INPS la competenza ad effettuare l'accertamento definitivo e l'accertamento della permanenza dei requisiti sanitari nei confronti dei titolari di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità;

l'articolo 20, comma 3, del sopra citato decreto legge n. 78/2009, il quale stabilisce che, a decorrere dal 1° gennaio 2010, le domande volte ad ottenere i benefici in materia di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità, complete della certificazione medica attestante la natura delle infermità invalidanti, sono presentate all'INPS, il quale provvede poi a trasmetterle alle Aziende Sanitarie Locali;

il successivo comma 4 del medesimo articolo 20, il quale, al fine di migliorare, semplificare ed uniformare su tutto il territorio nazionale il procedimento di concessione delle prestazioni di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità - nel quadro di un trattamento economico assistenziale uniforme, previsto dalla legge dello Stato in tutto il territorio nazionale - rimanda ad un Accordo Quadro tra il Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e la Conferenza

Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, la definizione delle modalità attraverso le quali sono affidate all'INPS le attività relative all'esercizio delle funzioni concessorie nei citati procedimenti;

□□l'Accordo Quadro tra il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano stipulato in data 29 aprile 2010;

□□Convenzione tra la Regione Veneto e INPS per l'esercizio della potestà concessiva dei trattamenti di invalidità civile stipulato in data 7 settembre 2010;

□□l'art.18, comma 22, del Decreto Legge 6 luglio 2011, n.98, convertito con modificazioni dalla Legge 15 luglio 2011, n. 111, il quale - ai fini della razionalizzazione e dell'unificazione del procedimento relativo al riconoscimento dell'invalidità civile, della cecità civile, della sordità, dell'handicap e della disabilità - dispone che le Regioni, anche in deroga alla normativa vigente, possono affidare all'INPS, attraverso la stipula di specifiche convenzioni, le funzioni relative all'accertamento dei requisiti sanitari;

□□la Deliberazione della Giunta Regionale n. 2147 del 25.11.2013, recante "Commissioni Invalidi Civili, Handicap ed inserimento lavorativo disabili presso le Aziende ULSS: aggiornamento delle indicazioni sulla loro composizione e funzionamento";

□□la deliberazione della Giunta Regionale Veneto n. 144 del 20 febbraio 2014 recante "Sperimentazione per la semplificazione ed unificazione del procedimento di accertamento dell'invalidità civile:

approvazione del Protocollo d'Intenti tra Regione Veneto ed INPS per l'affidamento in via sperimentale ad Inps delle funzioni relative all'accertamento dei requisiti sanitari in materia di invalidità civile e della bozza del Protocollo Operativo Sperimentale riguardante le Aziende ULSS nn. 10, 12, 14, 20, 21 e 22 del Veneto";

□□il Protocollo di Intenti siglato in data 28 febbraio 2014 da Regione Veneto e INPS per l'affidamento in via sperimentale a INPS delle funzioni relative all'accertamento dei requisiti sanitari in materia di invalidità civile ed i conseguenti Protocolli Operativi Sperimentali siglati tra Regione Veneto, INPS e AULSS nn. 10, 12, 14, 20, 21 e 22;

□□il Protocollo di Proroga Tecnica delle stipulate convenzioni sottoscritto in data 28 aprile 2015 da Regione Veneto e INPS fino alla data del 30 settembre 2015

considerato

□□permangono le condizioni che hanno portato Regione Veneto ed INPS alla stipula del Protocollo di Proroga Tecnica fino al 30 settembre 2015, e che entrambe le Amministrazioni ritengono opportuno prorogare ulteriormente le convenzioni in atto fino al 31 dicembre 2015 al fine di garantire il servizio reso ai cittadini secondo gli standard di qualità raggiunti;

□□l'assenso espresso alla suddetta proroga al 31 dicembre 2015 da parte dei Direttori Generali delle AULSS nn. 10, 12, 14, 20, 21 e 22

si conviene di

procedere **ad un'ulteriore PROROGA TECNICA FINO al 31 DICEMBRE 2015** dei Protocolli Operativi Sperimentali per l'affidamento in via sperimentale ad INPS delle funzioni relative all'accertamento dei requisiti sanitari in materia di invalidità civile, già stipulati tra Regione Veneto, INPS e AULSS nn. 10, 12, 14, 20, 21 e 22 ai sensi del Protocollo d'Intenti sottoscritto tra Regione Veneto ed INPS in data 28 febbraio 2014, già prorogati al 30 settembre 2015.

Anche la presente proroga tecnica deve intendersi alle medesime condizioni dei Protocolli Operativi Sperimentali già sottoscritti tra Regione Veneto, INPS e AULSS nn. 10, 12, 14, 20, 21 e 22, che qui si intendono integralmente richiamati, così come il Protocollo di Proroga Tecnica degli stessi al 30 settembre 2015.

*Il presente accordo, a pena di nullità, è sottoscritto con firma digitale, ai sensi dell'articolo 24 del Decreto Legislativo 7 marzo 2005, n. 82

REGIONE VENETO

Sezione Prevenzione e Sanità Pubblica

Il Direttore *

INPS

Direzione Regionale Veneto*

POLITICHE SOCIALI

EMILIA-ROMAGNA

DD 6.8.15, n 9977 - Fondo sociale regionale L.R. 2/2003 - Anno 2015. Assegnazione, concessione e impegno finanziamento alle Province in attuazione della D.G.R. n. 921/2015.(BUR n. 326 del 17.12.15)

Note

Viene quantificata, assegnata e concessa la somma spettante a ciascuna Provincia e alla Città metropolitana di Bologna, calcolata in base ai criteri previsti per la realizzazione delle azioni di cui all'allegato alla deliberazione di giunta citata, indicati al punto 3.2, quale concorso regionale alle attività di coordinamento e supporto per l'implementazione e gestione del sistema informativo dei servizi sociali nonché per l'elaborazione dei piani di zona (art. 47 lett. c) della l.R. n. 2/2003), per gli importi indicati nell'allegato 1 che costituisce parte integrante e sostanziale della presente determinazione, per complessivi €. 650.000,00.

Allegato1 riparto+fdo.pdf

DD 6.8.15, n. 9978 - Assegnazione concessione e assunzione impegno di spesa della somma spettante agli Enti capofila degli Ambiti Distrettuali per il consolidamento del fondo sociale locale in attuazione della D.A.L. 117/2013 e della D.G.R. 921/2015

Vengono quantificate, assegnate e concesse le risorse spettanti ai comuni e agli altri Enti capofila degli ambiti distrettuali, quale sostegno agli stessi per il consolidamento, negli ambiti dei Piani di zona, del Fondo sociale Locale, per gli importi indicati nell'allegato che costituisce parte integrante e sostanziale della presente determinazione, per complessivi Euro 17.709.366,00.

LAZIO

DGR 9.12.15, n. 710 - Commissariamento dell'IPAB Casa di Riposo San Raffaele Arcangelo di Bagnoregio (Viterbo). (BUR n. 101 del 17.12.15)

Note

Si procede al commissariamento dell'IPAB Casa di Riposo San Raffaele Arcangelo di Bagnoregio, al fine di assicurare l'ordinaria e straordinaria gestione dell'Ente e la continuità dei servizi, per un periodo di dodici mesi.

Con successivo Decreto del Presidente della Regione Lazio sarà nominato il commissario straordinario.

IPAB SS. ANNUNZIATA

Concorso 21 dicembre 2015, n. 18 - Avviso pubblico di selezione di direttore ipab ss. annunciata di gaeta 22/12/2015 - bollettino ufficiale della regione lazio - n. 102 avviso pubblico di selezione di direttore IPAB ss. annunciata di Gaeta (BUR n. 103 del 22.12.15)

DURATA E COMPENSO

La durata della prestazione è prevista in anni 5 (ai sensi dell' art 10 dello Statuto dell'Ente) e l'incarico può essere confermato.

Il compenso onnicomprensivo previsto per l'affidamento dell'incarico è stabilito secondo le tabelle del CCNL dirigenza del comparto Regioni e Autonomie Locali.

Le prestazioni e il pagamento del compenso avverranno con le modalità che saranno indicate nel relativo contratto che si stipulerà all'esito della selezione.

REQUISITI dei CANDIDATI

I requisiti per l'ammissione alla selezione per il conferimento del contratto sono i seguenti:

- a. possesso della cittadinanza italiana o di uno degli stati membri dell'Unione Europea;
- b. godimento dei diritti civili e politici;
- c. non aver riportato condanne penali e non aver carichi pendenti;
- d. possesso del seguente titolo di studio: diploma di laurea in giurisprudenza, scienze politiche, economia e commercio o equipollenti, conseguito in base all'ordinamento previgente a quello introdotto con D.M. n.509/99 o equivalente laurea specialistica/magistrale prevista nel nuovo ordinamento universitario;
- e. avere svolto attività in organismi ed enti pubblici o privati ovvero aziende pubbliche o private con esperienza acquisita per almeno un quinquennio in funzioni dirigenziali L165 art 19 c 6;
- f. non essere stato licenziato da un precedente pubblico impiego, destituito o dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione per persistente insufficiente rendimento o dichiarato decaduto da un pubblico impiego ai sensi dell'art. 2 comma 3 del D.P.R. n.487/1994 e successive modificazioni ed integrazioni;
- g. non aver riportato condanne penali e non essere stati interdetti o sottoposti a misure che escludono, secondo le leggi vigenti, dalla nomina agli impieghi presso una Pubblica Amministrazione;
- h. non essere stato escluso dall'elettorato politico attivo (se cittadini italiani);
- i. non versare in condizione di inconferibilità e/o incompatibilità ai sensi del decreto legislativo n. 39/2013
- l. possesso dell'idoneità fisica all'impiego ed assenza di infermità ed imperfezioni che possano influire sul rendimento.

Detti requisiti debbono essere posseduti alla data di scadenza del termine utile per la presentazione delle domande di ammissione alla selezione.

LA DOMANDA

La domanda dovrà essere corredata dai seguenti allegati:

- a. fotocopia di un documento di identità del candidato in corso di validità;
 - b. curriculum vitae professionale e formativo, datato e firmato dal candidato, completo dei dati anagrafici, con descrizione dei titoli posseduti e delle esperienze maturate.
- DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITÀ E/O INCOMPATIBILITÀ, REDATTA E COMPILATA SU FAC SIMILE MODULO ALLEGATO AL PRESENTE AVVISO

L'Ente si riserva la facoltà di procedere ad idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive contenute nella domanda di partecipazione alla procedura e nel curriculum.

MODALITA' di PRESENTAZIONE della DOMANDA

Gli interessati dovranno far pervenire, entro e non oltre il termine perentorio delle ore 12 del 7 gennaio 2016 all'Ufficio Segreteria dell'IPAB S.S. Annunziata di Gaeta, apposita domanda di candidatura alla selezione in oggetto corredata dal curriculum vitae e professionale del candidato, in lingua italiana, completo di tutte le informazioni utili ai fini della valutazione ed evidenziando il recapito da utilizzare per eventuali comunicazioni.

La domanda di partecipazione, redatta su carta semplice conformemente all'apposito modello – Allegato A- dovrà essere datata e sottoscritta in originale a pena di esclusione.

In caso di spedizione a mezzo posta, non farà fede la data del timbro postale, ma esclusivamente la data di ricezione della busta comprovata dal protocollo in entrata dell'Ente entro il termine indicato. L'Ente non assume nessuna responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni del recapito da parte del mittente, né per eventuali disguidi postali e telegrafici o, comunque, imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

In caso di produzione della domanda fuori dai termini temporali sopra indicati, il candidato verrà escluso automaticamente dalla selezione.

MODALITA' e CRITERI per la VALUTAZIONE delle DOMANDE

La valutazione e la selezione, trattandosi di un incarico di natura fiduciaria, verranno operate dal Commissario Straordinario Regionale, in base alle seguenti modalità e criteri:

- valutazione dei titoli e delle competenze professionali e dell'esperienza maturata attribuendo il punteggio massimo di 10 punti così ripartito:

2/10 per titoli di studio

4/10 per titoli di servizio

2/10 per titoli vari

2/10 per curriculum

DISPOSIZIONI PARTICOLARI

Il candidato selezionato dovrà assumere servizio entro cinque giorni dalla comunicazione, salvo che l'Ente ritenga - a suo insindacabile giudizio - di concedere una proroga.

Il candidato all'atto della firma del contratto di lavoro dovrà aver già presentato tutti i documenti necessari a dimostrare il possesso dei requisiti prescritti e dichiarati nella domanda di partecipazione.

La non corrispondenza anche di una sola dichiarazione, con i documenti presentati e/o con altre indagini che l'Ente riterrà opportuno eseguire, comporterà automaticamente la decadenza dell'assunzione.

L'Ente si riserva, a suo insindacabile giudizio, la facoltà di modificare, prorogare, sospendere o revocare il presente avviso di selezione qualora incorrano motivi di pubblico interesse o disposizioni di Legge, senza che per i concorrenti insorga alcuna pretesa o diritto, o comunque differire nel tempo l'effettiva entrata in servizio del vincitore a fronte di motivate esigenze di funzionalità organizzativa.

Resta inoltre facoltà dell'Ente non procedere alla stipulazione del contratto individuale di lavoro se ritenuto non sussistere candidati idonei al ruolo.

Con la partecipazione alla selezione è implicita, da parte dei concorrenti, l'accettazione senza riserve di tutte le prescrizioni e precisazioni del presente avviso

TUTELA della RISERVATEZZA

Ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 196/2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") si informano gli interessati che i loro dati personali saranno utilizzati esclusivamente per lo svolgimento della presente selezione e per la gestione del contratto che eventualmente dovrà instaurarsi in esito ad essa. I dati saranno trattati anche con l'ausilio di mezzi elettronici.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO REGIONALE

Avv. Luciana Selmi

Allegato A)

AVVISO PUBBLICO per il CONFERIMENTO dell'INCARICO di DIRETTORE a tempo determinato presso IPAB SS. ANNUNZIATA DI GAETA

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Il sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

codice fiscale _____

residente a _____ in via _____

domiciliato a _____

se diverso dalla residenza

tel _____ cell _____ e-mail _____

in possesso della laurea in _____

conseguito in data _____ presso l'Università _____

preso atto dell'avviso pubblico

CHIEDE

Di essere ammesso alla selezione per l'affidamento dell'incarico di Direttore dell'Ipab

SS. Annunziata di Gaeta

DICHIARA

- a. di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli stati membri dell'Unione Europea;
- b. di essere in godimento dei diritti civili e politici;
- c. di non aver riportato condanne penali e non aver carichi pendenti;
- d. di aver svolto attività in organismi ed enti pubblici o privati ovvero aziende pubbliche o private con esperienza acquisita per almeno un quinquennio in funzioni dirigenziali L165 art 19 co 6;
- e. di non essere stato licenziato da un precedente pubblico impiego, destituito o dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione per persistente insufficiente rendimento o dichiarato decaduto da un pubblico impiego ai sensi dell'art. 2 comma 3 del D.P.R. n.487/1994 e successive modificazioni ed integrazioni;
- f. di non aver riportato condanne penali e non essere stati interdetti o sottoposti a misure che escludono, secondo le leggi vigenti, dalla nomina agli impieghi presso una Pubblica Amministrazione;
- g. di non essere stati esclusi dall'elettorato politico attivo (se cittadini italiani);
- h. di non versare in condizioni di inconfiribilità e/o incompatibilità ai sensi del decreto legislativo n. 39 del 2013
- i. di essere in possesso dell'idoneità fisica all'impiego ed assenza di infermità ed imperfezioni che possano influire sul rendimento in argomento.

Alla presente domanda si allega:

- a. curriculum datato e sottoscritto
- b. fotocopia di un documento di identità in corso di validità
- c. dichiarazione di assenza di cause di incompatibilità e/o inconfiribilità

In fede

Data

LOMBARDIA

DGR 10.12.15 - n. X/4531 - Determinazioni conseguenti alla d.g.r. n. 4131/2015 di riparto delle risorse del fondo sociale regionale 2015 in conto capitale. (BUR n. 51 del 18.12.15)

Note

Viene stabilito di:

1. di approvare gli «*Indirizzi per la redazione dei bandi e criteri per la valutazione e finanziamento delle azioni progettuali*», di cui all'Allegato A) parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di approvare lo schema di domanda di contributo di cui all'allegato B).nonché gli schemi di autocertificazione di cui agli allegati C) e D), quali parti integranti del presente provvedimento;
3. di demandare alle ASL la gestione operativa, amministrativa e contabile degli interventi approvati sulla base degli indirizzi e criteri di cui all'allegato A) e più precisamente:
 - l'emanazione del Bando, tenendo conto che nessuna delle due tipologie di interventi A) e B) potrà assorbire risorse per un importo superiore al 70% delle risorse messe a bando;
 - l'istituzione della Commissione di valutazione dei progetti, integrata da rappresentanti del Consiglio di rappresentanza dei sindaci;
 - la formazione della relativa graduatoria in base ai criteri dell'allegato A) e la trasmissione della stessa alla Regione;
 - il monitoraggio in ordine all'andamento dei lavori e provvedimenti conseguenti;
4. di approvare l'allegato E) «*Riparto risorse*», quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento che ripartisce le risorse come di seguito: una quota fissa pari al 30 % del totale del contributo sui territori delle Asl ed il restante 70% sulla base di specifici indicatori individuati sulla base di dati oggettivi derivanti dai flussi informativi regionali relativi agli interventi interessati dal presente provvedimento, così da garantire una ripartizione delle risorse proporzionale al fabbisogno delle aree di intervento. Il 70% delle risorse viene dunque ripartito in misura pari a:

40% sulla base della popolazione residente;

10% sulla base della distribuzione territoriale del numero di persone con disabilità con progetti di vita indipendente;

10% sulla base della distribuzione territoriale del numero dei progetti personalizzati finanziati a favore dei genitori separati e divorziati, a partire dal 2013;

10% sulla base della distribuzione territoriale del numero di donne prese in carico dai centri anti violenza a partire dal 2014 sulla base di quanto risultante dall'elaborazione di dati dall'Osservatorio Regionale Antiviolenza;

20% sulla base della stima regionale di fabbisogno di case rifugio che accolgono donne vittime di violenza per territorio;

10% sulla base della stima regionale della distribuzione territoriale del numero di famiglie monogenitoriali con figli minori sulla base dell'elaborazione di dati da Annuario statistico regionale.

Le risorse ammontano a euro 12.000.000

DGR. 10.12.15 - n. X/4532 - Determinazioni in merito alla ripartizione delle risorse del fondo nazionale per le politiche sociali anno 2015. (BUR n. 51 del 18.12.15)

Note

Viene stabilito di:

1. di assegnare le risorse del F.N.P.S. per l'anno 2015 agli ambiti territoriali di associazione dei comuni al fine di garantire una efficace programmazione zonale e un'allocazione delle risorse coerente e coordinata con gli obiettivi e le priorità delle linee di indirizzo per la programmazione sociale territoriale per il triennio 2015 - 2017;

2. di destinare le risorse del F.N.P.S. per l'anno 2015, comprensive della quota riassegnata del F.N.P.S. per l'anno 2014, complessivamente pari a € 37.063.128,22, agli ambiti territoriali di associazione dei comuni per l'attuazione dei piani di zona, stabilendo:

di attuare il riparto delle risorse tra gli ambiti territoriali assegnatari per numero di residenti, comprensivo di una quota per i comuni montani ripartita per numero di residenti nei territori interessati;

di prevedere che gli ambiti territoriali – anche in ragione di quanto disposto con il citato decreto interministeriale del 4 maggio 2015 - programmeranno le risorse loro assegnate con il presente provvedimento per le aree di utenza e secondo i macro - livelli di seguito specificati:

a) servizi per l'accesso e la presa in carico da parte della rete assistenziale;

b) servizi e misure per favorire la permanenza a domicilio;

c) servizi per la prima infanzia e servizi territoriali comunitari;

d) servizi territoriali a carattere residenziale per le fragilità;

e) misure di inclusione sociale – sostegno al reddito;

e secondo i relativi obiettivi di servizio indicati nello schema allegato al decreto ministeriale del 4 maggio 2015;

3. di prevedere la possibilità di utilizzo, da parte degli ambiti territoriali, di una quota - fino ad un massimo del 10% dell'importo destinato da ciascun ambito alla realizzazione di azioni riferite al macro - livello «servizi per l'accesso e la presa in carico da parte della rete assistenziale» - per lo sviluppo di sistemi finalizzati alla rilevazione delle informazioni sull'utenza e delle prestazioni («cartella sociale elettronica»);

4. di sollecitare gli ambiti territoriali a proseguire verso la stabilizzazione e la omogeneizzazione delle risorse impiegate per lo sviluppo di interventi finalizzati all'inclusione sociale, di cui al macro - livello e), anche in coerenza con i provvedimenti regionali;

5. di stabilire che il fondo è diretto a cofinanziare il sostegno del sistema dei servizi e degli interventi sociali previsti nella programmazione espressa dai comuni associati negli ambiti territoriali attraverso i piani di zona, in un'ottica di autentica declinazione del principio di autonomia programmatica del livello locale sovracomunale associato negli ambiti per l'individuazione della

migliore destinazione del complesso delle risorse rispetto ai bisogni sociali rilevati, in ogni caso nel quadro di un attento e sistematico processo di monitoraggio e controllo sull'appropriatezza dei servizi e degli interventi cofinanziati attraverso il fondo.

La Cabina di regia, istituita presso ciascuna A.S.L. ai sensi della d.g.r.n.326/13, procede alle seguenti attività:

condivisione della programmazione delle risorse del F.N.P.S. per l'anno 2015, proposta da ciascun ambito territoriale, tenendo presente la necessità di integrare le risorse regionali e statali trasferite come esplicitato al punto precedente;

monitoraggio dell'utilizzo delle risorse del F.N.P.S. per gli anni 2013, 2014 e 2015, anche in risposta al debito informativo verso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, secondo le indicazioni regionali che verranno comunicate alle A.S.L. e agli uffici di piano.

Gli ambiti territoriali devono trasmettere alle A.S.L. di riferimento entro il 29 febbraio 2016 il piano di utilizzo delle risorse del F.N.P.S. per l'anno 2015 loro assegnate con il presente provvedimento per le aree di utenza e secondo i macro-livelli e gli obiettivi di servizio indicati nello schema allegato al decreto ministeriale del 4 maggio 2015;

Si procede all'assegnazione agli ambiti territoriali delle risorse del F.N.P.S. per l'anno 2015, complessivamente pari a € 37.063.128,22, ripartite per numero di residenti, come indicato nell'allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, di cui € 111.189,00 pari allo 0,3%, destinati agli ambiti territoriali nei quali sono individuati i comuni ai sensi dell'art.5 della l.r.n.10/98, ripartiti per numero di residenti nei territori interessati;

Le A.S.L. sono autorizzate a procedere all'erogazione delle risorse del F.N.P.S. per l'anno 2015 agli ambiti territoriali di riferimento, successivamente alla condivisione in cabina di regia dei piani di utilizzo delle risorse assegnate, redatti secondo lo schema allegato al sopra citato decreto ministeriale;

PIEMONTE

DGR 23.11.15, n. 32-2466 - I.P.A.B. "Opera Pia Lotteri", con sede in Torino. Proroga, in parziale sanatoria, dell'incarico di Commissario straordinario. (BUR n. 50 del 17.12.15)

Note

Viene prorogato, in parziale in sanatoria, l'incarico di Commissario straordinario dell'I.P.A.B. "Opera Pia Lotteri", con sede in Torino, al dott. Paolo Giunta, per la durata di quattro mesi, con decorrenza 01/10/2015 - 31/01/2016, con il mandato di espletare le incombenze amministrative ancora in essere, ed in particolare:

- a) adempimenti finanziari, con riferimento alla chiusura del bilancio consuntivo 2014 e 2015;
- b) adempimenti fiscali;
- c) formalizzazione, da un lato, della modalità di conservazione dell'archivio corrente dell'I.P.A.B., presso la sede della società G.M.V. Care s.r.l., dichiaratasi a ciò disponibile, e, dall'altro, del trasferimento della cospicua documentazione di valore storico dell'I.P.A.B. all'Archivio Storico della Città di Torino;
- d) censimento definitivo delle eventuali risultanze attive - in termini di effettiva esigibilità - e passive dell'I.P.A.B., utili ad istruire il processo di liquidazione ed estinzione dell'I.P.A.B. medesima;
- e) operare quale soggetto di riferimento, seppur limitatamente alla mera domiciliarizzazione, per eventuali future istanze e/o azioni di contenzioso da parte dei creditori.

Viene autorizzata l'A.S.L. TO1 a corrispondere l'indennità di carica prevista per il Commissario dott. Paolo Giunta, fermo restando che tale spesa dovrà essere rimborsata dall'I.P.A.B. "Opera Pia Lotteri".

DGR 23.12.15, n. 34-2468 - Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza Casa di Riposo "Ospedale Santa Croce", con sede in San Salvatore Monferrato (AL). Nomina nuovo Commissario straordinario. (BUR n. 50 del 17.12.15)

Note

- di conferire, in parziale sanatoria, l'incarico di Commissario straordinario dell'I.P.A.B. Casa di Riposo "Ospedale Santa Croce", con sede in San Salvatore Monferrato (AL), all'Avv. Nicola Caminiti, per la durata di sei mesi dalla data di approvazione del presente provvedimento, con decorrenza 23/11/2015 - 23/05/2016, con il mandato di:

a) provvedere alla ordinaria e straordinaria amministrazione dell'Ente, anche mediante l'adozione di tutti gli atti necessari a garantire un adeguato livello di prestazioni a favore della popolazione anziana ospite presso la struttura;

b) porre in essere tutte le azioni utili ad adottare - in esito alle diverse gestioni commissariali susseguitesi dal 2012 ad oggi - la valutazione definitiva circa l'esistenza delle condizioni necessarie per la prosecuzione dell'attività istituzionale dell'I.P.A.B. o, al contrario, circa la necessità di estinguere l'istituzione per l'acclarata inadeguatezza dei mezzi necessari al raggiungimento dei relativi scopi istituzionali, procedendo secondo l'ordine di priorità di seguito indicato:

1) promuovere tutte le procedure necessarie, sotto il profilo economico-finanziario, per garantire la prosecuzione dell'attività istituzionale, anche mediante la concessione del servizio a soggetti esterni in possesso dei requisiti finanziari idonei, compatibilmente con l'onere di assicurare l'intangibilità, nel tempo, delle posizioni creditorie maturate.

Tale misura dovrà tenere in adeguato conto le risultanze di cui al predisponendo studio di fattibilità economico-finanziaria ad opera del Comune di San Salvatore Monferrato.

Sull'esito di tale azione, il Commissario dovrà produrre una relazione a questa Direzione entro il 15/04/2016;

2) verificare, al contempo, le risultanze attive - in termini di effettiva esigibilità - e passive dell'I.P.A.B., utili, in caso di esito negativo dell'azione di cui al punto 1), ad istruire, in coerenza con lo strumento normativo più appropriato e mediante la stesura di apposito piano di liquidazione, il processo di liquidazione ed estinzione dell'I.P.A.B. medesima.

Sull'esito di tale azione, il Commissario dovrà produrre una relazione a questa Direzione entro il 15/04/2016;

3) nel caso l'azione di cui al punto 1) abbia dato esito negativo, avviare, sulla scorta degli elementi elaborati in adempimento al punto 2), il processo di liquidazione ed estinzione dell'I.P.A.B., provvedendo, al contempo, all'adozione delle misure necessarie alla collocazione degli ospiti, previo accordo con le rispettive famiglie, presso altre strutture del territorio.

Sull'avvio ed evoluzione di tale azione, il Commissario dovrà produrre una relazione a questa Direzione entro il 15/05/2016;

- di ritenere congrua, ai sensi della D.G.R. n. 26-4605 del 24/09/2012 e data la tipologia dell'Istituzione nonché l'impegno richiesto, l'erogazione al Commissario straordinario di una indennità di Euro 1.000,00 mensili, di cui:

a) Euro 500,00 mensili, al lordo delle ritenute di legge, da porre a carico del bilancio dell'istituzione commissariata, secondo quanto previsto dalla sopra citata D.G.R. n. 26-4605 del 2012;

b) Euro 500,00 mensili, erogati dal Comune di San Salvatore Monferrato, secondo le modalità e la tipologia di voce di spesa indicate nelle note comunali sopra citate nn. 7074 e 7672 del 2015;

- di demandare alla Direzione regionale Coesione sociale di verificare periodicamente l'evoluzione delle attività oggetto della gestione commissariale, mediante un costante raccordo con il Commissario straordinario.

SARDEGNA

DPGR 4.12.15, n. 135 - Istituzione pubblica di assistenza e beneficenza "Fondazione San Giovanni Battista" di Ploaghe. Proroga gestione commissariale. (BUR n. 57 del 17.12.15)

Art. 1 Per le motivazioni formulate nella deliberazione della Giunta regionale n. 58/5 del 27 novembre 2015 citata nelle premesse, al dott. Francesco Bomboi, nato a Siniscola il 29 ottobre 1961, è prorogato l'incarico di commissario straordinario dell'Istituzione pubblica di assistenza e beneficenza "Fondazione San Giovanni Battista" di Ploaghe.

Art. 2 Il suddetto Commissario straordinario è nominato con lo specifico mandato di assicurare la piena e integrale attuazione di quanto disposto dalla deliberazione della Giunta regionale n. 16/15 del 14 aprile 2015 citata nelle premesse.

Art. 3 Il Commissario straordinario dura in carica per un periodo non superiore a sei mesi, in conformità a quanto previsto dall'articolo 4, lett. s), della legge regionale n. 1 del 1977, e, comunque, non oltre il tempo necessario alla predisposizione degli adempimenti sopra indicati.

VENETO

DGR 9.12.15, n. 1841 - Piani di zona dei servizi sociali e sociosanitari 2011/2015: proroga della validità al 31 dicembre 2016 (lr 29 giugno 2012, n. 23; dgr n. 156 del 26 gennaio 2010; dgr n. 2082 del 3 agosto 2010). (BUR n. 121 del 24.12.15)

Note

PREMESSA

"La programmazione e la gestione associata dei servizi sociali dei Comuni e socio-sanitari delle Aziende ULSS si concretizza nei Piani di Zona, strumento che nell'ultimo quindicennio ha contribuito al processo di evoluzione del welfare veneto" (LR 29 giugno 2012, n. 23, Allegato A).

Il PSSR 2012/2016, Allegato A alla legge regionale 29 giugno 2012, n. 23, conferma il piano di zona *".. come specifico strumento di programmazione delle politiche sociali e socio-sanitarie definite a livello locale in coerenza con le linee di indirizzo regionali ... I contenuti del piano di zona costituiscono la base fondamentale sulla quale vengono stipulati gli accordi di programma tra gli enti interessati e decise le deleghe da parte dei comuni della gestione dei servizi sociali all'ULSS in relazione alle convenzioni già adottate in ambito distrettuale tra i comuni"*.

Le linee guida per la predisposizione dei piani di zona dei servizi sociali e sociosanitari, attualmente vigenti, furono approvate dalla Giunta Regionale con provvedimento n. 157 del 26 gennaio 2010. Con DGR n. 2082 del 3 agosto 2010 venne approvato, inoltre, il Documento di Indirizzo Regionale a supporto della programmazione di zona delle politiche e del sistema integrato di interventi sociali e socio-sanitari, per il periodo di vigenza dei piani di zona.

Con i Documenti suddetti furono introdotti alcuni aspetti innovativi al fine di migliorare il processo di integrazione nella programmazione, sia tra i diversi livelli istituzionali, sia tra i diversi soggetti locali che intervengono a vario titolo nel sistema di welfare, e rendere il piano di zona più dinamico. Tra le innovazioni rilevanti introdotte si ricordano: il visto di congruità regionale, cui è sottoposto il piano di zona al fine di garantire l'integrazione tra i diversi livelli istituzionali, in funzione della sua coerenza con gli indirizzi strategici definiti nei suddetti documenti; la durata quinquennale del piano di zona e la previsione di una maggiore dinamicità al piano su base annuale, attraverso successivi momenti di monitoraggio e ri-pianificazione degli interventi previsti.

La scadenza degli attuali piani di zona dei servizi sociali e sociosanitari è quindi prevista per il 31 dicembre 2015 con conseguente presentazione, da parte delle Conferenze dei Sindaci e delle Aziende ULSS del Veneto, della nuova pianificazione.

Tuttavia, motivazioni di carattere organizzativo interno all'Amministrazione Regionale del Veneto nonché disposizioni normative statali, destinate a ridisegnare i confini e le competenze delle amministrazioni locali, anche in ambito socio-sanitario, rendono opportuno pensare ad una proroga della vigenza dei piani di zona 2011/2015.

Per quanto riguarda il livello organizzativo interno all'Amministrazione Regionale, la LR 31 dicembre 2012, n. 54, ha dettato la nuova disciplina delle funzioni della Giunta Regionale, dell'organizzazione e dello svolgimento dell'attività amministrativa delle strutture ad essa afferenti. La conseguente assegnazione delle competenze e funzioni alle nuove strutture regionali, approvata

con deliberazione di Giunta Regionale n. 2611 del 30 dicembre 2013, ha quindi determinato la necessità di un maggior raccordo tra le Strutture Regionali, competenti in materia sociale e socio-sanitaria, relativamente agli atti di indirizzo.

Relativamente all'assetto organizzativo interno alla Regione del Veneto, si fa presente, inoltre, che un'indispensabile azione di supporto alla programmazione regionale sociale e socio-sanitaria era svolta dal nucleo piani di zona, operante presso l'Osservatorio Regionale Politiche Sociali, il cui personale ha cessato la propria attività lavorativa a gennaio 2015. A riguardo, la Giunta Regionale, con provvedimento n. 2667 del 29 dicembre 2014, ha deliberato l'implementazione del mandato operativo dell'Osservatorio Regionale Politiche Sociali, modificandone la definizione in "Osservatorio Regionale Politiche Sociali e Sociosanitarie" (ORPSS) e attribuendo le attività, per gli aspetti metodologici, tecnologici e gestionali, al Sistema Epidemiologico Regionale. E' quindi ora necessario dare completa attuazione al suddetto provvedimento.

A livello statale, invece, la legge 7 aprile 2014, n. 56- cosiddetta "legge Delrio" - ha dettato disposizioni in materia di città metropolitane, province, unioni e fusioni di comuni, con la conseguente necessità di porre in atto un processo di riordino delle funzioni gestite dalle province e l'individuazione delle competenze da ricollocare presso la Regione e/o quelle da attribuire agli enti locali. Tale processo investe anche le funzioni di carattere sociale e socio-sanitario gestite dalle Province che costituiscono attualmente uno degli attori dei piani di zona dei servizi sociali e socio-sanitari.

L'inizio di una nuova legislatura, a seguito delle recenti elezioni regionali, nonché le elezioni amministrative che hanno interessato diversi comuni del Veneto, rendono altresì opportuno prorogare la validità dei piani di zona oltre la scadenza del 31 dicembre 2015.

LA PROROGA

Vista la necessità di completare i processi di riorganizzazione interni alla Giunta Regionale nonché riordinare le funzioni e competenze sociali e socio-sanitarie, in attuazione delle statuizioni statali e regionali sopra citate, viene prorogata la validità dei piani di zona dei servizi sociali e socio-sanitari 2011/2015 al 31 dicembre 2016.

POVERTÀ INCLUSIONE SOCIALE

LAZIO

Determinazione 14 dicembre 2015, n. G15723 - Deliberazione di Giunta Regionale del 27 ottobre 2015 n.585, "Legge regionale 9 settembre 1996, n. 38. Programma di utilizzazione degli stanziamenti per il sistema integrato regionale d'interventi e servizi sociali - anno 2015 - spesa corrente. Finalizzazione complessiva di 69.910.525,17, esercizio finanziario 2015". Sottomisura 6.1 "Contrasto alle povertà" dei Piani di Zona 2015. Impegno di spesa pari a 3.235.264,34 di euro in favore dei Distretti socio-sanitari del Lazio - Capitolo H41908 - Es. fin. 2015. (BUR n. 104 del 29.12.15)

Note

Viene impegnato l'importo complessivo di € 3.235.264,34 in favore degli Enti capofila dei distretti socio-sanitari del Lazio per l'attuazione della Sottomisura 6.1 "Contrasto alla povertà" dei Piani Sociali di Zona 2015, secondo la ripartizione approvata con Deliberazione di Giunta regionale n. 585 del 27/10/2015 riportata nella tabella sottostante (a cui si rinvia), sul capitolo di spesa H41908 – Spese per interventi socio-assistenziali - Trasferimenti correnti ad Amministrazioni Locali (Missione 04, Programma 12, Macro-aggregato 1.04.01.02.000), esercizio finanziario 2015:

Vengono liquidati i suddetti importi, a esecutività del presente atto e subordinatamente alla ricezione da parte della competente struttura della Regione Lazio dei provvedimenti dei distretti socio-sanitari, adottati secondo le medesime modalità utilizzate per l'approvazione della programmazione 2014, delle progettualità relative alla sottomisura 6.1 "Contrasto alla povertà" e delle certificazioni, da parte dei servizi di ragioneria dei Comuni ed Enti capofila, dei fondi di

programmazione e governo della rete dei servizi alla data del 01/01/2015, come disposto dalla Deliberazione di Giunta Regionale n.585 del 27 ottobre 2015.

PRIVATO SOCIALE

EMILIA-ROMAGNA

DGR 30.11.15, n. 1935 - L.R.26/09 (art.5 comma 1 lett. F) concessione contributi ai soggetti del commercio equo e solidale in attuazione della propria DGR n.944/2015 e contestuale modifica e sostituzione Paragrafo 9 Allegato a DGR 944/15. (BUR n. 324 del 16.12.15)

Note

Viene preso atto che nel termine stabilito del 10 settembre 2015 sono pervenute, ai sensi della L.R. n. 29/2006 e in attuazione dell'allegato A alla propria deliberazione n. 944/2015, n. 6 domande, così come risulta dall'allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto.

Viene approvata la graduatoria delle domande risultanti ammissibili elencate nell'allegato A, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.

Vengono concessi i contributi nella misura del 40% delle spese ammissibili, per gli importi indicati a fianco di ciascuno, ai soggetti elencati nel suddetto allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, per un importo complessivo di € 21.180,04 per la realizzazione dei progetti ai quali sono stati assegnati dalla competente struttura ministeriale i codici unici di progetto indicati nel medesimo allegato A;

Viene impegnata la spesa complessiva di € 21.180,04.

LAZIO

Determinazione 11 dicembre 2015, n. G15608 - leggi regionali del 27 giugno 1996, n. 24 e del 20 ottobre 1997, n. 30 e successive modifiche ed integrazioni "Job solutions società cooperativa sociale - o.n.l.u.s.codice fiscale 13497241003, con sede legale nel Comune di Roma via Civitacampomarano, 98 c.a.p. 00131. Iscrizione all'albo regionale delle cooperative sociali sezione B. (BUR n. 102 del 22.12.15)

Note

Viene disposta l'iscrizione della cooperativa sociale "Job Solutions società cooperativa sociale - o.n.l.u.s.codice fiscale 13497241003, con sede legale nel Comune di Roma via Civitacampomarano, 98 c.a.p. 00131 all'albo regionale delle cooperative sociali di cui all'articolo 3 della legge regionale del 27 giugno 1996, n. 24 come modificata dalla legge regionale 20 ottobre 1997, n 30 sezione B a far data del 17 novembre 2015.

Determinazione 11 dicembre 2015, n. G15613 - leggi regionali del 27 giugno 1996, n. 24 e del 20 ottobre 1997, n. 30 e successive modifiche ed integrazioni "Human solutions società cooperativa sociale - o.n.l.u.s." codice fiscale 13497331002, con sede legale nel Comune di Roma via Civitacampomarano, 98 c.a.p. 00131. Iscrizione all'albo regionale delle cooperative sociali sezione A. (BUR n. 102 del 22.12.15)

Note

Viene disposta l'iscrizione della cooperativa sociale "Human solutions società cooperativa sociale - o.n.l.u.s." codice fiscale 13497331002, con sede legale nel Comune di Roma via Civitacampomarano, 98 c.a.p. 00131 all'albo regionale delle cooperative sociali di cui all'articolo 3 della legge regionale del 27 giugno 1996, n. 24 come modificata dalla legge regionale 20 ottobre 1997, n 30 sezione A a far data del 17 novembre 2015.

LOMBARDIA

DD 4. 12.15 - n. 11006 - Determinazioni in ordine all'albo del servizio civile regionale, sezione speciale (BUR n. 51 del 14.12.15)

Note

Vengono iscritti all'albo del servizio civile regionale, sezione speciale, i soggetti di cui all'allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento (a cui si rinvia)

DGR 10.12.15 - n. X/4536 . Programma delle iniziative per il commercio equo e solidale da realizzare nel biennio 2015 - 2016 (BUR n. 51 del 18.12.15)

Note

Viene approvato, ai sensi della legge regionale 9/2015, il «Programma delle iniziative per il commercio equo e solidale da realizzare nel biennio 2015-2016», secondo quanto indicato all'Allegato A) che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto (a cui si rinvia).

L'onere finanziario a carico di Regione Lombardia è pari complessivamente a € 200.000,00

DD 16.12.15 - n. 11386 - FRIM - linea di intervento «Cooperazione» di cui alla d.g.r. n. VIII/11329 del 10 febbraio 2010 - ammissione a cofinanziamento di cooperative, cooperative sociali e loro consorzi. X provvedimento 2015. (BUR n. 52 del 22.12.15)

Note

Vengono ammesse al cofinanziamento, sulla base degli esiti finali delle istruttorie rassegnate dal soggetto gestore valutati e fatti propri dalla presente unità organizzativa, le domande presentate dalle cooperative, le cooperative sociali e loro consorzi, di cui all'allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento (a cui si rinvia).

PROGRAMMAZIONE
LAZIO

DCR 4.12.15, n. 15 - Documento di economia e finanza regionale 2016 - anni 2016-2018.(BUR n. 104 del 29.12.15)

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE CONSILIARE 4 DICEMBRE 2015, N. 15

Documento di Economia e Finanza Regionale 2016 Anni 2016-2018

NB

Si rinvia alla lettura integrale del testo

7 novembre 2015

TOSCANA

DCR 21.12.15, n. 89 - Documento di economia e finanza regionale 2016

NB

Si rinvia alla lettura integrale del testo

<

SANITÀ
CAMPANIA

L.R. 23.12.15, n. 20 - “Misure per introdurre la cultura della responsabilità nell'organizzazione sanitaria nonché migliorare i servizi ai cittadini. – Modifiche alla legge regionale 3 novembre 1994, n. 32 (Decreto legislativo 30/12/1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, riordino del servizio sanitario regionale)”. (BUR n. 78 del 23.12.15)

Art. 1

(Istituzione Ufficio Speciale Servizio Ispettivo sanitario e socio-sanitario)

1. Presso la Giunta regionale, ai sensi dell'articolo 29, comma 2, del Regolamento regionale 15 dicembre 2011, n. 12 (Ordinamento Amministrativo della Giunta regionale della Campania), è istituito l'Ufficio Speciale Servizio Ispettivo sanitario e socio-sanitario (di seguito denominato Ufficio) quale ufficio speciale.

2. L'Ufficio esercita, in raccordo con le competenti strutture amministrative della Regione Campania, attività ispettiva su atti e fatti di gestione in materia sanitaria e socio-sanitaria attraverso verifiche e sopralluoghi nei confronti delle Aziende del Servizio sanitario regionale ed ospedaliero, degli Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico pubblici e privati, delle Aziende universitarie ospedaliere, dell'Istituto Zooprofilattico e degli enti pubblici e privati accreditati che afferiscono al settore sanitario e socio-sanitario e delle farmacie pubbliche e private.

3. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Presidente della Giunta regionale è definita la composizione dell'Ufficio cui è preposto un dirigente supportato da figure professionali di profilo sanitario, giuridico, economico, contabile, dipendenti della Regione o di enti del Servizio sanitario regionale nei limiti delle disponibilità di bilancio e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. Il personale assegnato all'Ufficio e proveniente da enti del Servizio sanitario regionale non può svolgere attività di vigilanza sulle strutture afferenti all'ente di provenienza.

4. L'Ufficio può avvalersi, anche temporaneamente, di specifici professionisti in servizio presso altri uffici regionali o presso altri enti pubblici dipendenti o collegati all'amministrazione regionale, nonché presso le aziende sanitarie che mettono a disposizione il personale di volta in volta richiesto, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza regionale.

5. L'Ufficio esercita l'attività ispettiva attraverso verifiche e sopralluoghi. Per verifiche si intendono le attività di esame e riscontro, di tipo anche documentale, su informazioni, su documenti, atti e registri, comunque esibiti dal responsabile della struttura ispezionata o suo delegato e su dati, elementi e informazioni comunque acquisiti. Per sopralluoghi si intendono tutte le attività condotte mediante ricognizione di luoghi, strutture, impianti, anche con i relativi riscontri di tipo documentale. L'attività ispettiva svolta dall'Ufficio non sostituisce la normale attività di verifica e vigilanza attribuita dalla vigente normativa ad altre strutture regionali.

6. In particolare l'Ufficio provvede, tra l'altro, ad accertamenti in ordine ai seguenti aspetti:

- a) regolare funzionamento delle strutture pubbliche e private, ospedaliere e ambulatoriali, con particolare riguardo alla completa e proficua utilizzazione dei mezzi impiegati e del personale ad essi addetto;
- b) verifica degli ambienti ospedalieri e della qualità delle prestazioni e dei servizi erogati ai cittadini;
- c) regolare svolgimento ed esecuzione degli appalti;
- d) controllo sulla appropriatezza delle prestazioni e dei servizi resi, sui ricoveri e sulle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
- e) controllo analitico delle cartelle cliniche, della documentazione sottostante e delle corrispondenti schede di dimissioni ospedaliere;
- f) corretta attuazione dell'articolo 8 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);
- g) verifica della permanenza dei requisiti di cui alla normativa vigente in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali, da esercitare sui soggetti privati che erogano prestazioni per il servizio sanitario regionale;
- h) corretto ricorso alle strutture private accreditate sia per i ricoveri che per le prestazioni specialistiche ed indagini strumentali e di laboratorio;
- i) corretto uso del farmaco;
- l) ogni altro aspetto delle attività delle Aziende sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere che presenti elementi di scostamento dalle vigenti disposizioni in materia, da attivare sulla base del Piano Annuale della attività ispettiva sanitaria e socio-sanitaria previsto dall'articolo 2.

Art. 2

(Azioni ispettive nei settori sanitari e socio - sanitari)

1. La Giunta regionale, su proposta dell'Assessore competente in materia di sanità, adotta, entro il 30 marzo di ciascun anno, il Piano Annuale dell'Attività ispettiva sanitaria e socio-sanitaria (di

seguito denominato Piano), predisposto dall'Ufficio previsto nell'articolo 1. Il Piano può essere modificato nel corso dell'anno a seguito del verificarsi di situazioni di carattere eccezionale. Il Piano individua le aree prioritarie di intervento che formano oggetto dell'attività ispettiva esercitata dalla competente unità nei confronti dei soggetti controllati.

2. L'Ufficio previsto nell'articolo 1 esercita verifiche e sopralluoghi periodici sulle attività assistenziali e socio-assistenziali in conformità al Piano. Oltre all'attività ordinaria, in casi di particolare gravità ed urgenza, svolge anche un'attività ispettiva straordinaria, sia di propria iniziativa che su segnalazione formale di soggetti istituzionalmente qualificati. In ogni caso, l'attività ispettiva è svolta nel rispetto dei principi di imparzialità e buon andamento della pubblica amministrazione ed è coperta da riservatezza fino alla conclusione della stessa.

3. L'Ufficio previsto nell'articolo 1 ha libero accesso alle sedi, ai locali, agli atti e documenti della struttura da ispezionare e può rivolgersi ad altri uffici pubblici regionali per acquisire informazioni e documenti; nel corso delle verifiche può sentire i diretti interessati, gli utenti della struttura e quanti altri possono portare notizie utili alle indagini ed acquisire notizie anche mediante analisi, sotto il profilo amministrativo, dei verbali dei collegi sindacali degli enti oggetto di ispezione.

4. I Direttori generali delle Aziende del Servizio sanitario regionale, degli Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico pubblici, degli Enti pubblici ed i legali responsabili degli enti e delle strutture private accreditate oggetto di ispezione hanno l'obbligo di fornire agli ispettori, tempestivamente e comunque entro dieci giorni dalla richiesta, tutti gli atti e la documentazione richiesti.

5. L'attività ispettiva si conclude entro trenta giorni, prorogabili motivatamente a giudizio del dirigente, con la redazione di una relazione in cui sono evidenziati gli esiti dell'attività ispettiva e le conclusioni, rilevando le eventuali irregolarità riscontrate nella gestione, nonché i fatti rilevanti sotto il profilo della legittimità e del merito. La relazione contiene una motivata valutazione dell'oggetto della verifica con l'indicazione delle misure che devono essere adottate per eliminare le irregolarità e le disfunzioni riscontrate, nonché specifiche proposte, se sussistono i presupposti, per l'emanazione di misure sanzionatorie.

6. La relazione di cui al comma 5 è inoltrata tempestivamente e comunque non oltre quindici giorni dal termine delle ispezioni, per i provvedimenti di rispettiva competenza, all'Assessore alla sanità e alla struttura amministrativa interna alla Regione competente per la tutela della salute e il coordinamento del sistema sanitario regionale. In ogni caso i risultati dell'ispezione sono comunicati al soggetto o alla struttura ispezionata, con inoltro della relazione agli eventuali altri organi o soggetti o amministrazioni coinvolti.

7. I Direttori generali delle Aziende del Servizio sanitario regionale, degli Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico pubblici, degli Enti pubblici ed i legali responsabili degli enti e delle strutture private accreditate oggetto di ispezione forniscono le controdeduzioni e relazionano in merito alle azioni intraprese a seguito delle risultanze dell'attività ispettiva all'Ufficio entro trenta giorni dalla ricezione della relazione ispettiva. Il mancato adeguamento agli adempimenti richiesti a seguito delle verifiche effettuate dagli ispettori, in assenza di adeguate e valide controdeduzioni, costituisce elemento di valutazione in sede di verifica dei risultati di gestione e, nei casi più gravi di violazione di leggi o del principio di buon andamento e di imparzialità della amministrazione, costituisce elemento per la decadenza ai sensi dell'articolo 3 bis del decreto legislativo 502/1992.

8. Il dirigente dell'Ufficio che nell'esercizio delle funzioni viene a conoscenza di atti e fatti penalmente perseguibili o che causano danno erariale, denuncia direttamente alle autorità competenti le circostanze, i fatti e gli atti accertati nonché i soggetti presumibilmente responsabili, trasmettendo eventuali documentazioni acquisite. Copia della denuncia è trasmessa all'Assessore alla sanità e alla struttura amministrativa interna alla Regione competente per la tutela della salute e il coordinamento del sistema sanitario regionale, al legale rappresentante e al presidente del Collegio sindacale dell'Azienda sanitaria o altra struttura ispezionata.

9. In sede di prima applicazione, il Piano di cui al comma 1 è predisposto dall'Ufficio entro sessanta giorni dalla sua costituzione ed è trasmesso alla Giunta regionale per la relativa approvazione.

10. La struttura ispettiva svolge la propria attività nel rispetto del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali). I dati personali forniti, o comunque acquisiti nell'ambito dell'attività svolta, sono trattati per scopi strettamente collegati con l'esercizio dell'attività istituzionale. Il personale della struttura ispettiva incaricato del trattamento dei dati accede alle sole informazioni la cui conoscenza è indispensabile per adempiere ai propri compiti e doveri d'ufficio e ne cura la conservazione in modo che non siano accessibili al pubblico.

Art. 3

(Modifiche alla legge regionale 3 novembre 1994, n. 32 “Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, riordino del Servizio sanitario regionale”)

1. L'articolo 17 della legge regionale 32/1994 è sostituito dal seguente:

“Art.17 (Organi)

1. Sono organi delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere:

- a) il Direttore generale;
- b) il Collegio sindacale;
- c) il Collegio di direzione.”.

2. Al comma 3 bis dell'articolo 18 della legge regionale 32/1994 è aggiunta la seguente lettera:

“b bis) oltre ai requisiti professionali di cui all'articolo 3-bis, comma 3 del decreto legislativo 502/1992, gli aspiranti alla nomina debbono essere in possesso, all'atto della partecipazione all'avviso di cui all'articolo 18 bis, comma 4 dell'ulteriore requisito costituito dall'attestazione di idonea valutazione positiva in ordine al raggiungimento degli obiettivi assegnati nell'ultimo triennio nelle funzioni svolte.”.

3. L'articolo 18 bis della legge regionale 32/1994 è sostituito dal seguente:

“Art.18 bis (Norme in materia di nomina dei Direttori generali delle Aziende ed Enti del Servizio sanitario regionale)

1. All'aggiornamento dell'elenco regionale degli idonei alla nomina di direttore generale delle Aziende ed Enti del Servizio sanitario regionale provvede, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, secondo i criteri delineati nel comma 3 dell'articolo 3 bis del decreto legislativo 502/1992, una commissione composta da:

- a) un dirigente designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS);
- b) un dirigente appartenente all'Avvocatura regionale;
- c) un esperto individuato nell'ambito di una rosa di cinque nomi proposta dalla Conferenza dei rettori delle Università degli studi della Campania tra docenti ordinari di diritto, economia aziendale, economia e management.

2. Al fine di garantire l'applicazione dei principi stabiliti dalla legge 7 agosto 2015, n. 124 (Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche), non può essere nominato componente della commissione di cui al comma 1, chi sia stato condannato con sentenza, anche non definitiva, da parte della Corte dei Conti, al risarcimento del danno erariale per condotte dolose.

3. La commissione dura in carica tre anni ed è nominata con decreto del Presidente della Giunta regionale, che individua il componente con funzioni di Presidente.

4. L'aggiornamento, a seguito di selezione degli interessati all'inserimento nell'elenco regionale degli idonei alla nomina di direttore generale, è effettuato almeno ogni tre mesi.

5. Entro il sessantesimo giorno antecedente la data di scadenza dell'incarico di Direttore generale delle Aziende sanitarie locali, delle Aziende ospedaliere e degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), la Regione, salva la possibilità del rinnovo per una sola volta del Direttore generale uscente in possesso dei requisiti professionali previsti dal presente comma, emette un avviso pubblico, pubblicato anche sul proprio sito internet, per acquisire le candidature dei soggetti in possesso dei requisiti professionali di cui all'articolo 3-bis, comma 3, del decreto legislativo 502/1992, iscritti nell'elenco regionale degli idonei alla nomina di direttore generale, oppure negli analoghi elenchi delle altre regioni.

6. Il Presidente della Giunta regionale, su conforme deliberazione della Giunta regionale nomina il direttore generale all'interno di una rosa di cinque candidati che hanno ottenuto i migliori punteggi, formata dalla commissione di cui al comma 8, a seguito della valutazione dei titoli e dei requisiti posseduti dagli idonei che hanno partecipato all'avviso di cui al comma 5. Della predetta rosa di candidati entra a far parte di diritto, ai sensi del comma 5, il Direttore generale uscente per il quale sia stata espressa idonea valutazione positiva in ordine al raggiungimento degli obiettivi allo stesso assegnati all'atto della nomina come previsto nell'articolo 3-bis, comma 5 del decreto legislativo 502/1992, nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento alla efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari.

7. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 3, comma 1 del decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 149 (Meccanismi sanzionatori e premiali relativi a regioni, province e comuni, a norma degli articoli 2, 17 e 26 della legge 5 maggio 2009, n. 42) e in coerenza e attuazione di quanto previsto dall'articolo 11, comma 1, lettera q) della legge 124/2015, non può essere nominato Direttore generale chi sia stato condannato con sentenza, anche non definitiva, da parte della Corte dei Conti, al risarcimento del danno erariale per condotte dolose.

8. Per le valutazioni di cui al comma 6, ai fini del conferimento dell'incarico di Direttore generale di Azienda o Ente del Servizio sanitario regionale, il Presidente della Giunta regionale con proprio decreto nomina, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, una commissione costituita secondo i criteri, modalità e durata di cui ai commi 1 e 3. La commissione compie le valutazioni con riferimento a tutte le nomine da effettuare nel periodo della sua operatività.

9. La Giunta regionale, con deliberazione, regola le modalità di espletamento delle procedure di cui al presente articolo, fermo restando, per le Aziende ospedaliere individuate nell'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419), quanto previsto dall'articolo 1, comma 1, e dall'articolo 4, comma 2 del medesimo decreto, nel rispetto del principio di leale collaborazione.

10. Tutti gli atti delle Commissioni di cui al presente articolo sono pubblici e sono pubblicati, entro dieci giorni dalla adozione, sul sito internet istituzionale della Regione Campania in una sezione dedicata e facilmente accessibile.”.

4. L'articolo 19 della legge regionale 32/1994 è sostituito dal seguente:

“Art. 19 (Collegio sindacale)

1. Il Collegio sindacale:

- a) verifica l'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico;
- b) vigila sull'osservanza della legge;
- c) accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili ed effettua periodicamente verifiche di cassa;
- d) riferisce almeno trimestralmente alla Regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti in caso di fondato sospetto di gravi irregolarità;
- e) trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'Azienda sanitaria locale o dell'Azienda ospedaliera rispettivamente alla Conferenza dei sindaci o al Sindaco del Comune capoluogo della provincia dove è situata l'Azienda stessa.

2. Le comunicazioni ed i referti di cui al comma 1 lettere d) ed e) sono comunicati per conoscenza anche al Consiglio regionale per la trasmissione alla commissione consiliare permanente competente in materia.

3. I componenti del Collegio sindacale possono procedere ad atti di ispezione e controllo, anche individualmente.

4. Il Collegio sindacale dura in carica tre anni ed è composto da tre membri, di cui uno designato dal Presidente della Giunta regionale, uno designato dal Ministro dell'economia e finanze e uno dal Ministro della salute. I componenti del Collegio sindacale sono scelti tra gli iscritti nel registro dei

revisori contabili, istituito presso il Ministero di grazia e giustizia, ovvero tra i funzionari del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti dei collegi sindacali.

5. I riferimenti contenuti nella presente legge al Collegio dei revisori si intendono applicabili al Collegio sindacale del presente articolo.

6. Le Aziende che, alla data di entrata in vigore della presente legge, non hanno ancora provveduto alla nomina del Collegio Sindacale secondo le modalità del presente articolo provvedono nel termine di trenta giorni.”.

5. Dopo l'articolo 19 della legge regionale 32/1994 è inserito il seguente:

“Art. 19 bis (Collegio di direzione)

1. Ferme le competenze del Direttore generale e degli altri organi delle Aziende, il Collegio di direzione:

a) concorre al governo delle attività cliniche dell'Azienda, formulando proposte ed esprimendo pareri su richiesta del Direttore generale, la consultazione è obbligatoria in merito alle questioni attinenti il governo delle attività cliniche;

b) concorre alla pianificazione delle attività dell'Azienda, inclusa la didattica e la ricerca, nonché allo sviluppo organizzativo e gestionale dell'Azienda, con particolare riferimento agli aspetti relativi all'organizzazione dei servizi, al migliore impiego delle risorse umane, alle attività di formazione continua degli operatori sanitari, alla migliore organizzazione per l'attuazione dell'attività libero professionale intramuraria;

c) partecipa alla definizione dei requisiti di appropriatezza e qualità delle prestazioni, nonché degli indicatori di risultato clinico-assistenziale e concorre alla conseguente valutazione interna dei risultati conseguiti, secondo modalità che saranno stabilite con atto di indirizzo della Giunta.

2. Nello svolgimento dei compiti previsti dal comma 1, il Collegio esprime parere obbligatorio sui seguenti atti:

a) Atto aziendale per la parte relativa all'organizzazione delle attività cliniche;

b) Piano aziendale annuale della formazione, nel rispetto degli obiettivi formativi nazionali e regionali, nonché dei bisogni formativi specifici espressi dalle Aree e dai Dipartimenti aziendali e dalle categorie di operatori, ai fini della successiva approvazione da parte del Direttore generale;

c) Piano aziendale annuale per la gestione del rischio clinico ai fini della successiva approvazione da parte del Direttore generale.

3. Il Collegio di direzione delle Aziende ospedaliero - Universitarie (AOU) oltre ai compiti di cui al comma 1, contribuisce secondo modalità che sono determinate dal Direttore generale, alla programmazione e alla valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria, partecipa alla programmazione delle attività di ricerca e didattica nell'ambito di quanto definito dai Protocolli d'intesa Regione - Università ed esprime parere sulla coerenza fra l'attività assistenziale e l'attività di didattica, ricerca e innovazione.

4. In aggiunta ai compiti di cui al comma 1, il Collegio di Direzione degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) del SSR, esprime parere sulla coerenza fra l'attività assistenziale e l'attività di ricerca e innovazione.

5. Il Collegio di direzione delle Aziende sanitarie locali è composto da:

a) i dirigenti delle aree amministrative e professionali;

b) il dirigente responsabile dell'Unità gestione del rischio clinico/risk management o equivalenti;

c) il responsabile dell'Unità prevenzione e protezione del rischio o equivalenti;

d) un delegato dei dirigenti delle professioni sanitarie;

e) un direttore di Dipartimento strutturale per ciascuna area: medica, chirurgica, maternoinfantile, emergenza d'urgenza, dei servizi di diagnosi e cura;

f) il direttore del Dipartimento di prevenzione;

g) il direttore del Dipartimento di salute mentale;

h) il direttore del Dipartimento delle dipendenze patologiche;

i) il direttore del Dipartimento di riabilitazione;

- l) i direttori dei distretti socio - sanitari;
- m) i direttori degli ospedali a gestione diretta dell'ASL;
- n) il medico di medicina generale responsabile dell'Ufficio di coordinamento aziendale delle cure primarie (UACP);
- o) il pediatra di libera scelta responsabile dell'Ufficio di coordinamento aziendale delle cure primarie pediatriche (UACPP);
- p) lo specialista di medicina ambulatoriale interna che ricopre il ruolo di Coordinatore dei responsabili di branca specialistica ambulatoriale o equivalenti.

6. Il Collegio di direzione delle A.O.U. è composto da:

- a) il dirigente responsabile dell'Unità gestione del rischio clinico/risk management o equivalenti;
- b) il responsabile dell'Unità prevenzione e protezione del rischio o equivalenti;
- c) un delegato dei dirigenti delle professioni sanitarie;
- d) i direttori di presidio ospedaliero, qualora l'AOU non sia costituita da un unico presidio;
- e) i direttori dei Dipartimenti ad attività integrata;
- f) i direttori dei dipartimenti assistenziali di cui all'articolo 3, comma 7 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'art. 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419).

7. Il Collegio di direzione degli IRCCS del SSR è composto da:

- a) il dirigente responsabile dell'Unità gestione del rischio clinico/risk management o equivalenti;
- b) il responsabile dell'Unità prevenzione e protezione del rischio o equivalenti;
- c) un delegato dei dirigenti delle professioni sanitarie;
- d) i direttori di Presidio ospedaliero, qualora l'IRCCS non sia costituito da un unico Presidio;
- e) i direttori dei Dipartimenti.

8. Il Presidente del Collegio di direzione, in relazione alle materie in trattazione, può estendere la partecipazione alle singole sedute del Collegio ai dirigenti responsabili delle strutture organizzative aziendali di volta in volta interessate, i quali possono essere sentiti senza diritto di voto.

9. Il Collegio di direzione è nominato con deliberazione del Direttore generale, che ne è il Presidente, e dura in carica tre anni.

10. Il Collegio di direzione adotta il proprio Regolamento di funzionamento nel rispetto dei seguenti principi di funzionamento:

- a) previsione di un Vice Presidente vicario eletto dal Collegio tra i membri di diritto;
- b) previsione di un calendario annuale delle riunioni, con riunioni ordinarie almeno mensili, convocate dal Presidente che ne fissa l'ordine del giorno e previsione di riunioni straordinarie, in caso di urgenza, ovvero su richiesta motivata della metà più uno dei componenti;
- c) le funzioni di segreteria del Collegio di direzione sono svolte da unità addette alla segreteria della Direzione generale, sanitaria o amministrativa, ovvero nell'ambito di altra struttura dell'azienda;
- d) le sedute del Collegio sono verbalizzate ed è istituito un archivio delle deliberazioni;
- e) le assenze dei componenti alle riunioni del Collegio sono debitamente giustificate previa comunicazione scritta e con contestuale delega ad un componente di diritto del Collegio;
- f) presenza di un quorum minimo per la validità delle riunioni del Collegio di direzione non inferiore alla metà più uno;
- g) necessità della maggioranza semplice per la validità delle deliberazioni, ad eccezione dell'elezione del Vice - Presidente del Collegio, nonché dell'espressione dei pareri obbligatori, che sono adottati a maggioranza assoluta, e dell'approvazione del regolamento interno di funzionamento del Collegio, che è adottato a maggioranza qualificata dei due terzi dei componenti.

11. In caso di mancata approvazione del Regolamento entro un mese dall'insediamento provvede la Giunta Regionale con proprio atto.

12. I verbali di ciascuna riunione sono resi disponibili ai componenti del Collegio di direzione nonché al Direttore generale e ai Collegi sindacali dell'Azienda di riferimento nonché, nel caso delle A.O. e IRCSS, agli organi di indirizzo, vigilanza e verifica. I pareri del Collegio di direzione sono espressi entro trenta giorni dalla richiesta del Direttore generale. Se tali pareri non vengono

espressi nel predetto termine, gli stessi si intendono favorevolmente espressi. Il Direttore generale che intende adottare atti o provvedimenti di propria competenza in difformità al parere espresso dal Collegio è tenuto ad indicarne le ragioni in apposita relazione da trasmettere al Collegio nonché alla Giunta Regionale ed al Consiglio regionale, attraverso la Commissione competente.

13. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, i Direttori generali ovvero i Commissari straordinari provvedono alla nomina e prima convocazione del Collegio di direzione, ponendo all'ordine del giorno la costituzione dell'Organo e l'approvazione del Regolamento di funzionamento; e adottano ogni atto di propria competenza volto all'adeguamento delle previsioni in materia dei relativi atti aziendali, qualora adottati.

14. La qualità di componenti del Collegio di direzione e le relative funzioni rientrano nei compiti istituzionali di ciascun soggetto e, pertanto, ad essi non spetta alcun compenso nè può essere corrisposta alcuna indennità o rimborso spese.”.

6. L'articolo 22 della legge regionale 32/1994 è così modificato:

al comma 4, dopo le parole “per la nomina del Direttore Sanitario” sono aggiunte le seguenti: ”fatta salva l'applicazione delle disposizioni di cui all'articolo 3, comma 7 penultimo periodo del decreto legislativo 502/1992”;

7. All'articolo 41 della legge regionale 32/1994 è aggiunto il seguente comma:

“3 bis. La Giunta Regionale definisce le linee guida per la determinazione omogenea di unità di personale da assegnare ai Servizi ospedalieri e territoriali, per la definizione delle dotazioni organiche delle Aziende sanitarie previste negli Atti aziendali.”.

8. Alla data di entrata in vigore delle disposizioni contenute nella presente legge e per effetto della modifica dell'articolo 18 bis della legge regionale 32/1994 operata dal comma 3:

a) decade la commissione per la verifica del possesso dei requisiti per l'iscrizione, in sede di formazione ed aggiornamento, in elenco dei candidati idonei alla nomina di direttore generale di Aziende ed Enti del Servizio sanitario regionale;

b) decadono le commissioni, già costituite, per i procedimenti di nomina in corso dei direttori generali di Aziende ed Enti del Servizio sanitario regionale e diventano inefficaci gli atti adottati dalle predette commissioni.

9. La Giunta regionale, entro venti giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, regola, con propria deliberazione, l'aggiornamento dell'elenco regionale degli idonei alla nomina di direttore generale e le modalità e procedure per il conferimento dell'incarico di direttore generale delle Aziende e degli Enti del Servizio sanitario regionale. In attesa dell'approvazione della deliberazione, si applicano le disposizioni contenute nel disciplinare approvato con deliberazione della Giunta regionale del 15 ottobre 2014, n. 472 (Disciplinare per la formazione dell'elenco regionale degli idonei alla nomina e per il conferimento dell'incarico di direttore generale delle aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale. Modifiche ed integrazioni alla delibera di Giunta regionale n. 141 del 27 maggio 2013) se compatibili con le disposizioni della presente legge.

10. Con riferimento alle Aziende e agli Enti del Servizio sanitario regionale commissariati alla data di entrata in vigore della presente legge, la durata dei commissariamenti si protrae fino al completamento delle procedure di rinnovo delle nomine dei direttori generali e, in ogni caso, non oltre il periodo di sei mesi dalla data di entrata in vigore delle disposizioni contenute nella presente legge.

Art. 4

(Soppressione dell'Agenzia regionale sanitaria)

1. L'Agenzia regionale sanitaria (ARSAN) di cui all'articolo 1, comma 244 della legge regionale 15 marzo 2011, n. 4 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2011 e pluriennale 2011-2013 della Regione Campania - Legge finanziaria regionale 2011) è soppressa e le relative funzioni sono svolte dalle competenti strutture amministrative della Regione Campania. Per l'intera durata della gestione commissariale per la prosecuzione del Piano di rientro dal disavanzo del Settore sanitario, le predette funzioni sono esercitate nell'osservanza delle disposizioni impartite dal Commissario ad acta.

2. Per effetto della soppressione dell'ARSAN, alla data di entrata in vigore della presente legge, cessano gli incarichi di direzione e di dirigenza ed i rapporti di collaborazione di durata temporanea o occasionale o coordinata e continuativa o di lavoro subordinato o autonomo relativi alla soppressa Agenzia. Entro il 31 dicembre 2015, la Giunta Regionale procede alla ricognizione delle risorse umane esclusivamente già in comando presso gli uffici dell'ARSAN e all'analisi delle relative professionalità per verificare la possibilità di assegnare ai competenti uffici delle strutture amministrative regionali alcune delle suddette risorse umane in comando nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente in materia.

3. Salvo quanto previsto al comma 2, la Regione Campania succede in tutti i rapporti giuridici attivi e passivi facenti capo all' ARSAN.

4. Entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge la Giunta regionale effettua una ricognizione dei progetti già proposti dalla soppressa ARSAN per l'ammissione a finanziamento sui fondi UE al fine di disciplinarne l'attuazione in via diretta a mezzo delle strutture regionali, ovvero con assegnazione delle funzioni ad altro soggetto attuatore.

5. Sono abrogati i commi 244 e 245 dell'articolo 1, della legge regionale 4/2011 e, conseguentemente, il Regolamento regionale 14 giugno 2014, n. 5 (Regolamento di esecuzione dell'articolo 1, comma 244, della legge regionale 15 marzo 2011, n. 4).

Art. 5

(Delega alla Giunta per il riordino funzionale di So.Re.Sa. - Società regionale per la sanità)

1. La Giunta regionale, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, procede, con proprio regolamento, ad introdurre misure volte al riordino funzionale ed organizzativo di So.Re.Sa. S.p.A. secondo i seguenti principi e criteri direttivi:

a) razionalizzazione delle risorse umane e strumentali, al fine di contenere la spesa per il personale e valorizzare le professionalità interne;

b) contenimento dei costi derivanti da riduzione dei contratti di collaborazione e di consulenza;

c) efficientamento delle procedure amministrative volte all'espletamento dei servizi rientranti nell'oggetto sociale;

d) implementazione delle funzioni di centrale acquisti di riferimento della Regione e degli altri Enti infraregionali e società partecipate della Regione;

e) implementazione del livello di imparzialità, buon andamento e trasparenza dell'azione amministrativa, prevedendo, nello specifico, la pubblicazione, anche sul sito internet istituzionale, di tutti gli atti inerenti le gare e gli appalti esperiti, nonché la predisposizione e la pubblicazione bimestrale di tabelle recanti i prezzi dei prodotti e dei servizi acquisiti comparati con quelli delle altre regioni e di Consip s.p.a.;

f) obbligo di dotarsi, in conformità all'ordinamento della centrale di committenza nazionale, di adeguate forme di controllo e vigilanza interna secondo le disposizioni di cui al decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231 (Responsabilità amministrativa delle persone giuridiche e delle società, associazioni e enti privi di responsabilità giuridica) anche attraverso l'istituzione di appositi e qualificati organismi di vigilanza.

2. Dalla data di entrata in vigore del Regolamento previsto al comma 1 è abrogato l'articolo 6 della legge regionale 24 dicembre 2003, n. 28 (Disposizioni urgenti per il risanamento della finanza regionale).

3. Resta fermo che, per l'intera durata della gestione commissariale per la prosecuzione del Piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario, le competenze di cui al comma 1, eventualmente coinvolte nel citato Piano di rientro, sono esercitate nell'osservanza delle disposizioni impartite dal Commissario ad acta.

Art. 6

(Trasformazione in Fondazione di CEINGE scarl)

1. Al fine di attuare quanto previsto dall'articolo 2 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 (Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della legge 16 gennaio 2003, n. 3), la Giunta regionale avvia le procedure necessarie,

nel rispetto della normativa vigente in materia di diritto societario nonché di quanto eventualmente disposto dal Commissario ad acta per la gestione commissariale per la prosecuzione del Piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario, per la trasformazione di CEINGE scarl in Fondazione di partecipazione senza scopo di lucro con i medesimi scopi statutari.

2. Dalla trasformazione non derivano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza regionale.

Art. 7

(Invarianza finanziaria)

1. Dall'attuazione della presente legge non derivano nuovi o maggiori oneri per la finanza regionale. Legge regionale 23 dicembre 2015, n. 20.

“Misure per introdurre la cultura della responsabilità nell'organizzazione sanitaria nonché migliorare i servizi ai cittadini. – Modifiche alla legge regionale 3 novembre 1994, n. 32 (Decreto legislativo 30/12/1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, riordino del servizio sanitario regionale)”.

o maggiori oneri per la finanza regionale.

LAZIO

DGR 14.12.15, n. 723 - Conferimento dell'incarico di Direttore della Direzione Regionale Salute e politiche sociali, ai sensi del combinato disposto dell'art. 162 e dell'allegato H del Regolamento di organizzazione 6 settembre 2002, n. 1. Approvazione schema di contratto. (BUR n. 100 del 15.12.15)

Note

Con provvedimento del Responsabile del ruolo n. G13928 del 12.11.2015, è stata disposta la pubblicazione dell'avviso informativo sul sito web della Regione e sul B.U.R. per la ricerca di professionalità per l'affidamento a soggetti esterni all'amministrazione regionale dell'incarico di Direttore della Direzione Regionale “Salute e politiche sociali”, ai sensi dell'art. 162 e della lett. F dell'allegato H del Regolamento di organizzazione n.1/2002.

Il suddetto avviso è stato pubblicato sul B.U.R. n. 91 – supplemento n. 3 del 12.11.2015 e sul sito web della Regione Lazio;

Il Segretario generale ha valutato le domande pervenute in termini di rispondenza ai requisiti richiesti e le ha segnalate al Presidente della Giunta al quale spetta individuare la candidatura prescelta

Il Presidente della Giunta ha individuato nel dott. VINCENZO PANELLA il soggetto a cui conferire l'incarico di Direttore della Direzione Regionale “Salute e politiche sociali”, il quale presenta tutti i requisiti richiesti per l'ottimale svolgimento dello stesso, desunti dal titolo di studio, dalle specializzazioni, dall'esperienza professionale e dalle capacità professionali.

Viene conferito al dott. VINCENZO PANELLA, soggetto esterno all'Amministrazione regionale, nato a ATENA LUCANA (SA) il 05.09.1956, l'incarico di Direttore della Direzione Regionale “Salute e politiche sociali”.

L'incarico decorre dalla data di entrata in vigore delle modifiche al regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1, approvate con deliberazione di giunta regionale n. 721 del 14 dicembre 2015, nel rispetto delle percentuali previste per il conferimento degli incarichi dirigenziali a soggetti esterni all'amministrazione regionale, e ha durata quinquennale, fermo restando quanto previsto dal citato art. 53 dello Statuto Regionale;

Decreto del Commissario ad Acta 2 dicembre 2015, n. U00571 - Appropriatelyzza nella medicina di laboratorio. Introduzione nel Nomenclatore Tariffario Regionale per la specialistica ambulatoriale (D.C.A. n. 313/2013) dell'esame TSH-Reflex, del codice e della relativa tariffa. Approvazione del documento relativo al percorso diagnostico dell'esame TSH-Reflex per le prescrizioni ambulatoriali. Disposizioni applicative. (BUR n. 101 del 17.12.15)

Decreto del Commissario ad Acta 3 dicembre 2015, n. U00573 - Interventi atti a garantire la continuità delle prestazioni assistenziali nell'ambito della riorganizzazione della rete regionale di assistenza-proroga contratti a tempo determinato. (BUR n. 101 del 17.12.15)

Note

Viene disposta, nelle more dell'avvio e della conclusione delle procedure di stabilizzazione del personale, previste dal sopra richiamato DCA U00539/2015, la proroga sino al 31 dicembre 2018 dei contratti di lavoro a tempo determinato, in essere alla data di adozione del presente provvedimento, del personale del SSR, in possesso dei requisiti di cui all'art. 2 del DPCM del 06/03/2015;

Viene consentita, nelle more dell'avvio e della conclusione delle procedure di stabilizzazione del personale, previste dal sopra richiamato DCA U00539/2015, la proroga sino al 31 dicembre 2016 dei contratti di lavoro a tempo determinato, in essere alla data di adozione del presente provvedimento del personale del SSR, non in possesso dei requisiti di cui all'art. 2 del DPCM del 06/03/2015 ma rilevante ai fini del mantenimento dei servizi essenziali di assistenza, della completa implementazione della nuova rete assistenziale nonché dell'attuazione dell'art 32 della Costituzione.

Vengono esclusi da tale proroga:

i contratti di lavoro a tempo determinato stipulati per la sostituzione del personale assente avente diritto alla conservazione del posto, salvo i casi previsti dalla legge o dalla contrattazione collettiva di assenza per aspettativa senza assegni nelle sole fattispecie in cui tale aspettativa non incide sugli equilibri economico finanziari del servizio sanitario regionale;

i contratti di lavoro a tempo determinato stipulati con dipendenti con rapporto di lavoro a tempo indeterminato di altre aziende del SSR fatta eccezione per un massimo di n. 1 Dirigente delle Professioni Sanitarie per Azienda, fino al completamento delle procedure di mobilità e di quelle concorsuali conseguenti ;

gli incarichi ex art. 15 septies del D.Lgs. 502/92;

Viene disposta la continuazione secondo quanto previsto dall'articolo 1, comma 147 della Legge n. 228/2012: *"...l'eventuale proroga dell'incarico originario è consentita, in via eccezionale, al solo fine di completare il progetto e per ritardi non imputabili al collaboratore, ferma restando la misura del compenso pattuito in sede di affidamento dell'incarico"* fermo quanto disposto dall'art. 2 comma 4 del D.Lgs. 81/2015 in base al quale *"Dal 1° gennaio 2017 è comunque fatto divieto alle pubbliche amministrazioni di stipulare i contratti di collaborazione di cui al comma 1"* ;

Decreto del Commissario ad Acta 14 dicembre 2015, n. U00579 - Valutazione del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale di Rieti ai sensi dell'articolo 3-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (BUR n. 101 del 17.12.15)

Note

Viene preso atto della valutazione positiva effettuata dall'Organismo indipendente di valutazione della Giunta regionale, allegata al presente provvedimento di cui forma parte integrante e sostanziale, e si conferma l'incarico conferito con decreto presidenziale n. T00070 del 04/03/2014 alla dott.ssa Laura Figorilli di Direttore Generale dell'Azienda USL di Rieti.

Decreto del Presidente della Regione Lazio 4 dicembre 2015, n. T00251 - Nomina del Direttore Generale dell'Azienda Roma G. (BUR n. 101 del 17.12.15)

Note

Viene nominato, acquisito il parere favorevole della Commissione Consiliare permanente competente per materia espresso nella seduta n 50 del 3/12/2015, , il Dott. Vitaliano De Salazar, nato a Catanzaro il 16 luglio 1962, Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma G per la durata di anni 3, con decorrenza dalla sottoscrizione del relativo contratto di prestazione d'opera intellettuale.

Decreto del Commissario ad Acta 12 novembre 2015, n. U00538 - Accordo, ai sensi dell'articolo 4, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul "Protocollo per la diagnosi e il follow up della celiachia" – Recepimento. (BUR n.102 del 22.12.15)

Note

Viene recepito l' "Accordo, ai sensi dell'articolo 4, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul Protocollo per la diagnosi e il follow up della celiachia" approvato dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, nella seduta del 30 luglio 2015 Rep. Atti n. 125/CSR del 30 luglio 2015, Allegato n. 1 e parte integrante del presente provvedimento.

Decreto del Commissario ad Acta 16 dicembre 2015, n. U00585 - Disposizioni applicative degli artt. 2 e 4, dell'allegato "1", del Decreto del Commissario ad Acta n. U00359 del 30.10.2014 concernente "Direttive per l'adeguamento delle procedure di conferma dell'autorizzazione dell'attività sanitaria e di accreditamento istituzionale", anche alla luce della sopravvenuta normativa in materia di antincendio. (BUR n. 103 del 24.12.15)

Note

Viene disposto quanto segue:

1) Le I.S.P. che rientrano nell'ipotesi di cui all'art. 2 dell'allegato "1" del D.C.A. n. 359 del 30 ottobre 2014, devono produrre all'azienda sanitaria locale competente, entro 10 giorni dalla comunicazione mediante posta elettronica certificata, ovvero, in caso di mancata ricezione della comunicazione, entro 30 giorni dalla pubblicazione del presente decreto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio:

a) l'attestazione di avvenuta presentazione ai Vigili del Fuoco della documentazione di cui agli articoli 2 e 3 del D.M. 19/3/2015; ovvero, esclusivamente per le strutture di cui all'art. 2 del medesimo decreto per le quali il termine di presentazione della documentazione scadrà il 25/4/2016, atto di impegno con firma autenticata del legale rappresentante ad avvalersi del D.M. 19/3/2015 nei modi e nei tempi ivi previsti e, entro il successivo 25/5/2016, copia della SCIA presentata ai Vigili del Fuoco e relativo piano di adeguamento, e ciò per ogni ulteriore successiva scadenza triennale a meno che nel frattempo non sia stato rilasciato il C.P.I.;

b) il certificato di agibilità/abitabilità rilasciato ai sensi della previgente o vigente normativa unitamente all'atto di impegno con firma autenticata del legale rappresentante, a provvedere all'aggiornamento dello stesso all'esito della procedura di cui alla lettera a);

- oppure, l'autodichiarazione del titolare dell'immobile di non essere in possesso del certificato di agibilità/abitabilità unitamente all'atto di impegno con firma autenticata del legale rappresentante a provvedere all'ottenimento dello stesso all'esito della procedura di cui alla lettera a)

- oppure, dichiarazione asseverata di un tecnico abilitato con la quale si attesta che la struttura non è in possesso del certificato di agibilità/abitabilità in quanto l'edificio è stato costruito in data antecedente al 1934 e non ha subito trasformazioni tali da comportare modifiche al certificato, unitamente all'atto di impegno con firma autenticata del legale rappresentante di provvedere all'ottenimento dello stesso all'esito della procedura di cui alla lettera a);

- oppure, produzione del titolo di condono edilizio, ove richiesto, ovvero, la prova della presentazione dell'istanza di concessione in sanatoria alla quale non ha ancora fatto seguito un provvedimento da parte del comune competente;

c) analogamente, per ogni altra eventuale autorizzazione o prescrizione di competenza di altre Autorità che ai sensi dell'art. 2 del DCA n. 359/2014 la cui mancanza osti al rilascio dei provvedimenti di autorizzazione, e consequenziale accreditamento, definitivi, il legale rappresentante della ISP deve dimostrare alla Regione Lazio, con trasmissione di idonea documentazione, di avere in corso la procedura di ottenimento dell'autorizzazione definitiva indicandone i relativi tempi di completamento, con impegno a trasmettere i certificati definitivi, e tutti gli eventuali intermedi, entro trenta giorni dall'ottenimento degli stessi;

2) Le Aziende sanitarie locali trasmettono alla Regione la documentazione di cui al punto 1 entro i successivi 10 giorni, unitamente al parere/attestato sulla conformità della struttura ai restanti requisiti minimi necessari ai fini del rilascio dell'autorizzazione e dell'eventuale consequenziale accreditamento istituzionale definitivo. Qualora il parere/attestato di conformità attenga a situazioni disciplinate anche dall'art. 4 del DCA n. 359/2014, il termine per la trasmissione della documentazione è allungato a 30 giorni. Il predetto parere/attestato è redatto sulla base degli accertamenti verbalizzati dagli uffici delle aziende sanitarie competenti esclusivamente in esecuzione del DCA n. 359/2014, art. 2, commi 1 e 4, art. 4 e art. 6, commi 1 e 4 ed effettuati su richiesta della Regione.

3) Entro i successivi 10 (dieci) giorni, la Regione Lazio rilascia i provvedimenti di autorizzazione, e consequenziale accreditamento, definitivi disciplinati dalla L.R. n. 3/2010 e successive modificazioni, sottoposti alla condizione risolutiva espressa della decadenza automatica ove, entro i termini ivi prescritti non intervenga l'esito favorevole dei provvedimenti di cui al punto 1) lettere a), b) e c).

4) Alla scadenza dei termini per l'ottenimento dei provvedimenti definitivi di altre Autorità, di cui ai punti 1) e 3), allo scopo di evitare l'applicazione della condizione risolutiva di decadenza le ISP che abbiano goduto delle procedure di cui al punto 1) lettere a), b) e c) devono produrre alla struttura della Regione Lazio e della Azienda sanitaria responsabili della procedura entro trenta giorni dall'ottenimento, copia della seguente documentazione:

- le ricevute delle SCIA attestanti le varie fasi dell'adeguamento effettuato previsto dalla scansione temporale di cui al D.M. 19 marzo 2015;

- il Certificato Prevenzione Incendi (C.P.I.), ove rilasciato;

- il Certificato di Agibilità o il certificato di agibilità aggiornato, ove rilasciato.

- ogni altro documento necessario o comunque idoneo a riprova;

5) In caso di silenzio assenso, ove previsto per legge, i provvedimenti definitivi di altre Autorità vengono comprovati con la presentazione di copia della richiesta con l'indicazione della data di effettiva ricezione della stessa da parte dell'Autorità competente, corredata da autodichiarazione, resa ai sensi del D.P.R. 445/2000, attestante il decorso dei termini previsti dalla specifica normativa di riferimento mediante la quale si realizza il silenzio assenso, e che la stessa non è stata oggetto di un provvedimento di diniego.

6) Ove entro i termini prescritti la ISP non abbia provveduto a produrre la documentazione idonea a sciogliere positivamente la condizione risolutiva di cui al precedente punto 3, la Regione Lazio formula preavviso di decadenza entro il termine di dieci giorni dalla scadenza dei termini previsti per l'ottenimento dei provvedimenti definitivi di altre Autorità, di cui ai punti 1) e 3).

Decorso inutilmente tale termine la Regione Lazio, entro i successivi 60 giorni, dichiara la decadenza dall'autorizzazione e dall'accreditamento definitivo condizionati, in precedenza rilasciati in base al presente decreto.

7) Qualora ricorra l'ipotesi di cui all'art. 4 DCA 359/2014 e la documentazione e il parere/attestato di conformità trasmessi alla Regione dalle aziende sanitarie ai sensi del precedente punto 2 riguardi solo una parte della struttura che possa essere autonomamente compartimentata, anche l'autorizzazione condizionata di cui al punto 3 e il consequenziale accreditamento definitivo, relativamente alla parte compartimentata, sono rilasciati limitatamente a quella parte delle struttura che è idonea ad autonoma compartimentazione. Qualora, invece, il parere/attestato contenga non conformità di parti della struttura essenziali allo svolgimento dell'attività complessiva, la Regione adotta un provvedimento di revoca dell'autorizzazione e dell'accreditamento *in toto*.

8) In caso di mancata presentazione da parte della ISP dei documenti di prova indicati dal presente Decreto ai punti 1 e 4 entro i termini prescritti, gli atti di autorizzazione e il consequenziale accreditamento provvisorio già rilasciati non sono confermati, e decadono.

9) l'allegato "A" "*Liste di verifica da utilizzare in sede di sopralluogo per l'accertamento dei requisiti minimi autorizzativi*" del Decreto del Commissario ad Acta n. U0013 del 23.3.2011

concernente “Procedimento di accreditamento definitivo strutture sanitarie e socio sanitarie private. Regolamentazione e verifica requisiti” è modificato nelle corrispondenti parti come disciplinate dal presente decreto.

Il presente provvedimento viene comunicato alle ISP interessate e vale fin da ora quale avviso di avvio del procedimento e anche di un eventuale successivo e finale procedimento di decadenza automatica. Viene inoltre comunicato alle aziende sanitarie locali.

Decreto del Commissario ad Acta 16 dicembre 2015, n. U00586 - Riorganizzazione dell'assistenza odontoiatrica nella Regione Lazio - definizione dei criteri e delle modalità di accesso alle prestazioni odontoiatriche.

Note

Viene ritenuto di dover riorganizzare l'assistenza odontoiatrica definendo i destinatari e la tipologia delle prestazioni da garantire ai residenti della Regione Lazio, nonché le forme e le modalità di partecipazione alla spesa, al fine di assicurare, in modo uniforme ed omogeneo, le cure odontoiatriche nell'ambito dei livelli di assistenza attraverso:

- l'identificazione delle condizioni di vulnerabilità per le quali viene garantito l'accesso alle cure odontoiatriche;
- l'individuazione delle prestazioni LEA che dovranno essere erogate in tutte le Aziende Sanitarie della Regione;
- l'individuazione delle prestazioni erogabili a favore di destinatari extra LEA;
- l'individuazione delle forme e delle modalità di partecipazione alla spesa da parte degli utenti;
- l'organizzazione della rete dei servizi per le cure odontoiatriche.

Vengono definiti i destinatari delle prestazioni odontoiatriche individuando le condizioni di vulnerabilità, tenuto anche conto di quanto indicato nella proposta di aggiornamento dei LEA e nello schema di Intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni sul decreto del Ministro della salute che introduce “condizioni di erogabilità” alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ai sensi dell'articolo 9-quater del decreto legge n. 78 del 19 giugno 2015, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 125 del 6 agosto 2015, formulate dal Ministero della Salute:

- tutela della salute odontoiatrica in età evolutiva (0-14 anni);
- vulnerabilità sanitaria;
- vulnerabilità sociale;
- generalità dei cittadini;

Si prevede un elenco sia di prestazioni a favore di destinatari extra LEA che di prestazioni extra LEA, erogabili con tariffa proposta a livello regionale, che ciascuna Azienda potrà adottare al fine di favorire l'accesso alle cure odontoiatriche contenendo i costi per l'utente, così come indicato nell'allegato B “*Prestazioni e Tariffe di Assistenza Odontoiatrica – a carico SSR e Aziendali – e condizioni di erogabilità*” (a cui si rinvia).

Decreto del Commissario ad Acta 16 dicembre 2015, n. U00598 - Autorizzazione all'indizione, pubblicazione ed espletamento di avviso pubblico, ai sensi del D.P.R. n. 484/1997 per il conferimento di incarichi di Direttore di Struttura Complessa in Aziende ed Enti del Servizio Sanitario – anno 2016.

Note

Le Aziende e gli Enti del S.S.R vengono autorizzati . all'indizione, pubblicazione ed espletamento di avvisi pubblici per Direttore di Struttura Complessa nonché al successivo conferimento dei suddetti incarichi di Direttore di Struttura Complessa, come da elenco sottoriportato, ai sensi e nel rispetto del D.P.R. n.484/1997 nonché delle disposizioni statali in materia di accesso al pubblico impiego e delle disposizioni regionali in materia e per quanto attiene all'indizione e pubblicazione dei bandi:

AZIENDA UOC VACANTE

1 ROMA G Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza

2 IFO Ostetricia e Ginecologia

3

FROSINONE

Chirurgia Generale

4 Pediatria

5 LATINA Assistenza Farmaceutica 1^

6

RIETI

Oncologia Medica

7 Chirurgia Generale e Oncologica

8

VITERBO

Anestesiologia P.O. Tarquinia

Decreto del Commissario ad Acta 16 dicembre 2015, n. U00599 - Recepimento Accordo sancito dalla Conferenza Stato - Regioni e Province Autonome il 7 febbraio 2013 –relativo al documento recante "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale".

Note

Viene recepito l'Accordo sancito dalla Conferenza Stato - Regioni e Province Autonome il 7 febbraio 2013 – rep. Atti n. 36/CSR – relativo al documento recante “Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale”, parte integrante e sostanziale del presente atto (a cui si rinvia).

Nel corso dell'anno 2016 verranno attivate altre cinque Case della Salute.

Entro il 30/06/2016, verrà definito un programma relativo all'individuazione delle ulteriori Case della Salute da attivare nel triennio 2016-2018, anche a seguito della ricognizione degli spazi aziendali disponibili.

Viene disposta, entro il 31.12.2015 - in riferimento a quanto previsto al punto c) dell'Accordo predetto - una ricognizione sull'effettiva operatività , all'interno dell'area dell'emergenza, di percorsi separati clinico-organizzativi per i pazienti classificati dai Sistemi di Triage con codici di gravità Rossi e Gialli da quelli Verdi e Bianchi presso le Direzioni Generali delle strutture Ospedaliere con PS/DEA.

Il termine ultimo per la realizzazione dei percorsi di cui al precedente punto, da parte delle Direzioni Generali , viene indicato nella data del 30.06.2016.

Decreto del Presidente della Regione Lazio 15 dicembre 2015, n. T00255 - Nomina del Commissario Straordinario dell'Azienda Sanitaria Locale Roma B.

Note

Viene nominato Commissario Straordinario dell'Azienda Sanitaria Locale Roma B e soggetto attuatore dell'integrazione della ASL Roma B con la ASL Roma C, la dott.ssa Flori Degrassi, nata a Capodistria (PI) il 23 marzo 1951, a decorrere dal 16 dicembre 2015.

Decreto del Commissario ad Acta 14 dicembre 2015, n. U00581 - "Piano per la malattia diabetica nella Regione Lazio 2016-2018".(BUR n. 103 del 24.12.15)

Note

Viene approvato il Documento “Piano per la malattia diabetica nella Regione Lazio 2016-2018” allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Allegato A

Piano per la malattia diabetica nella Regione Lazio 2016-2018

NB

Si rinvia alla lettura integrale del testo.

Decreto del Commissario ad Acta 15 dicembre 2015, n. U00582

Approvazione Piano Formativo Regionale Triennio 2016-2018. Indirizzi strategici per la formazione degli operatori sanitari".(BUR n. 103 del 24.12.15)

Note

Viene approvato il documento “Piano Formativo Regionale Triennio 2016-2018. Indirizzi strategici per la formazione degli operatori sanitari” che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto.

Viene avviato un percorso di monitoraggio con i Responsabili della Formazione delle strutture sanitarie al fine di verificare il processo in atto e porre in essere eventuali azioni di miglioramento.

Verrà assicurata un’adeguata divulgazione degli indirizzi strategici formativi promossi dalla Direzione Salute ed Integrazione Sociosanitaria, anche mediante il sito istituzionale della Regione Lazio.

PIANO FORMATIVO REGIONALE TRIENNIO 2016-2018

Indirizzi strategici per la formazione degli operatori sanitari

INDICE

A. PREMESSA 4

B. OBIETTIVI, METODI E VALUTAZIONE 5

C. AREE STRATEGICHE FORMATIVE 9

D. SCHEDE AREE STRATEGICHE FORMATIVE 11

□

24/12/2015 - BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LAZIO - N. 103

□□

Pagina □4□ di □29

A. PREMESSA

Il documento delinea la programmazione delle attività formative che si intendono realizzare nel triennio 2016-2018 ed ha carattere di indirizzo e orientamento sulle strategie volte a supportare gli operatori sanitari della Regione Lazio in questa fase di cambiamento ed innovazione del sistema. Gli indirizzi formativi proposti suggeriscono interventi in grado di implementare azioni, avviare integrazioni e relazioni e confrontarsi con la sfida di coniugare l’efficienza gestionale con la qualità delle cure.

In particolare vengono descritti gli interventi da attuare per rispondere alle esigenze formative dei professionisti in relazione al contesto sanitario regionale ed ai documenti di programmazione e di indirizzo nazionali e regionali.

Una “adeguata” formazione è, infatti, da una parte presupposto necessario al raggiungimento degli obiettivi che il sistema sanitario si pone e dall’altra principale strumento di superamento delle criticità che il sistema di valutazione rileva sia a livello di struttura che di singolo operatore.

La formazione è da considerarsi come un “investimento” finalizzato prioritariamente a sviluppare e rafforzare le competenze dei professionisti, favorendo il trasferimento delle nozioni apprese e sperimentate in aula, nella propria pratica professionale.

A tal fine è utile introdurre metodologie didattiche innovative e di dimostrata efficacia in campo formativo, in considerazione del fatto che il professionista è risorsa per guidare e gestire il cambiamento organizzativo.

A sostegno di tale processo e in continuità con quanto già espresso nel precedente Piano, la formazione è un elemento strategico di innovazione e di costante allineamento con le trasformazioni dei bisogni sanitari, con i mutamenti della domanda sanitaria, con la richiesta di maggiori e qualificate conoscenze tecnico-scientifiche e con la continua evoluzione dei modelli organizzativi e produttivi.

Le strategie che s’intendono perseguire mirano a una visione della formazione in cui la metodologia

dello sviluppo continuo professionale possa rappresentare una vera opportunità per i professionisti di incrementare le proprie competenze nel loro effettivo spazio di lavoro.

Ciò rappresenta una importante condizione ai fini del raggiungimento dei risultati di salute che si intendono perseguire, attraverso gli strumenti già messi in campo a livello regionale, per una reale trasformazione del sistema.

Il Piano è stato redatto tenendo conto:

- degli obiettivi strategici nazionali e regionali;
- dell'analisi delle criticità organizzative e della rilevazione dei fabbisogni formativi;
- della programmazione regionale in merito alle innovazioni organizzative;
- delle linee guida e/o di indirizzo per gli specifici ambiti assistenziali.

B. OBIETTIVI, METODI E VALUTAZIONE

La rilevazione del fabbisogno formativo è stata condotta seguendo un approccio che ha visto il coinvolgimento diretto dei Dirigenti delle Aree della Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria della Regione Lazio.

L'analisi è stata utile per delineare:

- esigenze esplicite di formazione relative alla realizzazione di adempimenti previsti da specifiche normative
- necessità di rafforzamento delle competenze del personale sanitario (conoscenze, capacità, attitudini), nei diversi livelli organizzativi, al fine di renderle coerenti con gli obiettivi strategici del triennio di vigenza del Piano e con le finalità, attività e tempi dei progetti di cambiamento da realizzare nel contesto regionale.

I risultati dell'analisi del fabbisogno sono stati coniugati con gli obiettivi strategici nazionali e regionali al fine di meglio definire le aree formative di maggior interesse.

Tali aree potranno essere successivamente integrate alla luce delle eventuali indicazioni degli Organismi di Governance Regionale in materia di ECM.

Sarà compito delle strutture formative del SSR, mediante la rilevazione del fabbisogno aziendale condotta annualmente, tradurre il bisogno in eventi formativi da realizzare nell'anno di riferimento a partire dalle aree formative individuate inserendo ulteriori progetti in relazione ad esigenze aziendali specifiche.

L'identificazione del fabbisogno formativo specifico deve essere motivata da interventi finalizzati a:

- porre in essere azioni migliorative nel caso di indicatori non in linea con i valori medi regionali;
- attivare processi sulla base di eventi sentinella osservati;
- sviluppare le competenze necessarie per la realizzazione di priorità aziendali.

In riferimento al Sistema di Formazione Continua in Medicina, e come ripreso dall'Accordo Stato Regioni dell'aprile 2012, assumono rilievo tre tipologie di obiettivi formativi:

- obiettivi formativi tecnico-professionali, finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze tecnico professionali individuali nello specifico settore di attività, acquisendo crediti formativi inerenti eventi specificatamente rivolti alla professione o alla disciplina di appartenenza;
- obiettivi formativi di processo, finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza degli specifici processi di produzione delle attività sanitarie. Questi obiettivi si rivolgono ad operatori ed équipe che intervengono in un determinato segmento di produzione;
- obiettivi formativi di sistema, finalizzati allo sviluppo delle conoscenze e competenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei sistemi sanitari. Questi obiettivi si rivolgono a tutti gli operatori avendo quindi caratteristiche interprofessionali.

In linea con ciò si ritiene importante nella definizione dei piani e progetti formativi fare opportune distinzioni e delineare le specificità che si intendono raggiungere:

- obiettivi del sistema formativo

- obiettivi formativi
- obiettivi di apprendimento

Tutti gli obiettivi dovranno trovare sviluppo e concretizzazione nell'attività formativa erogata a livello aziendale e delineata nei Piani di formazione annuali delle Aziende sanitarie regionali; dovranno, inoltre, integrarsi con gli obiettivi formativi di interesse nazionale, nonché con i bisogni delle Professioni (Ordini, Collegi, Associazioni professionali) e dell'Università.

Gli obiettivi formativi individuati dovranno allinearsi alle aree di riferimento per l'accreditamento dell'offerta formativa al sistema ECM, rientrando, quindi, tra quelli di interesse nazionale stabiliti dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome che riportiamo di seguito in **Tabella 1**.

Tabella 1. Obiettivi formativi nazionali ECM

Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell' Evidence Based Practice (EBM – EBN - EBP)

Linee guida - Protocolli - Procedure - Documentazione clinica

Percorsi clinico-assistenziali/diagnostici/riabilitativi, profili di assistenza - profili di cura

Appropriatezza prestazioni sanitarie nei lea. Ai sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia

Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie

La sicurezza del paziente

La comunicazione efficace, la privacy ed il consenso informato

Integrazione interprofessionale e multiprofessionale, inter istituzionale

Integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera

Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute

Management sanitario. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali

Aspetti relazionali (comunicazione interna, esterna, con paziente) e umanizzazione cure

Metodologia e tecniche di comunicazione sociale per lo sviluppo dei programmi nazionali e regionali di prevenzione primaria e promozione della salute

Accreditamento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità

Multiculturalità e cultura dell'accoglienza nell'attività sanitaria

Etica, bioetica e deontologia

Argomenti di carattere generale: informatica e lingua inglese scientifica di livello avanzato, normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del SSN

Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, specializzazione e attività ultraspecialistica

Medicine non convenzionali: valutazione dell'efficacia in ragione degli esiti e degli ambiti di complementarietà

Tematiche speciali del SSN e SSR ed a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla CN ECM per far fronte a specifiche emergenze sanitarie

Trattamento del dolore acuto e cronico. Palliazione

Fragilità (minori, anziani, tossico-dipendenti, salute mentale): tutela degli aspetti assistenziali e socioassistenziali

Sicurezza alimentare e/o patologie correlate

Sanità veterinaria

Farmaco-epidemiologia, Farmaco-economia, farmacovigilanza

Sicurezza ambientale e/o patologie correlate

Sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e/o patologie correlate

Implementazione della cultura e della sicurezza in materia di donazione-trapianto

Innovazione tecnologica: valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche e dei dispositivi medici. Technology assessment

Le Aziende Sanitarie dovranno programmare e realizzare gli eventi formativi che per loro specificità possono essere solo di livello aziendale con particolare attenzione alla formazione sul campo.

Tali attività dovranno essere integrate con strategie locali per il miglioramento continuo della qualità e progetti/programmi per il cambiamento organizzativo.

Il Piano Formativo Aziendale potrà includere tra gli obiettivi azioni specifiche rivolte al miglioramento di attività cliniche, organizzative, assistenziali, relazionali, seppure non incluse negli indirizzi generali indicati nel presente documento.

In relazione a specifiche criticità, in tali programmi formativi potranno trovare spazio differenti tipologie di attività formativa integrate in una logica di qualità metodologica. Potrà essere privilegiata la formazione sul campo, o anche ad esempio tecniche innovative quali la TBM (Theatrical Based Medicine) incentrata sulla comunicazione efficace e quindi molto utile per gli operatori sanitari che si confrontano con la gestione di pazienti cronici (dal diabete, alla BPCO, alle patologie neoplastiche, psichiatriche, ecc).

Tenuto conto delle diverse esigenze alle quali la formazione dovrebbe rispondere è importante che siano individuati indicatori specifici utili a valutarne le ricadute in termini di efficacia ed efficienza, considerando quindi la fase di valutazione dei percorsi di formazione non come la sola verifica sullo svolgimento dei corsi o sulla partecipazione agli stessi.

Una logica di addestramento alla qualità professionale deve permeare spazi crescenti delle attività quotidiane che devono diventare occasione di formazione e modalità costante di verifica dei livelli di competenze raggiunti. E' allora possibile considerare la valutazione delle attività di formazione e di aggiornamento come un sistema di cerchi concentrici che riconosce come punto di accumulazione ciascun professionista, ma che tende necessariamente a coinvolgere l'equipe, la struttura operativa, la macrostruttura, il livello aziendale e le relazioni interaziendali. Si pensi, a titolo esemplificativo, ad un intervento di formazione sulla gestione dell'emergenza che deve necessariamente prevedere:

- il livello delle conoscenze e delle competenze acquisite sull'intervento specifico
- il livello delle competenze e delle conoscenze effettivamente praticate in conseguenza della formazione ricevuta
- il livello della collaborazione interprofessionale e quindi dell'impatto sui professionisti non direttamente esposti alla formazione
- le variazioni nel funzionamento della struttura in conseguenza della formazione ricevuta
- il livello di miglioramento della performance di macrostruttura o di azienda come risultato della formazione
- l'impatto della formazione sulle relazioni tra macrostrutture e aziende diverse

La valutazione della qualità della formazione si dovrà articolare pertanto nelle seguenti aree:

- valutazione professionale individuale
- valutazione dei risultati individuali
- valutazione della performance delle diverse articolazioni tecniche e amministrative
- valutazione di specifici progetti di intervento sanitario
- valutazione della performance delle diverse articolazioni sanitarie aziendali
- valutazione complessiva della performance aziendale

C. LE AREE STRATEGICHE FORMATIVE

Di seguito sono riportate le Aree strategiche Formative che tracciano i riferimenti e gli ambiti su cui implementare formazione (tabella 2) e costruite tenuto conto del criterio relativo all'incisività delle azioni formative in merito alla soluzione delle criticità.

Ciascuna Area Strategica è stata declinata in specifiche schede. La definizione poi degli ambiti formativi previsti è coerente con alcuni specifici riferimenti normativi quali:

- Decreto del Commissario ad Acta 25.07.2014, n. U00247 avente come oggetto "Adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013 - 2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio"

Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della salute sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2014.

Accordo, ai sensi dell'articolo 1, comma 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 62. (30 luglio 2015)

Patto per la salute 2014-2016

L'attribuzione di priorità nell'attuazione delle tematiche individuate è legata al peso che le singole aziende conferiranno agli specifici obiettivi del processo di adeguamento alle Direttive Regionali, pur rispettando il limite minimo di almeno un intervento formativo annuo per Area Strategica.

Si raccomanda nella elaborazione dei Piani Formativi annuali e nella predisposizione di dettaglio dei singoli progetti di formazione di rendere espliciti per ognuno i seguenti elementi qualificanti:

Contesto

Processo/percorso assistenziale su cui impatta l'intervento formativo

Obiettivo formativo nazionale

Risultato atteso

1. SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE

Riferimenti

Art. 4. Patto per la Salute 2014- 2106 - Umanizzazione delle cure

Nel rispetto della centralità della persona nella sua interezza fisica, psicologica e sociale, le Regioni e le Province Autonome si impegnano ad attuare interventi di umanizzazione in ambito sanitario che coinvolgano gli aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza.

Si conviene di predisporre un programma annuale di umanizzazione delle cure che comprenda la definizione di almeno un'attività progettuale in tema di formazione del personale ed un'attività progettuale in tema di cambiamento organizzativo, indirizzato prioritariamente alle seguenti aree assistenziali: Area critica, Pediatria, Comunicazione, Oncologia, Assistenza domiciliare.

Al fine di monitorare il grado di soddisfazione dei cittadini è previsto l'utilizzo sistematico e continuativo di strumenti di valutazione della qualità percepita. Tali strumenti, omogenei e condivisi in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, dovranno essere utili a valutare eventuali scostamenti della percezione della qualità erogata rispetto alla qualità "progettata" e consentire l'avvio delle coerenti azioni di miglioramento nello specifico contesto dell'umanizzazione delle cure.

Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della salute sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2014. Accordo, ai sensi dell'articolo 1, comma 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 62. (30 luglio 2015)

Linea Progettuale 2 – Sviluppo dell'umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali

Promozione di iniziative formative rivolte sia ai professionisti delle strutture sanitarie sia ai care giver, per fornire i necessari elementi di conoscenza allo scopo di implementare il livello di comunicazione con gli assistiti e con le relative famiglie, anche con particolare riferimento alla gestione delle aspettative di salute e alla comunicazione di prognosi infausta”

Ambiti di formazione

Comunicazione della prognosi infausta ai paziente ed ai caregiver

La gestione delle aspettative di salute

Empowerment ed alfabetizzazione sanitaria

La valutazione partecipata del percorso assistenziale

2. ASSISTENZA PRIMARIA E ASSISTENZA DISTRETTUALE

Riferimenti

Legge 189/2012 cd Decreto Balduzzi

Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della salute sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2014. Accordo, ai sensi dell'articolo 1, comma 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 62. (30 luglio 2015) - Linea progettuale 1 – Attività di assistenza primaria

Favorire, con specifici atti di indirizzo la medicina di iniziativa, quale modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute, anche tramite l'educazione della popolazione ai corretti stili di vita, nonché all'assunzione del bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi, anche tramite una gestione attiva della cronicità;

Favorire le iniziative di continuità ospedale-territorio anche attraverso l'individuazione di strutture intermedie che possono essere di diretta interfaccia tra l'assistenza territoriale e quella ospedaliera (Ospedali di Comunità/presidi territoriali) al fine di promuovere la riduzione dei ricoveri inappropriati e i percorsi di deospedalizzazione, garantendo una omogenea risposta assistenziale territoriale in tutto il territorio nazionale.

Decreto del Commissario ad Acta 12 novembre 2014, n. U00376 Riorganizzazione dell'Assistenza Territoriale e la medicina d'Iniziativa, in attuazione del protocollo d'intesa del 23 luglio 2014. Atto di recepimento dell'accordo con i medici di medicina generale AFT-UCP - UCCP –

Al fine di potenziare ulteriormente il servizio e garantire la continuità dell'assistenza all'interno della rete sanitaria territoriale e la partecipazione dei singoli medici ai progetti regionali verranno istituite le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e successivamente le Unità di Cure Complesse Primarie (UCCP), così come definite dall'art. 1 della Legge 189/2012, dal Patto per la Salute 2014-2016 e dalle modalità che saranno definite dal nuovo ACN, in accordo con i LEA nazionali.

Parte IV - Presa in carico dei Pazienti con patologie croniche

Carta dei Servizi e pubblicizzazione delle UCP

Le attività svolte all'interno di ogni UCP dovranno essere portate a conoscenza dei cittadini mediante apposita "Carta dei Servizi", con l'elenco delle prestazioni effettuabili, redatta in collaborazione con l'ASL di riferimento e con il supporto informativo della Regione Lazio.

Art. 5 Patto per la Salute 2014-2016

Presidi Territoriali/Ospedali di comunità - Al fine di promuovere la riduzione dei ricoveri inappropriati ed i percorsi di deospedalizzazione, garantendo un'omogenea risposta assistenziale territoriale in tutto il territorio nazionale, si fa riferimento a quanto rappresentato al punto 10.1 Ospedali di comunità di cui allo schema di regolamento recante "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'art.1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n.95 convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n.135",

Ambiti di formazione

UCP -UCCP AFT

Strutture intermedie

Sperimentazione di modelli organizzativi

Specialistica di primo livello

Integrazione dei nodi della rete sociosanitaria territoriale

Percorsi assistenziali ed integrazione informativa tra medicina convenzionata, rete distrettuale ed ospedaliera

Carta dei Servizi e pubblicizzazione delle UCP

Modelli di integrazione tra medicina generale e medicina specialistica

L'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare

- Promozione della medicina di iniziativa
- La responsabilità individuale e di equipe
- L'assistenza infermieristica territoriale
- Modelli di Family Health Nurse
- L'assistenza pediatrica sul territorio
- Modelli di Assistenza Specialistica Ambulatoriale Integrata (Day Service)

3. CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE

Riferimenti

Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della salute sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2014. Accordo, ai sensi dell'articolo 1, comma 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 62. (30 luglio 2015)

Linea Progettuale 3 - Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica

- Le Unità di Cure Palliative (UCP) domiciliari garantiscono sia gli interventi di base, coordinati al medico di medicina generale, sia interventi di equipe specialistiche tra loro interagenti in funzione della complessità
- Gli interventi di base garantiscono un approccio palliativo attraverso l'ottimale controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia. Queste cure sono erogate da medici e infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative. Le cure richiedono interventi programmati in funzione del progetto di assistenza individuale
- Gli interventi di équipe specialistiche multiprofessionali dedicate, sono rivolti a malati con bisogni complessi, per i quali gli interventi di base sono inadeguati; richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare
- Le Cure Palliative Domiciliari richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente da parte di una equipe professionale e la definizione di un "Piano di cure personalizzato". In base al programma assistenziale integrato (PAI), vengono attivate le risorse già presenti nella rete, necessarie per la presa in carico, ivi compresi le unità/servizi di base e specialistici (Unità di Cure Palliative Domiciliari ed altre reti domiciliari pediatriche e non, esistenti sul territorio, purché idonee ad effettuare interventi domiciliari).
- definizione di un piano di formazione e di aggiornamento del personale sanitario nell'ambito dell'assistenza domiciliare palliativa di base e specialistica;
- definizione di percorsi formativi/informativi atti a sollecitare l'empowerment dei familiari/pazienti.

Decreto del Commissario ad Acta 21 marzo 2013, n. U00088 Rete per la terapia del dolore della Regione Lazio in attuazione della Legge del 15 marzo 2010, n. 38. Modifiche ed integrazioni al Decreto n. U0083 del 30 settembre 2010.

Decreto del Commissario ad Acta 30 settembre 2010 n°00084 “La rete assistenziale di cure palliative della Regione Lazio”.

Legge 15 marzo 2010, n. 38 “Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”

Ambiti di formazione

- Sviluppo delle reti locali
- Aspetti di contenuto sulla terapia del dolore e sulle cure palliative
- L'assistenza domiciliare palliativa di base e specialistica
- Contenuti specifici di farmacologia
- Organizzazione e assistenza negli Hospice
- Assistenza palliativa in età pediatrica
- Assistenza a pazienti in fase terminale

- Palliative Care e miglioramento della qualità di vita di pazienti e familiari
- Valutazione e Trattamento del Dolore
- Integrazione professionale e tra professionisti/i ed altri caregivers
- Empowerment dei familiari/pazienti in tema
- Aspetti comunicativi e relazionali sulle cure palliative

4. PREVENZIONE

Riferimenti

Patto per la salute 2014-2016

ART. 17 - Piano nazionale della Prevenzione

Con il presente Patto le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano convengono che il 5 per mille della quota vincolata per il Piano nazionale della prevenzione, di cui agli accordi previsti per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale indicati al comma 1, venga destinato a una linea progettuale per lo svolgimento di attività di supporto al Piano nazionale della prevenzione medesimo da parte dei network regionali dell'Osservatorio nazionale screening, Evidence-based Prevention, Associazione italiana registri Tumori.

Le Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano si impegnano a mettere in atto ogni utile intervento per promuovere la salute in tutte le politiche ed attuare la promozione della salute attraverso politiche integrate e intersettoriali a sostegno del diritto di ciascun cittadino a realizzare il proprio progetto di vita in un disegno armonico di sviluppo del territorio e della comunità in cui vive ciascuno.

Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della salute sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2014. Accordo, ai sensi dell'articolo 1, comma 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 62. (30 luglio 2015) - Linea progettuale 4 - Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione

Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018 (DCA n. U00309 DEL 6 LUGLIO 2015),

- Programma 1. Promozione di stili di vita salutari nella popolazione generale per guadagnare salute nel Lazio
- Programma 2. Prevenzione e controllo delle MCNT a maggior rilevanza quali malattie cardiovascolari, tumori, diabete e conseguenze dei disturbi neurosensoriali congeniti
- Programma 3. Promozione della salute e del benessere nelle scuole
- Programma 6. Ambiente e salute
- Programma 7. Prevenzione e controllo delle malattie infettive
- Programma 8. Sicurezza alimentare e Sanità pubblica veterinaria

Pagina 18 di 29

Ambiti di formazione

- Formazione degli operatori sanitari per gruppi omogenei, e in relazione ai contesti operativi, finalizzata ad inserire nei processi assistenziali il "consiglio breve" sugli stili di vita
- Implementazione della rete Workplace Health Promotion (WHP)
- Utilizzo del test HPV-DNA come test primario nel programma di screening organizzato
- Lo screening del tumore della mammella: retraining dei tecnici di radiologia e medici radiologi
- Lo screening del tumore del Colon Retto: retraining degli endoscopisti
- La comunicazione nei programmi di screening
- Il percorso di screening uditivo neonatale e l'esecuzione del test di screening con A-OAE
- Il percorso di screening oftalmologico neonatale
- La Promozione della Salute centrata sulle life skills
- Interventi formativi destinati a operatori della salute e dell'ambiente e in particolare a MMG e PLS, sui temi più rilevanti che riguardano di integrazione ambiente-salute, attraverso l'attivazione di reti e alleanze con soggetti coinvolti sul tema

- Interventi formativi a supporto del sistema di sorveglianza delle malattie infettive web based
- Interventi formativi sul contenimento delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA), sul buon uso degli antibiotici e sulla prevenzione dell'antibioticoresistenza
- Formazione per gli operatori sanitari sulle vaccinazioni, sulle malattie prevenibili da vaccino e sul counseling breve (rendere omogenei i messaggi di promozione ai cittadini)
- Interventi formativi in materia di tecniche e organizzazione del controllo ufficiale per gli anni 2015-2016-2017
- Interventi formativi destinati agli operatori del settore alimentare che intendano produrre e somministrare/commercializzare prodotti privi di glutine

5. CRONICITÀ E FRAGILITÀ

Riferimenti

Decreto del Commissario ad Acta 7 ottobre 2015, n. U00474 “Linee di indirizzo per la gestione a livello territoriale della presa in carico del paziente cronico e relativo percorso attuativo”

- linee di indirizzo per la gestione del paziente cronico da utilizzarsi a livello territoriale Broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO), Scopenso cardiaco, Terapia anticoagulante orale (TAO) e Diabete
- documento “Presa in carico dei pazienti cronici (PDTA) (Art. 8 Accordo MMG 3.10.2014) “Percorso attuativo”

Decreto del Commissario ad Acta n. U00040 del 2014 “Approvazione dei documenti relativi al percorso attuativo, allo schema d'intesa ed ai requisiti minimi della “Casa della Salute”

Piano sulla Malattia Diabetica (suppl. n° 9 GU n° 32 del 7 febbraio 2013) e successivi provvedimenti regionali

DCA n° U000121 del 9.04.2013 – “Recepimento dell'Accordo, ai sensi dell'art.4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento E di Bolzano sul documento recante "Piano

Per la malattia diabetica", Rep. Atti n. 233/CSR del 6 dicembre 2012

Decreto del Commissario ad Acta 12 novembre 2014, n. U00376 Riorganizzazione dell'Assistenza Territoriale e la medicina d'Iniziativa, in attuazione del protocollo d'intesa del 23 luglio 2014. Atto di recepimento dell'accordo con i medici di medicina generale

- Avviare l'attività di presa in carico dei pazienti cronici (Diabete, BPCO, Scopenso Cardiaco, TAO, pazienti fragili e le altre patologie che la regione individuerà) con i medici di medicina generale i quali ricorreranno alla medicina di iniziativa nei confronti delle persone da inserire nei percorsi annuali predefiniti e alla gestione, per la parte di loro competenza, del paziente nell'ambito del PDTA

Decreto del Commissario ad Acta 25.07.2014, n. U00247 avente come oggetto “Adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013 - 2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio”

Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della salute sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2014. Accordo, ai sensi dell'articolo 1, comma 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 62. (30 luglio 2015) - Linea progettuale 5 - Gestione della cronicità

Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche

- si può fare riferimento a diversi modelli teorici: Disease Management, Chronic care model (CCM), Clinical Governance, modalità organizzative del lavoro in rete che cercano di superare l'impropria contrapposizione tra due componenti di uno stesso sistema unitario (ospedale - territorio) individuando degli strumenti utili per favorire al massimo le loro potenzialità
- I nuovi modelli assistenziali per la gestione delle malattie croniche prevedono l'attivazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), condivisi con le Associazioni di persone con cronicità e codificati per i vari stadi di patologia

- perseguire il coordinamento funzionale dell'attività di MMG, PLS e specialisti convenzionati con i servizi e le attività del distretto, finalizzato anche alla riduzione degli accessi impropri al ricovero ospedaliero;
- garantire un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali;
- educare la popolazione al corretto utilizzo dei servizi ospedalieri e territoriali;
- adottare procedure che favoriscano l'adesione alle prescrizioni mediche, con particolare riferimento all'aderenza alla terapia farmacologica in caso di trattamenti farmacologici multipli (politerapie);
- sperimentare modelli di assistenza che riescano a coniugare soluzioni tecnologiche con i bisogni di salute del paziente (Teleassistenza domiciliare, Teleconsulto specialistico, telemonitoraggio medicale, Telesorveglianza, Telecontrollo, Telesoccorso, Teleallarme).

Assistenza alle persone in condizioni di fragilità e di non autosufficienza

- E' l'équipe multidisciplinare del distretto che, avvalendosi di strumenti standardizzati e generalmente omogenei sul territorio regionale, valuta le problematiche sanitarie, assistenziali, tutelari, psicologiche e socio-economiche, al fine di verificare ed eventualmente strutturare il piano individuale di assistenza (PAI) sociosanitario integrato.
- implementare la diffusione di procedure di presa in carico unitarie e dei punti unici di accesso (PUA) presso i servizi territoriali;
- favorire la diffusione e l'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale, particolarmente indicati nella definizione dei bisogni di assistenza sanitaria e bisogni assistenziali delle persone fragili e non autosufficienti;
- favorire il coinvolgimento del medico di medicina generale nel percorso di cura;
- potenziare e migliorare il servizio di assistenza domiciliare integrata da parte dei servizi, anche attraverso l'utilizzo di modalità innovative quali la teleconsulenza, il teleconsulto e la teleassistenza;

Ambiti di formazione

- Percorsi di supervisione per la gestione di casi ad alta complessità nell'area integrazione socio sanitaria
- Modelli di gestione delle malattie croniche (Disease Management, Chronic care model)
- La valutazione multidimensionale
- Il piano individuale di assistenza (PAI)
- La Scheda SVAMDI
- Suite InterRai
- L'Equipe multidisciplinare distrettuale
- La continuità assistenziale della persona fragile o non autosufficiente
- Il corretto utilizzo dei servizi ospedalieri e territoriali da parte della popolazione (empowerment)
- Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali
- L'assistenza domiciliare integrata
- Piano nazionale e regionale sulla malattia diabetica
- Casa della Salute

6. RETI E MODELLI ASSISTENZIALI

Riferimenti

Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della salute sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2014. Accordo, ai sensi dell'articolo 1, comma 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 62. (30 luglio 2015) - Linea progettuale 6 - Reti oncologiche

- Il perseguimento di tutti gli obiettivi specifici identificati nella Guida per la costituzione di reti oncologiche regionali di cui all'intesa del 30 ottobre 2014;
- Il rispetto dei criteri identificati dalla medesima Guida per i progetti di implementazione e/o adeguamento della rete oncologica

Decreto del Commissario ad Acta 25.07.2014, n. U00247 avente come oggetto “Adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013 - 2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio”

Il Decreto del Commissario ad Acta 26 novembre 2014, n. U00412 "Riorganizzazione della rete ospedaliera a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio" individua percorsi organizzativi ed assistenziali relativi:

- applicazione degli standard di cui al Decreto 2 aprile 2015, n. 70. Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.
- revisione dei nodi della Rete di Emergenza e delle Reti Tempo-dipendenti sia dal punto di vista di sistema che di percorsi assistenziali;
- attivazione delle aree assistenziali per “intensità di cura”, come già previsto dal DCA 259/2014 “Approvazione dell'Atto di Indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio”;
- l'appropriatezza organizzativa e l'ottimizzazione del personale nei reparti di chirurgia viene qualificata, favorendo moduli funzionanti 5 giorni a settimana (week hospital)-(DCA 921/2006 “Approvazione linee guida preliminari per la introduzione dell'ospedale su cinque giorni nella rete di offerta ospedaliera del Lazio”);
- il monitoraggio sistematico dell'attività ospedaliera viene promosso per la verifica degli esiti di salute secondo il programma PReVale ed il sistema di audit

Ambiti di formazione

- Reti di emergenza e Reti tempo dipendenti
- Reti oncologiche
- Modelli ospedalieri per intensità di cura
- Percorso vittime di violenza

7. SOGGETTI DEBOLI

Riferimenti

Patto per la Salute 2014-2016 - ART.7 - Assistenza sanitaria negli istituti penitenziari

Si conviene che le Regioni e le Province autonome si impegnano ad approvare, entro il 30 settembre 2014, nella sede della Conferenza Unificata, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo n.281/1997, l'Accordo avente ad oggetto: "Linee Guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali".

Decreto del Commissario ad Acta 25.07.2014, n. U00247 avente come oggetto “Adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013 - 2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio”

Decreto del Commissario ad acta n. U00026 del 23 gennaio 2015 recante: “Recepimento Accordo n. 5/CU del 19 gennaio 2012 e approvazione documento recante “Programma operativo di prevenzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale nella Regione Lazio”.

- Il protocollo operativo predisposto sulla base delle linee guida esistenti e tenendo conto delle indicazioni degli organismi europei e dell'OMS permette di implementare nel sistema carcere un approccio basato sull'ottica della prevenzione al fine di evitare il cronicizzarsi di patologie psichiche e/o psichiatriche al fine di tutelare la salute dei detenuti e di evitare in futuro maggiori spese a carico del SSR. La puntuale individuazione di strumenti e procedure per la valutazione dei bisogni terapeutici ed assistenziali per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario permetterà una precoce individuazione dei casi a rischio, il miglioramento della qualità della presa in carico assistenziale e un aumento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate.
- Al fine di implementare una cultura della prevenzione, sarà realizzato un piano di formazione rivolto agli operatori che lavorano presso gli istituti penitenziari sia per adulti che per minori.

DCA n. 383 del 4 agosto 2015 avente ad oggetto: “Percorsi assistenziali di presa in carico sanitaria e di cura dei minori e giovani adulti con problemi psicopatologici e/o psichiatrici e/o dipendenze patologiche sottoposti a procedimento penale”:

- il passaggio della sanità penitenziaria alla competenza delle regioni ha evidenziato alcune criticità e che è necessario di ripensare gli attuali percorsi assistenziali relativi ai minori del circuito penale, in un’ottica di sempre maggiore collaborazione con il sistema giudiziario, al fine di migliorare l’appropriatezza e l’efficacia degli interventi realizzati.
- I minori e giovani adulti che si trovano nel circuito penale rappresentano una popolazione particolarmente problematica e complessa sia dal punto di vista individuale che sociale.
- Nell’ottica di una sempre maggiore umanizzazione della sanità penitenziaria e del miglioramento dell’appropriatezza della presa in carico integrata (tra servizi e con la partecipazione delle famiglie e la collaborazione con gli Enti Locali, con la Scuola e con la rete sociale) e della cura dei pazienti si è implementato un approccio basato sulla prevenzione al fine di evitare il cronicizzarsi di patologie psichiche e/o psichiatriche e di tutelare la salute dei giovani.
- Il circuito penale minorile infatti comprende tutti i giovani che a vario titolo e per un arco di tempo più o meno lungo transitano presso il CPA (Centro di Prima Accoglienza) di Roma, presso l’Istituto Penale Minorile di Casal del Marmo o presso l’USSM (Ufficio per il Servizio Sociale per i Minorenni) nel caso in cui scontano misure alternative alla detenzione.
- E’ necessario realizzare un percorso di formazione per tutti gli operatori sanitari che operano in questo campo e, in particolare, per i Referenti della Giustizia Minorile delle singole AASSLL al fine di uniformare e aggiornare strumenti clinici e procedure adottati per la valutazione clinica precoce dei bisogni terapeutici e assistenziali dei giovani coinvolti nel circuito penale (come l’invio presso le strutture residenziali e semiresidenziali).

Decreto del Commissario N. U00451 del 22.12. 2014 - “Approvazione Protocollo operativo sui percorsi integrati di presa in carico e cura dei minori con problematiche legate all’uso di sostanza (con o senza psicopatologia in atto)”

- Nella Regione Lazio, ma non solo, negli ultimi anni si sta assistendo ad un incremento di disturbi connessi all’uso di sostanze in età adolescenziale con conseguente aumento delle richieste di interventi sanitari, per consulenza o per emergenza, sia in ambito territoriale sia ospedaliero.
- Nell’attuale organizzazione i minori che fanno uso di sostanze sono seguiti o da servizi TSMREE o da Servizi per le Dipendenze ovvero transitano da Pronto Soccorso o reparti ospedalieri, senza poi essere presi in carico in modo integrato tra i servizi per la presa in carico e il successivo trattamento del disturbo di base creando due ordini di problemi: da una parte un notevole impegno di risorse del SSR, dall’altra una “perdita” di molti casi che dopo un primo contatto non vengono presi in carico (“agganciati”) correttamente. I dati disponibili evidenziano un aumento degli accessi ai Pronto Soccorso, anche in concomitanza all’abuso di sostanze o alcool, e che solo nel 2013 gli accessi effettuati da minori sono stati 365.957 (pari al 7,7% del totale), di cui avevano una diagnosi principale (DPR) psichiatrica 3.215 casi (0,9%). Inoltre i dati sulla diffusione del fenomeno di consumo tra adolescenti mettono in luce un abbassamento dell’età di primo uso, che vede coinvolti minori sin dalla prima adolescenza.

Legge n.81 del 30/5/2014 (G.U. 125 del 31/5/2014) che ha prorogato la chiusura definitiva degli O.P.G a ”marzo 2015”.

DPCM del 1° aprile 2008

- la Regione Lazio ha avviato azioni, all’interno di un preciso quadro normativo, finalizzate al superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (O.P.G.). L’art. 3 ter della Legge n.9 del 17/2/2012 (GU n.42 del 20-2-2012) ha fissato le “Disposizioni per il definitivo superamento degli OPG”., mentre il D.M. del 1/10/2012 (G.U n.270 del 19/11/2012) ha definito le REMS (Residenze per l’Esecuzione delle Misure di Sicurezza) “strutture di esclusiva competenza sanitaria che esplicano funzioni terapeutico-riabilitative e socio riabilitative in favore di persone affette da disturbi mentali, autori di fatti che costituiscono reato, a cui viene applicata dalla Magistratura la misura di sicurezza detentiva del ricovero in Ospedale Psichiatrico Giudiziario”.

- Al fine di rendere possibile un adeguato governo e ed una corretta gestione clinica dei pazienti con patologia psichiatrica autori di reato, è stata stabilita a livello nazionale la necessità di incrementare le competenze dei professionisti dei servizi deputati a tale scopo.
- Infatti il DM del 1/10/2012 prevede: “Le Regioni adottano un piano di formazione del personale delle strutture sanitarie residenziali (...) mirato ad acquisire e a mantenere competenze cliniche, medico legali e giuridiche, con particolare attenzione ai rapporti con la Magistratura di Sorveglianza, specifiche per la gestione dei soggetti affetti da disturbo mentale autori di reato”.
- In questo quadro, la Regione con il DCA n.96 del 9/4/2013, all.3, ha realizzato due diverse azioni formative/informative rivolte primariamente al personale DSM del Lazio che si occupa della gestione dei pazienti ricoverati presso le nuove strutture sanitarie residenziali terapeutiche riabilitative dedicate alle Misure di Sicurezza Detentiva.

Ambiti di formazione

- Percorsi di formazione per il protocollo operativo per la prevenzione del suicidio in carcere
- Percorsi di formazione per gli operatori sanitari operanti su pazienti del circuito penale (fino a 25 anni di età)
- Percorsi di formazione per la presa in carico in carico e cura dei minori con problematiche legate all'uso di sostanza (con o senza psicopatologia in atto)
- Competenze specifiche delle équipes multi-professionali assunte per le REMS, con particolare riguardo ai rapporti con la Magistratura di Sorveglianza, ai rapporti con l'UEPE (Ufficio Esecuzione Penale Esterna).
- Sviluppare le competenze professionali e garantire l'aggiornamento continuo agli operatori delle REMS, dei dipartimenti di salute mentale, ivi compresi quelli impegnati nelle articolazioni sanitarie psichiatriche degli istituti penitenziari.

8. INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

Riferimenti

Patto per la Salute 2014-2016 - Art. 6 Assistenza socio sanitaria

- L'accesso alla rete integrata dei servizi sociosanitari avviene tramite un "punto unico" che indirizza il cittadino al percorso sociosanitario e socioassistenziale adeguato alle sue condizioni e necessità

Decreto del Commissario ad Acta 25.07.2014, n. U00247 avente come oggetto “Adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013 - 2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio”

Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della salute sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2014. Accordo, ai sensi dell'articolo 1, comma 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 62. (30 luglio 2015) - Linea progettuale 1 – Assistenza primaria

- implementare la diffusione di procedure di presa in carico unitarie e dei punti unici di accesso (PUA) presso i servizi territoriali;
- favorire il coinvolgimento del medico di medicina generale nel percorso di cura;

Ambiti di formazione

- PUA
- Piani di zona
- Integrazione tra i servizi sanitari, sociosanitari e sociali

9. QUALITÀ, SICUREZZA E RISCHIO

Riferimenti

Decreto del Commissario ad Acta 25.07.2014, n. U00247 avente come oggetto “Adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013 - 2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio”

Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Codice sito 4.10/2008/55 Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131

Art. 3 del D.L. 158/2012 convertito con modificazioni nella L.189/2012 sulla "Responsabilità professionale dell'esercente le professioni sanitarie"

Raccomandazioni ministeriali in materia di rischio clinico e sicurezza delle cure

Linee guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in sanità (2011) - Ministero della salute

Ambiti di formazione

- Appropriatelyzza
- Rischio clinico e sicurezza dei pazienti
- La responsabilità professionale
- La comunicazione degli eventi avversi (ai pazienti, ai familiari, comunicazione esterna)
- Carta dei servizi sanitari
- Audit clinico (strumenti per la qualità)

10. VALUTAZIONE E PROGRAMMAZIONE

Riferimenti

Decreto del Commissario ad Acta 25.07.2014, n. U00247 avente come oggetto "Adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013 - 2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio"

D.M. 19 Marzo 2015 – Aggiornamento della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private di cui al decreto 18 settembre 2002

D. Lgs 163/2006 "Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE" e D.P.R. 207/2010 - Regolamento di esecuzione ed attuazione

DGR 301/2008, suppl. ord. n. 77 al BUR Lazio n. 25 del 7 luglio 2008- P.Re.Val.E

Ambiti di formazione

- Programma Regionale Valutazione Esiti (P.Re.Val.E)
- La valutazione economica in sanità
- Aggiornamento della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private di cui al decreto 18 settembre 2002
- Aggiornamento in materia di "Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE" e regolamento di attuazione

Determinazione 16 dicembre 2015, n. G16052 - Gara Comunitaria Centralizzata a procedura aperta per l'acquisizione dell'infrastruttura tecnologica di gestione del servizio RECUP per la Regione Lazio e relativi servizi professionali. Approvazione atti e indizione gara CIG 6512929F05, ..(BUR n. 103 del 24.12.15)

Note

Viene indetta una gara ad evidenza pubblica a procedura aperta finalizzata all'acquisizione dell'infrastruttura tecnologica di gestione del servizio RECUP per la Regione Lazio e relativi servizi professionali all'acquisizione, con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa per la durata di 58 mesi e valore complessivo di euro 3.310.000,00 senza IVA, più 12 mesi di eventuale ripetizione del servizio ai sensi dell'art. 57, comma 5, lettera b) del D.Lgs 163/2006, e pertanto di approvare gli schemi degli atti di gara allegati alla presente:

- Disciplinare di gara
- Allegato 1 – Schema dichiarazioni amministrative
- Allegato 2 – Schema Offerta Economica
- Allegato 3 – Schema Contratto
- Allegato 4 - DUVRI

- Capitolato tecnico
- Allegato A- Livelli di servizio richiesti e penali
- Schema di Bando GURI
- Schema di Bando GUUE
- Estratto giornali

Vengono pubblicati gli atti di gara ai sensi della vigente normativa in materia, e di renderli visibili sul sito della Regione Lazio www.regione.lazio.it, rimandando a successivo provvedimento l'impegno di spesa per le necessarie pubblicazioni e per il pagamento del contributo gara dovuto all'Autorità Nazionale Anticorruzione;

Viene nominato responsabile del procedimento di gara la Direttrice Elisabetta Longo;

LAit – LAZIO innovazione tecnologica S.p.A. sosterrà le spese di gestione e di esecuzione del contratto che sarà stipulato a valle della aggiudicazione della gara e nominerà un Responsabile del Procedimento per la fase di esecuzione e/o un Direttore dell'Esecuzione del Contratto.

Determinazione 16 dicembre 2015, n. G15919 - Attivazione della Casa della Salute presso la struttura Presidio Polifunzionale Clauzetto. Ratifica Intesa tra Regione Lazio e Azienda USL Roma E. (BUR n. 103 del 24.12.15)

Note

Viene ratificata l'Intesa tra il Direttore della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria ed il Direttore Generale della Azienda USL Roma E, sottoscritta in data 15.12.2015, per l'attivazione della Casa della Salute presso la Struttura Presidio Polifunzionale Clauzetto, allegato n. 1 e parte integrante della presente Determinazione.

INTESA

“ATTIVAZIONE DELLA CASA DELLA SALUTE IN STRUTTURE AZIENDALI DIVERSE DA QUELLE IN RICONVERSIONE”

TRA

La Regione Lazio, con sede in Roma, Via Rosa Raimondi Garibaldi, 7 in persona del Direttore della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria Dott.ssa Flori Degrassi;

E

L'Azienda USL Roma E, con sede in Roma Via Borgo Santo Spirito n. 3 in persona del Direttore Generale Dott. Angelo Tanese;

Premesso che

con Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta n. U00039 del 20.3.2012 e s.m.i., si è provveduto, relativamente all'Assistenza Territoriale, alla ridefinizione e riordino dell'offerta assistenziale residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti, anche anziane e a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale;

con Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta n. U00099 del 15.6.2012, in ordine all'assistenza territoriale residenziale a persone non autosufficienti anche anziane (DPCA n. U0039/2012 e DPCA n. U0008/2011), sono stati approvati i documenti tecnici comparativi, relativamente alla corrispondenza tra tipologie di trattamento e nuclei assistenziali e relativi requisiti minimi autorizzativi;

con Decreto del Commissario ad Acta n. U00429 del 24.12.2012 si è provveduto ad approvare il documento “Stima di prevalenza della popolazione eleggibile e dei posti per l'Assistenza Domiciliare Integrata nella Regione Lazio, per persone non autosufficienti, anche anziane”, nonché ad uniformare alcune procedure tra cui il Piano di Assistenza Individuale;

con Decreto del Commissario ad acta n. U00431 del 24.12.2012 si è provveduto ad individuare le dimensioni e sottodimensioni fondamentali che necessitano di essere indagate nell'ambito di una valutazione multidimensionale, nonché a ridefinire gli ambiti, le funzioni e le procedure di detta valutazione;

- con Decreto del Commissario ad Acta n. U00428 del 4.10.2013 sono state approvate le “Raccomandazioni per la stesura degli Atti aziendali di cui al D.C.A. n. 206 del 2013, relativamente all'organizzazione delle Case della salute”, definendo le Linee Guida regionali per la realizzazione delle Case della Salute;
- con Decreto del Commissario ad Acta n. U00429 del 4.10.2013 sono state approvate le “Raccomandazioni per la stesura degli Atti aziendali di cui al D.C.A. n. 206 del 2013, relativamente all'organizzazione distrettuale”, definendo le Linee Guida regionali per la organizzazione distrettuale;
- con Decreto del Commissario ad Acta n. U00023 del 30.1.2014 si è proceduto ad integrare il punto n. 6, dell'Allegato 1 del Decreto del Commissario ad Acta n. U00428 del 4.10.2013, inserendo, nell'elencazione delle figure professionali che lavorano in equipe nella Casa della Salute, anche i dirigenti psicologi;
- con Decreto del Commissario ad Acta n. U00040 del 14.2.2014 sono stati approvati i documenti “Percorso attuativo delle Case della Salute – DCA 428/2013”, “Schema di Intesa Attivazione della Casa della Salute” e “Requisiti minimi autorizzativi – Casa della Salute”;
- con Decreto del Commissario ad Acta n. U00247 del 25.7.2014 si è proceduto alla definitiva adozione dei Programmi Operativi per 2013 – 2015;
- con Decreto del Commissario ad Acta n. U00251 del 30.7.2014 sono state adottate le Linee Guida per il Piano Strategico Aziendale 2014-2016;
- con Decreto del Commissario ad Acta n. U00259 del 6.8.2014 è stato approvato l'Atto di Indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio

si concorda quanto segue:

L'Azienda USL Roma E al fine di attivare una “Casa della Salute” presso la Struttura Presidio Polifunzionale Clauzetto, si impegna a:

1) presentare, entro 60 giorni dalla data della sottoscrizione della presente Intesa, il Programma attuativo, completo del crono programma e dell'indicazione delle risorse necessarie, che specifichi, in coerenza con il Decreto n. U00428 del 4.10.2013 e s.m.i., nonché con il Decreto del Commissario ad Acta n. U00040 del 14.2.2014, le caratteristiche della Casa della Salute che intende attivare, nell'ambito della configurazione prevista:

Funzioni di base

Area dell'Assistenza primaria:

- Assistenza primaria garantita da MMG e PLS;
- Attività specialistiche;
- Ambulatorio infermieristico;
- Attività di diagnostica strumentale di primo livello;

Area pubblica:

- Area dell'accoglienza;
- Sportello CUP;
- Punto Unico di Accesso;
- Area di sorveglianza temporanea;
- Area del volontariato e della mutualità;

ed eventualmente:

Moduli funzionali aggiuntivi:

- Area delle cure intermedie a gestione infermieristica;
- Centri territoriali per le demenze;
- Centri antiviolenza;
- Assistenza farmaceutica;
- Attività Fisica Adattata;
- Punto di Primo Intervento

nonché:

Area gestionale e funzionale:

Tale area può comprendere, a seconda delle dimensioni della Casa della Salute, gli uffici amministrativi, la zona degli spogliatoi ed eventualmente sale riunioni dedicate ed altri spazi, tra cui sedi di associazioni di volontariato.

2) presentare domanda di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento per tutte le attività sanitarie e socio-sanitarie previste dalla nuova configurazione della struttura adibita a "Casa della Salute", entro 60 giorni dalla sottoscrizione della presente Intesa, con le seguenti modalità:

- invio alla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria in triplice copia della documentazione prevista ai sensi dell'art. 8 Regolamento Regionale n. 2/2007, ivi inclusi:

(1) elenco dei documenti presentati;

(2) autodichiarazione ai sensi del DPR 445/2000 del rappresentante legale, attestante che le copie dei documenti allegati sono conformi a quanto inviato;

(3) copia della presente Intesa sottoscritta con la Regione Lazio;

(4) autorizzazione alla realizzazione da parte del comune territorialmente competente qualora prevista dalla L.R. 4/2003 e s.m.i.

La Regione Lazio, in virtù di quanto disciplinato dall'art. 9 del Regolamento Regionale n.2/2007, effettuata la verifica della completezza e della regolarità della richiesta, trasmette tutta la documentazione ricevuta al Direttore Generale nonché al Dipartimento di Prevenzione della ASL, individuata per le attività di verifica e controllo, ai sensi del Decreto del Commissario ad acta n. U00052/2013, in coerenza con quanto già previsto dal Decreto del Commissario ad Acta U00040/2012;

Le eventuali integrazioni documentali dovranno essere richieste direttamente dal Dipartimento di Prevenzione della Azienda ASL designata all'Azienda Asl istante, dandone contestualmente notizia anche alla Direzione Regionale Salute ed Integrazione Socio- Sanitaria;

I termini relativi alle verifiche aziendali e regionali, all'adozione dell'atto amministrativo da parte della Regione Lazio nonché i termini e le modalità di presentazione dell'eventuale piano di adeguamento, sono disciplinati dalla Legge Regionale n. 4/2003 e dal Regolamento Regionale n.2/2007.

La Regione Lazio si impegna a:

valutare la coerenza del Programma attuativo e del relativo cronoprogramma presentato dalla Azienda USL con la normativa vigente;

rilasciare il titolo autorizzativo, a seguito dell'esito positivo della verifica dei relativi requisiti;

finanziare, nel caso di interventi di natura edilizia e/o tecnologica che comportino la necessità di investimenti, l'intervento proposto, previa valutazione di congruità del progetto, del cronoprogramma e del piano finanziario dei lavori presentati dall'Azienda USL.

ADDENDUM

Il termine finale previsto per l'attivazione della Casa della Salute di cui alla presente Intesa è 31/03/2016 (Verbale della Riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza del 24.3.2015 e nella nota regionale prot. 363129 del 6.7.2015)

Roma, li 15 dicembre 2015

Per la Regione Lazio:

Il Direttore della Direzione regionale
Salute e Integrazione Socio Sanitaria
Dott.ssa Flori Degrassi

Per l'Azienda USL Roma E

Il Direttore Generale
Dott. Angelo Tanese

LIGURIA

DGR 27.11.15, n. 1303 - ASL 2 “Savonese” - Sperimentazione gestionale “Recupero della mobilità passiva extraregionale nella disciplina dell’ortopedia di elezione”. Presa d’atto delle risultanze della sperimentazione e provvedimenti conseguenti. (BUR n. 51 del 23.12.15)

Note

PREMESSA

L’Asl 2 “Savonese” con nota n. 146545 del 14.12.2010 ha presentato proposta di progetto di “sperimentazione gestionale”, approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 1138/2010, finalizzato all’attivazione di un Centro per il recupero della mobilità passiva ortopedica per i cittadini liguri (in particolare per quelli residenti nel territorio dell’Asl 2 “Savonese”) al fine della necessaria autorizzazione regionale.

La sperimentazione approvata con DGR n. 349/2013 ha una durata complessiva di nove anni decorrenti dal 12.7.2011 (inizio attività chirurgica 28.11.2011) e che nell’arco del primo triennio (28.11.2011-28.11.2014) è previsto il raggiungimento di un risultato di sicura rilevanza economica nel recupero delle fughe previste (art. 3 (*Sede e durata della sperimentazione*) Contratto Rep. n. 204/2013).

A conclusione del primo triennio di attività (28.11.2014), l’ASL n. 2 “Savonese” ha inviato in Regione Liguria, con nota n. 8635 del 22.10.2014, apposita relazione inerente i risultati raggiunti con la sperimentazione, ai fini dell’adozione dei provvedimenti di competenza, ai sensi di quanto disposto dall’art. 9bis, comma 3, D.lgs 502/92 e s.m.i.;

In relazione alla rilevanza giudiziaria e mediatica che ha assunto la suddetta sperimentazione pubblico-privata, la Regione Liguria ha ritenuto opportuno richiedere al Ministero della Salute (con nota n. 234189 del 10.12.2014 a firma del Segretario Generale della Giunta regionale), quale garante istituzionale, di individuare un soggetto terzo al quale affidare – sulla base della relazione predisposta dall’Asl 2 e dei dati e delle informazioni elaborati dall’ARS in ordine all’obiettivo fissato con la DGR n. 349/2013 – la verifica del conseguimento dei risultati, ai quali è subordinato il prosieguo della sperimentazione previa adozione dei conseguenti provvedimenti di Giunta.

A tutt’oggi dal Ministero della Salute non è pervenuta alcuna comunicazione in merito a tale richiesta, e l’Agenzia Regionale Sanitaria ha proceduto autonomamente alla redazione della propria relazione, trasmessa al Dipartimento Salute e Servizi Sociali con nota n. 10155 del 20.11.2015, concernente le risultanze della sperimentazione gestionale per il recupero della mobilità passiva extraregionale in chirurgia ortopedica, allegato al presente provvedimento sotto la lettera “A” per farne parte integrante e sostanziale;

LA DISPOSIZIONE

Viene preso atto della relazione formulata dall’Agenzia Regionale Sanitaria trasmesso con nota n. 10155 del 20.11.2015 in merito alle risultanze della sperimentazione gestionale per il recupero della mobilità passiva extraregionale in chirurgia ortopedica, allegato al presente provvedimento sotto la lettera “A” per farne parte integrante e sostanziale, dalla quale emerge il mancato raggiungimento dell’obiettivo principale, come meglio specificato nelle premesse;

(allegato omesso)

LOMBARDIA

L.R. 22.12.15 - n. 41 - Ulteriori modifiche al Titolo I della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità) e modifiche alla legge regionale 11 agosto 2015, n. 23 (Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”) (BUR n. 52 del 24.12.15)

:Art. 1

(Ulteriori modifiche al Titolo I della l.r. 33/2009)

1. Al Titolo I della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità), come modificato dalla legge regionale 11 agosto 2015, n. 23 (Evoluzione del

sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”), sono apportate le seguenti ulteriori modifiche:

- a) la rubrica del Titolo I è sostituita dalla seguente: «*Norme sul servizio sanitario, sociosanitario e sociale regionale integrato lombardo*»;
- b) al comma 1 dell’articolo 1, le parole «sistema sanitario, sociosanitario e sociale integrato lombardo, di seguito denominato sistema sociosanitario lombardo» sono sostituite dalle seguenti: «*servizio sanitario, sociosanitario e sociale regionale integrato lombardo, di seguito denominato servizio sociosanitario lombardo*»;
- c) alla lettera c) del comma 5 dell’articolo 4 bis, al primo periodo del comma 2 dell’articolo 7, alla rubrica e al comma 1 dell’articolo 11, alla rubrica e ai commi 1, 6 e 7 dell’articolo 14, alla rubrica dell’articolo 17, al punto 4 della lettera e) del comma 1 dell’articolo 27, la parola «sistema» è sostituita dalla seguente: «*servizio*»;
- d) alla rubrica e al primo periodo del comma 6 dell’articolo 17 bis, le parole «sistema sociosanitario lombardo» sono sostituite dalle seguenti: «*servizio sociosanitario lombardo*»;

Comunicato regionale 23 dicembre 2015 - n. 185 - Designazione del rappresentante regionale nel collegio sindacale dell’agenzia di promozione del sistema sociosanitario lombardo. (BUR n. 53 del 29.12.15)

IL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA
COMUNICA

che, ai sensi delle leggi sotto riportate, il Consiglio regionale deve procedere alla indicazione di un componente del Collegio sindacale dell’Agenzia di promozione del sistema sociosanitario lombardo.

Legge 23 dicembre 2014, n.190 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato «legge di stabilità 2015»), art.1, comma 574.

Legge regionale 30 dicembre 2009, n.33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità), come modificata dalla legge regionale 11 agosto 2015, n.23 (Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n.33 «Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità»).

Durata incarico: tre anni.

Requisiti: i candidati devono essere in possesso dei requisiti professionali previsti dall’articolo 5 della legge regionale 4 dicembre 2009, n.25 (Norme per le nomine e designazioni di competenza del Consiglio regionale) e, in particolare, dell’iscrizione nel registro dei revisori legali di cui al decreto legislativo 27 gennaio 2010, n.39 (Attuazione della direttiva 2006/43/CE, relativa alle revisioni legali dei conti annuali e dei conti consolidati, che modifica le direttive 78/660/CEE e 83/349/CEE e che abroga la direttiva 84/253/CEE), nonché dei requisiti prescritti dalle norme che disciplinano l’ente interessato.

Le candidature possono essere proposte dalla Giunta regionale, dai consiglieri regionali, dagli ordini e collegi professionali, da associazioni, enti pubblici o privati operanti nei settori interessati, organizzazioni sindacali, fondazioni o da almeno cento cittadini iscritti nelle liste elettorali dei comuni della Lombardia.

Le proposte di candidatura presentate da altri soggetti non legittimati – così come le autocandidature – sono inammissibili.

Le proposte di candidatura, indirizzate al Presidente del Consiglio regionale, devono pervenire, a pena di inammissibilità, entro la scadenza di venerdì 15 gennaio 2016 – ore 12.00

Le proposte di candidatura in originale devono pervenire al Consiglio regionale in uno dei seguenti modi:

- 1) consegna al protocollo generale del Consiglio regionale, via G.B.Pirelli, 12 – 20124 Milano (da lunedì a giovedì, ore 9.00 – 12.00 e ore 14.00 - 16.30, al venerdì ore 9.00 – 12.00);

2) **tramite raccomandata con avviso di ricevimento**, indirizzata a Consiglio regionale della Lombardia – UO Lavori d’Aula e Nomine – via Fabio Filzi n.22 – 20124 Milano;

3) **tramite posta elettronica certificata nominativa (PEC) – in formato .pdf** – al seguente indirizzo: protocollo.generale@pec.consiglio.regione.lombardia.it.

Ogni proposta di candidatura, sottoscritta dal proponente, include una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, ai sensi dell’articolo 47 del DPR 445/2000, con la quale il candidato, attestandone la veridicità e completezza, dichiara:

- a) i dati anagrafici completi e la residenza;
- b) il titolo di studio;
- c) i rapporti intercorrenti o precorsi con la Regione e gli enti da essa dipendenti;
- d) la disponibilità all’accettazione dell’incarico;
- e) l’inesistenza di alcuna delle condizioni di cui all’art.7 del decreto legislativo 31 dicembre 2012, n.235, che costituiscono cause di incandidabilità;
- f) l’inesistenza di alcuna delle condizioni di cui all’art.7 della l.r.25/2009, che costituiscono cause di esclusione;
- g) la propria situazione in merito alle cause di incompatibilità o conflitti di interesse con l’incarico in oggetto, ai sensi degli artt.8 e 9 della l.r.25/2009;
- h) l’iscrizione nel registro dei revisori legali.

Devono essere allegati:

- 1) il curriculum professionale in formato europeo, datato e sottoscritto, includente l’elenco delle cariche pubbliche e degli incarichi presso società a partecipazione pubblica e presso società private iscritte nei pubblici registri, ricoperti alla data di presentazione della candidatura e almeno nei 5 anni precedenti, nonché gli specifici requisiti richiesti per la nomina;
- 2) fotocopia del documento di identità in corso di validità.

Le candidature prive o carenti della documentazione prescritta sopra indicata sono dichiarate inammissibili. È fatto salvo quanto previsto dall’art.3, comma 6, della l.r.25/2009, circa la possibilità di integrare la documentazione incompleta.

Per quanto non espressamente indicato nel presente comunicato si fa comunque rinvio alla l.r.25/2009, nonché alle norme vigenti e all’ordinamento che disciplina l’ente interessato.

Gli incarichi di cui alla legge regionale 25/2009 non sono cumulabili e l’accettazione della nuova nomina o designazione comporta la decadenza dall’incarico ricoperto, **fatta salva la possibilità di cumulo di due incarichi di componente di collegio sindacale o di revisore legale** (art.10, comma 3).

Per agevolare la presentazione delle proposte di candidatura può essere utilizzato il modulo disponibile presso la U.O.Lavori d’Aula e Nomine – Via Fabio Filzi n.22 – 20124 Milano – telefono 02/67482.491 – 496 – 758, ove è altresì possibile ottenere informazioni relative alle nomine.

Il presente comunicato è pubblicato sul sito del Consiglio regionale della Lombardia (<http://www.consiglio.regione.lombardia.it/bandi-aperti>), mentre il modulo da utilizzare per proporre una candidatura può essere scaricato nella sezione relativa alle nomine del sito medesimo (<http://www.consiglio.regione.lombardia.it/modulistica>).

PIEMONTE

DGR 23.11.15, n. 50-2484 - Riorganizzazione e razionalizzazione della rete dei Laboratori di Analisi. Prime indicazioni alle Aziende Sanitarie Regionali per il consolidamento delle analisi ad elevata automazione. (BUR n. 50 del 17.12.15)

Note

Viene approvato il documento di cui all’allegato A che del presente provvedimento è parte integrante e sostanziale (a cui si rinvia), con il quale si formulano indicazioni per l’attuazione

dell'obiettivo inerente il consolidamento della diagnostica ad elevata automazione di cui alla DGR n. 11-5524 del 14.3.2013, nonché al Piano Operativo 2013-2015.

DGR 23.11.15, n. 51-2485 - Individuazione dei Centri Hub e avvio della ridefinizione delle attribuzioni dei Centri autorizzati alla prescrizione dei farmaci oncologici sottoposti a Registro AIFA, nell'ambito del Dipartimento della Rete Oncologica del Piemonte della Valle d'Aosta. Recepimento dell'Intesa 144/CSR del 30.11.2014 e attuazione, delle disposizioni di cui al D.M. 70/15 (per le attività di Rete Oncologica) e della DIR.2011/24/EU. (BUR n. 50 del 17.12.15)

Note

Viene approvata l'identificazione dei Centri Hub della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, per le singole patologie tumorali, così come dettagliato all'Allegato A, parte sostanziale ed integrante della presente deliberazione (a cui si rinvia).

DGR 23.11.15, n. 63-2496 - Approvazione del bilancio di esercizio 2014 della Gestione Sanitaria Accentrata, ai sensi del Decreto Legislativo 23 giugno 2011, n. 118 e successive modifiche ed integrazioni. (BUR n. 50 del 17.12.15)

DGR 23.11.15, n. 64-2497 - Recepimento dell'Accordo Stato Regioni del 30/07/2015, relativo all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del PSN per l'anno 2014, ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34 bis della L. 23/12/96 n. 662 e s.m.i.. Approvazione delle schede di progetto relative alle risorse vincolate per l'anno 2014 assegnate con DGR 38/2014 e rendicontazione dei progetti anno 2013. (BUR n. 50 del 17.12.15)

Note

Viene recepito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, rep. atti n. 126/CSR del 30 luglio 2015, con il quale sono state definite, per l'anno 2014, le linee progettuali per l'utilizzo, da parte delle Regioni, delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2014.

Viene approvato il Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2014, allegato al presente provvedimento, che ne costituisce parte integrante e sostanziale, composto dalle schede relative a ciascuna linea progettuale coerente con quanto assegnato agli Enti del SSR con la DGR n.38-812 del 22 dicembre 2014 (Allegato 1 – Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2014), a cui si rinvia.

Le risorse indicate in ciascuna scheda, allegato al presente provvedimento, che ne costituisce parte integrante e sostanziale (a cui si rinvia), sono state assegnate agli Enti del SSR con la DGR n.38-812 del 22 dicembre 2014 (Allegato 2 – Prospetti riepilogativo riparto fondo anno 2014) (a cui si rinvia).

Vengono rimodulate le risorse assegnate alla linea progettuale 1 "Interventi per il riassetto organizzativo e strutturale della rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale – Farmacia dei servizi" di cui alla DGR n. 17/7578 del 12 maggio 2014, in coerenza con gli obiettivi dei Programmi operativi approvati ed alla spesa sostenuta nell'esercizio 2013 dagli Enti del SSR.

Viene approvata la relazione illustrativa dei risultati raggiunti, per singolo progetto, nell'anno precedente e degli stati di avanzamento per i progetti pluriennali, allegata al presente provvedimento che ne costituisce parte integrante e sostanziale (Allegato 3 – Relazione illustrativa dei risultati raggiunti nel Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2013 (a cui si rinvia).;

Gli Enti del SSR di cui all'Allegato 2 del presente provvedimento (a cui si rinvia), destinatari della quota di fondo vincolato, trasmettono ai settori regionali competenti così come indicati nell'Allegato 1, la rendicontazione dei costi sostenuti e contabilizzati nel bilancio d'esercizio 2014 per lo svolgimento delle attività relative alle linee progettuali e la relazione sull'attività svolta nel 2014, entro il 31 dicembre 2015.

DD 13.10.15, n. 649 - Approvazione dello schema di Convenzione proposto dall'AIFA e stipula della Convenzione stessa tra l'Agenzia Italiana del Farmaco e la Regione Piemonte in materia di farmacovigilanza. (BUR n. 51 del 23.12.15)

Note

Viene approvato lo schema tipo di convenzione proposto dall'AIFA e di stipulare con l'AIFA la Convenzione, a norma dell'articolo 1, comma 819, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, per la realizzazione in Regione Piemonte dei progetti multiregionali di farmacovigilanza, illustrati nei tre allegati tecnici, parte integrante della Convenzione stessa (a cui si rinvia).

A copertura delle spese inerenti il programma di farmacovigilanza di cui trattasi, la Regione riceverà dall'AIFA la somma di € 583.638,90.

PUGLIA

DGR 30.11.15, n. 2087 - Intesa (Rep. Atti n. 32/CSR del 19 febbraio 2015), ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie. Recepimento ed istituzione Organismo tecnicamente accreditante. (BUR n. 160 del 16.12.15)

Note

Viene recepita l'intesa sancita dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome (Rep. Atti n. 32/CSR del 19 febbraio 2015), ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie, il cui testo costituisce parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, ed in particolare:

- il documento recante "Cronoprogramma adeguamenti della normativa delle Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano inerente i criteri ed i requisiti contenuti nel documento tecnico di cui all'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti. n. 259/CSR)", di cui all'Allegato A della predetta Intesa;

- il documento recante "Criteri per il funzionamento degli Organismi "tecnicamente" accreditanti ai sensi della Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012, di cui all'Allegato B della predetta Intesa. Viene istituito, presso la Sezione Programmazione, Assistenza Territoriale e Prevenzione (PATP), l'Organismo tecnicamente accreditante, al quale, nel pieno rispetto dei principi di autonomia, terzietà e imparzialità nei confronti sia dell'organo amministrativo accreditante (Dirigente della Sezione Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica e Accreditemento - PAOSA) che delle strutture da accreditare, spetta il compito, nell'ambito del processo di accreditamento, della gestione delle verifiche e dell'effettuazione della valutazione tecnica necessaria ai fini del rilascio del provvedimento di accreditamento.

Viene istituito un Tavolo Tecnico regionale per la revisione degli atti regolamentari e l'adeguamento dei requisiti di cui all'Allegato A) della predetta Intesa, così composto:

- Dirigente della Sezione Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica e Accreditemento (PAOSA), Dott. Giovanni Campobasso, con funzioni di coordinatore;
- Dirigente del Servizio Assistenza Territoriale, Psichiatria e Dipendenze Patologiche - Sezione PATP, Dott.ssa Maria De Palma;
- Dirigente del Servizio Accreditementi - Sezione PAOSA, Dott. Mauro Nicastro;
- Responsabile A.P. del Servizio Accreditementi - Sezione PAOSA, Avv. Felice Altamura;
- Responsabile A.P. del Servizio Accreditementi - Sezione PAOSA, Avv. Paolo Scagliola;
- Responsabile A.P. del Servizio Organizzazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica - Sezione PAOSA, Dott. Vito Carbone;
- Responsabile A.P. del Servizio Organizzazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica - Sezione PAOSA, Dott.ssa Elena Memeo;
- Responsabile A.P. del Servizio Organizzazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica - Sezione PAOSA, Dott.ssa Antonella Caroli;

- Responsabile dell'Organismo tecnicamente accreditante;
- Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione delle AA.SS.LL. o loro delegati;

Il Tavolo tecnico di cui innanzi, qualora ne preveda la necessità, potrà individuare e far intervenire ai lavori altre professionalità;

La partecipazione ai lavori del Tavolo tecnico non dà diritto ad alcun compenso né rimborso spese;

DGR 30.11.15, n. 2089 - Linee guida per la uniforme applicazione sul territorio Regionale dei patti e dei principi di cui agli Accordi Contrattuali da sottoscrivere con le strutture private accreditate - co. 2 art. 8 quinquies del D.L.vo n. 502/92, così come modificato dalla L. 133/2008 - Modifica DGR 1500/2010. (BUR n. 160 del 16.12.15)

Note

Viene approvata la griglia allegata al presente provvedimento sotto la lettera B) per formarne parte integrante e sostanziale, che modifica ed integra quella approvata con DD.GG.RR. n. 2671/2009 e n. 1500/2010.

DGR 30.11.15, n. 2100 - Approvazione schema di convenzione "in materia di farmacovigilanza a norma dell'art. 1, comma 819, della legge 27/12/2006, n. 296 avente ad oggetto l'erogazione della quota del 30% dei fondi disponibili per gli anni 2010 e 2011, destinati alle regioni per le attività di farmacovigilanza, per la realizzazione dei progetti regionali, in attuazione dell'accordo stato regioni del 26 settembre 2013". (BUR n. 160 del 16.12.15)

Note

Viene approvato lo schema di convenzione: "in materia di farmacovigilanza a norma dell'art.1, comma 819, della legge 27 dicembre 2006, n.296 avente ad oggetto l'erogazione della quota del 30% dei fondi disponibili per gli anni 2010 e 2011, destinati alle regioni per le attività di farmacovigilanza, per la realizzazione dei progetti multiregionali, in attuazione dell'accordo stato regioni del 26 settembre 2013" tra l'agenzia italiana del farmaco e la regione puglia, allegato "a" parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

DGR 30.11.15, n. 2132 - Istituzione ed organizzazione della Rete Regionale Donatori di Midollo Osseo ai sensi dell'Accordo Stato - Regioni Rep. Atti n. 57/CSR del 29/04/2010. (BUR n. 160 del 16.12.15)

Note

Viene istituita la "Rete Regionale Donatori di Midollo Osseo" di cui all'allegato "A" che, composto di n. 1 (uno) foglio, risulta parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, individuando i "Poli di reclutamento" e i "Centri donatori"(con le relative afferenze) presso i Servizi Trasfusionali Accreditati ed individuando presso l'Azienda Ospedaliera Policlinico Consorziiale di Bari e l'IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" i "Centri di tipizzazione tessutale", di cui al punto c) del presente schema di provvedimento (con le relative afferenze). I Servizi Trasfusionali facenti parte della suddetta Rete ed individuati nell'allegato "A" del presente provvedimento possono esercitare l'attività in questione previa:

- comunicazione alla Sezione PAOSA - Servizio Organizzazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica - CRAT del possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente in materia;
- nel caso di assenza dei requisiti richiesti dall'Accordo Stato - Regioni del 29/04/2010, comunicazione dell'avvenuto adeguamento che, ad ogni modo, dovrà avvenire entro e non oltre 6 (sei) mesi dall'entrata in vigore del presente provvedimento.

Per quanto attiene il trasporto, entro due mesi dall'adozione del presente provvedimento, come per la Rete trasfusionale, anche per la "Rete Regionale Donatori di Midollo Osseo" si adottano le medesime procedure previste dalla normativa vigente in materia, al fine di garantire un corretto trasporto dei campioni dal Centro Donatori al Centro di Tipizzazione Tessutale, secondo procedure

condivise fra i predetti centri. I Centri Donatori, verificata la compatibilità con il ricevente, rilascino al donatore l'attestazione utile al riconoscimento dell'esenzione Ticket codice T01, ai sensi del Decreto Legislativo n. 124/98, art. 1, comma 5, lettera c). Il monitoraggio dell'attività della "Rete Regionale Donatori di Midollo Osseo", nonché la gestione dei finanziamenti Ministeriali dell'attività di cui trattasi sarà svolto dal Coordinamento Regionale Attività Trasfusionali (CRAT), secondo le modalità che verranno determinate con successiva circolare.

SICILIA

DASS 9.12.15 - Disposizioni inerenti alle prescrizioni di medicinali. (BUR n. 54 del 24.12.15)

Art. 1

Al fine di migliorare il monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche e semplificare l'iter prescrittivo, qualora non sia possibile l'erogazione del primo ciclo di terapia immediatamente successivo al ricovero o a seguito di visita specialistica, gli specialisti di cui al punto 1 dell'allegato A al D.A. 12 agosto 2010, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 38 del 27 agosto 2010, devono consegnare agli utenti prescrizioni in modalità dematerializzata o su ricettario SSN, per i medicinali concedibili con oneri a carico del SSN di nuova prescrizione.

La prescrizione effettuata deve contenere una sola confezione per tipologia di specialità medicinale, fatta eccezione per gli antibiotici monodose e per i farmaci soggetti a piano terapeutico, per i quali è possibile prescrivere il numero massimo di confezioni previsto per ricetta dalla normativa vigente.

Art. 2

Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta, cui viene richiesta la prescrizione di farmaci indicati dallo specialista e non prescritti su ricetta SSN né erogati come primo ciclo di terapia, segnala all'ASP di residenza del paziente l'inadempienza riscontrata ed effettua la prescrizione ove condivisa, se sussistono le condizioni per porre gli oneri a carico del SSN.

Art. 3

I direttori generali delle aziende sanitarie provinciali devono provvedere ad effettuare il puntuale monitoraggio delle prescrizioni di cui all'articolo 1 e, in caso di riscontro di una inadempienza, danno tempestiva comunicazione all'azienda/struttura di appartenenza dello specialista inadempiente, affinché quest'ultima provveda ad adottare i provvedimenti consequenziali fornendo adeguata informazione a questo Assessorato.

Qualora l'inadempienza sia imputata ad uno specialista della propria azienda sanitaria, il direttore generale provvede direttamente ad adottare i provvedimenti consequenziali dandone comunicazione a questo Assessorato.

Art. 4

I direttori generali delle aziende ospedaliere devono provvedere a fornire, con cadenza mensile, ai Dipartimenti del farmaco l'elenco riportante l'assegnazione del ricettario con il relativo riferimento del clinico cui è stato consegnato.

Art. 5

Le disposizioni di cui all'articolo 1 entrano in vigore a far data dall'1 febbraio 2016. Il presente decreto verrà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana e sarà trasmesso al responsabile del procedimento di pubblicazione dei contenuti nel sito istituzionale dell'Assessorato della salute ai fini dell'assolvimento dell'obbligo di pubblicazione.

Palermo, 9 dicembre 2015.

GUCCIARDI

CIRCOLARE 9 dicembre 2015, n. 13 - Circolare esplicativa delle modalità applicative del D.A. n. 2234 del 9 dicembre 2015, recante "Disposizioni inerenti alle prescrizioni di medicinali". (BUR n. 54 del 24.12.15)

AI DIRETTORI GENERALI DELLE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE SICILIANA
AGLI ORDINI PROVINCIALI DEI MEDICI

Il decreto assessoriale n. 2234 del 9 dicembre 2015 ha introdotto l'obbligo per gli specialisti di cui all'Allegato A del D.A. 12 agosto 2010, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 38 del 27 agosto 2010, di consegnare agli utenti prescrizioni in modalità dematerializzata o su ricettario SSN, per i medicinali concedibili con oneri a carico del SSN di nuova prescrizione, qualora non sia possibile l'erogazione del primo ciclo di terapia immediatamente successivo al ricovero o a seguito di visita specialistica.

Si precisa che le condizioni in cui non è possibile erogare il primo ciclo di terapia sono esclusivamente quelle relative alle dimissioni effettuate in giornate o ad orari in cui il servizio di farmacia non è attivo, oppure nei casi, documentati, in cui la farmacia non dispone del medicinale prescritto.

Inoltre, ai sensi del D.A. n. 15/14 dell'8 gennaio 2014, con il quale è stato approvato l'accordo per la distribuzione dei farmaci inclusi nel PHT, si ribadisce che non si deve attivare il I ciclo dopo visita ambulatoriale per i farmaci A PHT.

Pertanto, nei casi sopra descritti di impossibilità ad effettuare il I ciclo di terapia, le prescrizioni a carico del S.S.N. da parte degli specialisti devono essere coerenti ai criteri di appropriatezza, alle schede tecniche dei medicinali, alle note AIFA di riferimento, ove previste, ai provvedimenti autorizzativi specifici di ciascun medicinale, nonché alle disposizioni derivanti da provvedimenti nazionali e regionali vigenti, al Prontuario terapeutico ospedaliero regionale (PTORS), alla definizione della diagnosi e piano terapeutico e, comunque, all'osservanza delle condizioni e limitazioni di cui ai relativi provvedimenti autorizzativi.

La prescrizione deve contenere una sola confezione gli antibiotici monodose.

In caso di farmaci soggetti a piano terapeutico, qualora non sia possibile l'erogazione del primo ciclo di terapia, così come sopra descritto, lo specialista rilascia la prescrizione in modalità dematerializzata o su ricettario SSN, ed un numero di copie del piano terapeutico corrispondente alle ricette SSN necessarie per il completamento della terapia prevista dal piano.

Ad esempio:

specialità medicinale 28 cpr - durata PT 6 mesi – 1 cpr/die.

Lo specialista redigerà una ricetta SSN o de materializzata contenente una confezione e 4 copie (con timbro e firma in originale) del PT, di cui 2 valide per una confezione e due valide per due confezioni.

Si ricorda che, nel caso in cui lo specialista ritenga di proporre o suggerire terapie relative a farmaci per indicazioni terapeutiche non ammesse a carico del SSN è tenuto ad informare il paziente o chi per esso della non concedibilità, annotando di proprio pugno sulla ricetta la scritta "farmaco a carico dell'assistito, non a carico del SSN".

Appare doveroso ribadire che i direttori generali delle aziende sanitarie provinciali devono provvedere ad effettuare il puntuale monitoraggio delle prescrizioni di cui all'articolo 1 e, in caso di riscontro di una inadempienza, forniscono tempestiva comunicazione all'Azienda/struttura di appartenenza dello specialista inadempiente, affinché quest'ultima provveda ad adottare i provvedimenti conseguenziali fornendo adeguata informazione al servizio 7 Farmaceutica del Dipartimento per la pianificazione strategica di questo Assessorato. Qualora l'inadempienza sia imputata ad uno specialista della propria azienda sanitaria, il direttore generale provvede direttamente ad adottare i provvedimenti conseguenziali dandone comunicazione al servizio 7 Farmaceutica di questo Assessorato.

Le disposizioni contenute nella presente circolare produrranno i propri effetti dall'entrata in vigore del D.A. n. 2234 del 9 dicembre 2015.

L'Assessore: GUCCIARDI

VENETO

DGR 1.12.15, n. 1739 - Definizione dei valori minimi di riferimento per il personale di assistenza del comparto dedicato alle aree di degenza ospedaliera. art. 8 comma 1 della l.r. 29 giugno 2012, n. 23. DGR n.610/2014 - estensione del periodo transitorio. (BUR n. 118 del 18.12.15)

Note

Con la DGR n. 610 del 2014, in attuazione delle disposizioni contenute nel PSSR 2012-2016, sono stati determinati i valori minimi di riferimento per la misurazione dell'assistenza ai degenti da parte del personale infermieristico e degli operatori sociosanitari nelle aree di degenza dei presidi ospedalieri della Regione Veneto.

La DGR citata prevedeva che i livelli assistenziali sarebbero stati oggetto di monitoraggio e osservazione periodica, al fine di verificare il posizionamento delle aziende sanitarie del SSR rispetto ai valori fissati, dando l'indicazione di istituire a tale scopo un osservatorio regionale e degli osservatori a livello aziendale con la partecipazione delle organizzazioni sindacali del comparto. Nel contempo, al fine di favorire l'introduzione di nuovi modelli organizzativi e assistenziali coerenti con i valori proposti, prevedeva un periodo transitorio per dare modo alle aziende sanitarie del SSR e alle strutture private accreditate di dare piena attuazione alle previsioni, da completare entro il 31 dicembre 2015.

La DGR in parola prevedeva in particolare che i valori minimi fissati diventassero riferimento per valutare l'adeguatezza di personale nell'ambito delle procedure previste dalla L.R. n.22/2002 "Autorizzazione e Accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali" a partire dal 1° gennaio 2016.

Nel corso del 2014, considerato che il monitoraggio e l'osservazione periodica dei dati risultano fondamentali per una corretta lettura degli stessi, l'Area Sanità e Sociale ha ritenuto di implementare un applicativo informatico per la rilevazione dei valori di riferimento unico su base regionale. L'applicativo, costruito in collaborazione con le aziende del SSR, garantisce inoltre la possibilità di attivare un confronto sistematico e costituisce strumento strategico di analisi organizzativa sia a livello regionale che aziendale.

Nel corso del 2015 i valori minimi di riferimento sono stati oggetto di valutazione e analisi approfondita al fine di verificare la sostenibilità della metodologia di misurazione e il posizionamento delle aziende rispetto ai valori fissati a livello regionale. L'analisi dei dati relativi al primo trimestre 2014 e al corrispondente trimestre del 2015 ha permesso di disporre di dati omogenei e confrontabili, di definire "classi" di attività in relazione al ruolo dei singoli presidi e ai volumi di attività erogata. D'altra parte l'esame dei dati ha evidenziato alcune criticità tipiche di rilevazioni complesse nonché la necessità di affinare il metodo di rilevazione e di computo alla luce di talune tipicità tecnico-organizzative aziendali. Inoltre per talune aree omogenee individuate dalla DGR n. 610/2014 si è evidenziata l'opportunità di un'analisi maggiormente approfondita. In particolare in "area chirurgica" occorre affiancare all'esame dei dati rilevati una riflessione sull'elevato *turnover* di pazienti. Per quanto riguarda l'"area pediatrica" il dato rilevato dimostra eccessiva variabilità, soprattutto a livello di ospedali *spoke*, con presenze medie piuttosto basse. Pertanto, si ritiene opportuno procedere con un'analisi maggiormente approfondita dei dati delle unità operative di pediatria che tenga conto, oltre che dell'attività di degenza ordinaria, anche di tutte le altre attività svolte dal *team* assistenziale. Con riferimento all'"area semintensiva" si manifesta la necessità di definire puntualmente le attività nella stessa ricomprese.

In ottica di trasparenza e condivisione dei risultati dell'analisi in data 12 novembre 2015 si è riunito l'osservatorio regionale previsto dalla DGR n.610/2014 con la partecipazione delle organizzazioni sindacali e della rappresentanza professionale. Durante l'incontro sono stati condivisi gli aspetti tecnico-organizzativi e metodologici delle rilevazioni nonché la necessità di effettuare gli ulteriori approfondimenti, estendendo a tutto l'anno 2016 il periodo transitorio.

In data 20 novembre 2015 analogo incontro di analisi e condivisione ha avuto luogo con le aziende del SSR.

Viene preso atto dell'attività di monitoraggio e osservazione dei livelli assistenziali nelle unità operative di degenza effettuata nel corso del 2014 e del 2015, si estende a tutto il 2016 la fase transitoria per consentire di ripetere la rilevazione ed effettuare i necessari approfondimenti

DGR 9.12.15, n. 1787 - Adesione al progetto e approvazione dello schema di convenzione programma 2014 del centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (ccm) "prevenzione delle malattie a trasmissione vettoriale sviluppo e implementazione pilota di strumenti di supporto operativo". codice unico di progetto cup e35i15000000001. (BUR n. 121 del 24.12.15)

Note

Si aderisce al progetto ccm 2014 "prevenzione delle malattie a trasmissione vettoriale sviluppo e implementazione pilota di strumenti di supporto operativo", e si approva lo schema di convenzione che regola i rapporti per la realizzazione dello stesso tra la regione del veneto e la regione Emilia Romagna.

DGR 9.12.15, n. 1791 - Programma di assistenza sanitaria per ragioni umanitarie presso le aziende e gli enti del servizio socio-sanitario regionale del veneto - anno 2015. articolo 32, comma 15, della legge 27 dicembre 1997, n. 449. (BUR n. 121 del 24.12.15)

Note

Si approva anche per l'anno 2015 il programma di assistenza sanitaria per ragioni umanitarie del servizio socio-sanitario regionale, a favore di cittadini di paesi non appartenenti all'unione europea, i quali necessitano di prestazioni sanitarie non effettuabili nei loro paesi d'origine per carenza di strutture sanitarie adeguate o di personale medico in possesso di specializzazioni appropriate agli interventi richiesti. si determina in euro 350.000,00 l'importo massimo delle relative obbligazioni di spesa.

SINDACATI

D G R 9.12.15, n. 2206 - Protocollo d'intesa tra regione Puglia e CGIL, CISL e UIL regionali. Ratifica.

Note

PREMESSA

Il contesto economico attuale del Mezzogiorno è considerato in generale sofferenza e dentro questo quadro generale, che riguarda il Paese, c'è il tema dell'economia pugliese con le sue difficoltà, ma al contempo con una serie di indicatori positivi in controtendenza rispetto al resto del Mezzogiorno. Ciò si integra con problematiche contingenti che impattano sul complessivo sistema politico-economico in cui la Regione opera, quali ad esempio la riorganizzazione sulle autonomie locali e la riduzione del trasferimenti delle risorse finanziarie.

LA PARTECIPAZIONE

In tale quadro, un modello partecipativo e condiviso di orientamento delle scelte politiche e di programmazione rappresenta la leva migliore per affrontare incisivamente tematiche che riguardano la vita del cittadini, la creazione di sviluppo sostenibile, il contrasto alle povertà, un'offerta socio-sanitaria adeguata ai bisogni delle fasce più disagiate.

IL RUOLO DEL SINDACATO

Le relazioni sindacali sono, pertanto, lo strumento più opportuno al fine di condividere obiettivi che mirano a sostenere l'occupazione, valorizzare la ricerca, l'innovazione dei sistemi produttivi, nonché favorire buone pratiche di legalità.

IL PROTOCOLLO D'INTESA

In data 12 novembre 2015 il Presidente ha sottoscritto con le confederazioni di ambito regionale CGIL, CISL e UIL un protocollo d'intesa che prevede il coinvolgimento delle suddette sigle sindacali nella programmazione strategica della Regione Puglia, in funzione del comune obiettivo della buona occupazione in un contesto di sviluppo economico.

Il protocollo, in particolare, prevede il coinvolgimento dei sindacati al fine di rilanciare la funzione degli strumenti di programmazione strategica quali il Piano regionale di sviluppo e di rafforzare il dialogo sociale tra Enti locali e le rispettive rappresentanze territoriali.

A tal fine, è stata individuata una Cabina di regia che sarà il luogo di concertazione e di approfondimento delle tematiche ritenute di particolare rilevanza.

La ratifica del predetto Accordo è la condizione preliminare per porre in essere i conseguenziali adempimenti, atti alla strutturazione delle attività a carico della Cabina di regia.

LA RATIFICA

Viene ratificato l'operato del presidente e, per l'effetto, fare propri i contenuti del Protocollo d'intesa, allegato al presente atto, sottoscritto con le confederazioni regionali di CGIL, CISL e UIL al fine di rafforzare le relazioni sindacali nel comune obiettivo di delineare scelte programmatiche strategiche di rilievo socio-economico nel territorio pugliese.

Vengono impegnate le strutture assessorili, per quanto di rispettiva competenza, ad implementare l'attività della Cabina di Regia confederate prevista dal Protocollo.

TUTELA DEI DIRITTI

LIGURIA

DGR 23.11.15, n. 1289 - L.R. 12/2007 - "Interventi di prevenzione della violenza di genere a sostegno delle donne e dei minori vittime di violenza"- Impegno complessivo di Euro 175.000,00 a favore dei Comuni Capofila delle Conferenze dei Sindaci" e Arsel. (BUR n. 51 del 23.12.15)

Note

Viene autorizzata la spesa complessiva di euro 175.000,00 quale contributo al finanziamento dei Piani di contrasto alla violenza di genere e per la realizzazione delle azioni regionali di cui in premessa.

Viene dato mandato ad ARSEL Liguria a realizzare attività di assistenza tecnica-operativa volte ad implementare le attività di coordinamento regionale delle reti territoriali antiviolenza, anche con riferimento all'applicazione dell'Intesa sancita dalla Conferenza Unificata del 27/11/2014, relativa ai requisiti minimi dei Centri Antiviolenza e delle Case rifugio.