

# INDICE N. 246

## PANORAMA STATALE

### EDILIZIA

**ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA** - Indici dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati, relativi al mese di novembre 2017, che si pubblicano ai sensi dell'articolo 81 della legge 27 luglio 1978, n. 392 (Disciplina delle locazioni di immobili urbani), ed ai sensi dell'articolo 54 della legge del 27 dicembre 1997, n. 449 (Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica). GU n. 4 del 5.1.18).

### FAMIGLIA

#### **MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI**

**DECRETO 20 settembre 2017** .Definizione dei criteri e delle modalità per il rilascio della Carta della famiglia. (GU n. 6 del 9.1.18)

### POLITICHE SOCIALI

#### **MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI**

**DECRETO 23 novembre 2017**- Riparto del fondo nazionale politiche sociali e quota del fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale annualità 2017. (GU n. 2 del 3.1.18)

### PREVIDENZA

#### **MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI**

**Approvazione della delibera n. 526** adottata dal Consiglio d'amministrazione dell'Ente di previdenza dei periti industriali e dei periti industriali laureati (EPPI) in data 26 luglio 2017. (GU n. 1 del 2.1.18)

**Approvazione della delibera n. 84/2017** adottata dal Consiglio di amministrazione dell'Ente nazionale di previdenza ed assistenza dei medici e degli odontoiatri (ENPAM), in data 21 settembre 2017. (GU n. 12 del 9.1.18)

**Approvazione della delibera n. 51** adottata dal consiglio di amministrazione dell'Ente nazionale di previdenza e assistenza veterinari (ENPAV), in data 28 settembre 2017. (GU n. 12 del 9.1.18)

**Approvazione della delibera n. 16/IIICDA** adottata dal consiglio di amministrazione dell'Ente nazionale di previdenza e assistenza veterinari (ENPAV), in data 1° aprile 2017. (GU n. 12 del 9.1.18)

**Approvazione della delibera n. 9** adottata dall'assemblea nazionale dei delegati dell'Ente nazionale di previdenza e assistenza veterinari (ENPAV), in data 26 novembre 2016. (GU n. 12 del 9.1.18)

**Approvazione della delibera n. 8 adottata dall'assemblea nazionale dei delegati dell'Ente nazionale di previdenza e assistenza veterinari (ENPAV), in data 26 novembre 2016. (GU n. 12 del 9.1.18)**

**Approvazione della delibera n. 6 adottata dall'assemblea nazionale dei delegati dell'Ente nazionale di previdenza e assistenza veterinari (ENPAV), in data 26 novembre 2016. (GU n. 12 del 9.1.18)**

**Approvazione della delibera n. 17 adottata dal comitato dei delegati della Cassa nazionale di previdenza ed assistenza forense, in data 21 luglio 2017. (GU n. 12 del 9.1.18)**

|                        |
|------------------------|
| <b>PRIVATO SOCIALE</b> |
|------------------------|

**MINISTERO DELLO SVILUPPO ECONOMICO**

**DECRETO 7 dicembre 2017** - Liquidazione coatta amministrativa della «Domus Concordiae - società cooperativa sociale a responsabilità limitata onlus», in Bari e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 7 del 10.1.18)

**DECRETO 20 dicembre 2017** - Liquidazione coatta amministrativa della «Sogno Telematico società cooperativa sociale», in Siena e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 7 del 10.1.18)

|                |
|----------------|
| <b>SANITA'</b> |
|----------------|

**MINISTERO DELLA SALUTE**

**DECRETO 23 novembre 2017** . Conferma del carattere scientifico dell'IRCCS «Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia», in Reggio Emilia, nella disciplina di oncologia per tecnologie avanzate e modelli assistenziali. (GU n. 7 del 10.1.18)

# **PANORAMA REGIONALE**

## **ASSISTENZA PENITENZIARIA**

### **LAZIO**

**Decreto del Commissario ad Acta 20 dicembre 2017, n. U00563** - Approvazione del documento recante "Assistenza per la Tutela della Salute Mentale adulti in ambito penitenziario". - Conferenza Unificata n.3 del 22/1/2015 (BUR n. 3 del 9.1.18)

## **BILANCIO**

### **FRIULI V.G.**

**L.R. 28.12.17, n. 45** Legge di stabilità 2018. Il Consiglio regionale ha approvato Il Presidente della Regione promulga la seguente legge: Art. 1 disposizioni di carattere finanziario e in materia di entrate (BUR n. 1 del 5.1.18)

**L.R. 28.12.17, n. 46** - Bilancio di previsione 2018-2020. (BUR n. 1 del 5.1.18)

### **LAZIO**

**L.R. 29.12.17, n. 12** - Rendiconto generale della Regione Lazio per l'esercizio finanziario 2016

**L.R. 29.12.17, n. 14** - Autorizzazione all'esercizio provvisorio del bilancio per l'esercizio finanziario 2018

### **LIGURIA**

**L.R. 28.12.17 n. 29** - Disposizioni collegate alla legge di stabilità per l'anno 2018.(BUR n. 18 del 29.12.17)

**L.R. 28.12.17 n. 30** - Legge di stabilità della Regione Liguria per l'anno finanziario 2018.

### **LOMBARDIA**

**L.R. 28.12.17 - n. 42** - Legge di stabilità 2018 – 2020. (BUR n. 52 del 31.12.17)

**L.R. 28.12.17 - n. 43** - Bilancio di previsione 2018 – 2020. (BUR n. 52 del 31.12.17)

### **MOLISE**

**L.R. 22 .12.17, n. 23** - Autorizzazione all'esercizio provvisorio del bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2018.

**L.R. 30.12.17, n.. 27** - Rendiconto consolidato della Regione Molise per l'esercizio finanziario 2016. Integrazioni alla legge regionale 18 dicembre 2017, n. 21 (Rendiconto generale della Regione Molise per l'esercizio finanziario 2016).

### **PUGLIA**

**L.R. 29.12.17 , n. 67** - Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2018 e bilancio pluriennale 2018-2020 della Regione Puglia (legge di stabilità regionale 2018). (BUR n. 149 del 30.12.17)

**L.R. 29.12.17, n. 68** - Bilancio di previsione della Regione Puglia per l'esercizio finanziario 2018 e pluriennale 2018 - 2020".

#### **SARDEGNA**

**L.R. 11.1.18 n. 1** - Legge di stabilità 2018.(BUR n. 3 del 12.1.18)

#### **SICILIA**

**L.R.29.12.17, n. 19.** Autorizzazione all'esercizio provvisorio del bilancio della Regione per l'esercizio finanziario

#### **UMBRIA**

**L.R. 28.12.17, n. 18** - Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2018-2020 della Regione Umbria (Legge di stabilità regionale 2018).(BUR n. 57 del 29.12.17)

**L.R. 28.12.17, n. 19.** - Bilancio di previsione della Regione Umbria 2018-2020, (BUR n. 57 del 29.12.17)

#### **VENETO**

**L.R. 29.12.17, n. 45** - Collegato alla legge di stabilità regionale 2018.(BUR n. 128 del 29.12.17)

**L.R. 29.12.17, n. 46** - Legge di stabilità regionale 2018. (BUR n. 128 del 29.12.17)

**L.R. 29.12.17** - Bilancio di previsione 2018-2020.(BUR n. 128 del 29.12.17)

#### **BOLZANO**

**L.P.20.12.17, n. 22** - Disposizioni collegate alla legge di stabilità2018. (BUR n. 52 del 29.12.17)

**L.P. 20.12.17, n. 24** - Bilancio di previsione della Provincia autonoma di Bolzano per gli esercizi 2018,2019 e 2020.(BUR n. 52 del 29.12.17)

#### **TRENTO**

**L.P. 29.12.17, n.17** - Legge collegata alla manovra di bilancio provinciale 2018. (BUR n. 52 del 29.12.17)

**L.P. 29.12.17, n. 18** - Legge di stabilità provinciale 2018.(BUR n. 52 del 29.12.17)

#### **DEL TESTO**

**L.P. 29.12.17, n. 19** - Bilancio di previsione della Provincia autonoma di Trento per gli esercizi finanziari 2018 – 2020. (BUR n. 52 del 29.12.17)

|                   |
|-------------------|
| <b>DIPENDENZE</b> |
|-------------------|

#### **LAZIO**

**DGR 19.12.17, n. 904** - Legge 28 dicembre 2015, n. 208, art. 1, comma 946. D.M. Sanita' 6.10.2016. Prevenzione, cura e riabilitazione del gioco d'azzardo patologico, approvazione del "Piano biennale regionale 2017-2018 gioco d'azzardo patologico" approvato dal Ministero della Salute. (BUR n. 3 dell' 11.1.18)

**Determinazione 28 dicembre 2017, n. G18786** Promozione stili di vita salutari (WHP). Approvazione Documento di politica aziendale per il contrasto al consumo di alcol e Documento di politica aziendale per la promozione della salute alimentare. (BUR n. 3 dell'11.1.18)

#### **PIEMONTE**

**DCR 27.12.17, 251-50107.** Piano integrato delle attività di contrasto, prevenzione, diagnosi, cura del gioco d'azzardo patologico (GAP). (BUR n. 2 dell'11.1.18)

### **EDILIZIA**

#### **PIEMONTE**

**DGR 15.12.17, n. 70-6175** - Linee di intervento regionali in materia di politiche abitative nel settore dell'affitto per l'anno 2017. Disposizioni per l'attuazione delle misure ad integrazione delle DGR. n. 7-3438 del 21 febbraio 2012, n. 16-362 del 29 settembre 2014 e n. 36-1750 del 13 luglio 2015. (BUR n. 2 dell'11.1.18)

#### **BOLZANO**

**DGP 12.12.17, n. 1366** - Edilizia abitativa agevolata: Adeguamento dei limiti di reddito e delle quote di detrazione relativi ai redditi dell'anno 2017. (BUR n. 51 del 19.12.17)

### **ENTI LOCALI**

#### **EMILIA-ROMAGNA**

**DGR 20.12.17, n. 2083** - Composizione, compiti e modalità di funzionamento dell'Osservatorio regionale delle Unioni e dell'Osservatorio regionale delle fusioni (BUR n. 5 del 10.1.18)

### **FAMIGLIA**

#### **LOMBARDIA**

**DGR 18.12.17 - n. X/7544** Determinazioni per il recupero di immobili da destinare in locazione ai genitori di cui alla l.r. 18/2014 «Norme a tutela dei coniugi separati o divorziati, in particolare con figli minori». anno 2018/2019. (BUR n. 52 del 29.12.17)

**DGR 28.12.17 - n. X/7632** -Prima applicazione della l.r. 27 marzo 2017 n. 10 «Norme integrative per la valutazione della posizione economica equivalente delle famiglie – Istituzione del fattore famiglia lombardo»: «Fattore famiglia lombardo per la disabilità sensoriale» (BUR n. 2 dell'8.1.18)

**DCR 21.12.17 - n. X/1741** - Designazione di tre consiglieri regionali nell'osservatorio per l'attuazione del Fattore Famiglia lombardo. (BUR n. 2 dell'11.1.18)

#### **PIEMONTE**

**DGR 7.12.17, n. 26-6086** - L.n. 296/2006 e L.R. n. 1/2004 - Finanziamenti per i centri famiglie e per le responsabilità genitoriali. Proroga scadenza per l'utilizzo dei finanziamenti e per la presentazione delle rendicontazioni, di cui alla dgr 27-3972 del 26 settembre 2016. (BUR n. 2 dell'11.1.18)

### **MINORI**

#### **LAZIO**

**Determinazione 15 dicembre 2017, n. G17474-** Costituzione della Commissione tecnica per l'istruttoria e la valutazione delle domande della Procedura negoziata senza previa pubblicazione del bando di gara ai sensi dell'art. 36, comma 2, lettera b) del D.Lgs. 50/2016, per l'affidamento dei servizi

del "Centro Giorgio Fregosi per i bambini ed adolescenti vittime di abuso e maltrattamento" con sede in Roma, Via dei Sabelli D.G.R. 537/2017. (BUR n. 4 dell' 11.1.18)

**Determinazione 10 gennaio 2018, n. G00196** Modifica dell'Allegato alla Determinazione n. G18393 del 22/12/2017 "Approvazione dell'avviso pubblico per la concessione di finanziamenti regionali a sostegno delle adozioni internazionali, a valere sul Fondo regionale per il Microcredito e la Microfinanza".(BUR n. 4 dell' 11.1.18)

#### **MARCHE**

**DGR 18.12.17, n. 1560** - L.R. 14/2017: Interventi di sviluppo e sostegno delle "Città sostenibili e amiche dei bambini e degli adolescenti"

### NON AUTOSUFFICIENTI

#### **MARCHE**

**DGR 18.12.17, n. 1499** - Criteri di riparto e modalità di utilizzo del Fondo Nazionale per le non autosufficienze Interventi per anziani. Annualità 2017.(BUR n. 139 del 29.12.17)

### PERSONE CON DISABILITA'

#### **MARCHE**

**DGR 18.12.17, n. 1564** L.R. 25/2014 art. 7 - Avvio della procedura per l'attivazione di strutture dedicate a persone con disturbi dello spettro autistico. (BUR n. 139 del 29.12.17)

#### **MOLISE**

**DGR 20.12.17, n. 485-** Progetto interistituzionale centro documentazione handicap (CDH) – rinnovo protocollo d'intesa.(NUR n. 73 del 30.12.17)

#### **SICILIA**

**DECRETO 14 dicembre 2017.** PO FSE 2014-2020, Azione 9.2.1: Approvazione dell'Avviso n. 18/2017 per la realizzazione di percorsi formativi rivolti alle persone con disabilità. (GURS n. 3 del 12.1-18)

#### **TOSCANA**

**ORDINE DEL GIORNO 20 dicembre 2017, n. 672** - Ordine del giorno approvato nella seduta del Consiglio regionale del 20 dicembre 2017 collegato alla legge regionale 27 dicembre 2017, n. 78 (Legge di stabilità per l'anno 2018). Per applicare l'esenzione della tassa automobilistica regionale anche ad un veicolo per nucleo familiare in cui è compresa la persona disabile, non di proprietà della persona medesima o del soggetto del nucleo familiare cui la persona disabile è fiscalmente a carico.(BUR n. 1 del 5.1.18)

### POLITICHE SOCIALI

#### **LAZIO**

**Determinazione 11 dicembre 2017, n. G17005** -Deliberazione di Giunta regionale n. 537 del 09.08.2017, assegnazione ai Distretti socio-sanitari degli importi finalizzati all'attuazione degli interventi previsti dalla misura 6, sottomisura 6.3 dei Piani sociali di zona inclusione disagio psichico, annualità 2017. Impegno e liquidazione delle somme di €. 4.200.000,00 sul Capitolo H41903

macroaggregato 12.02.1.04.01.02.000 esercizio finanziario 2017 e impegno dell'importo di €.1.800.000,00 sul Capitolo H41903 a carico del bilancio pluriennale, esercizio finanziario 2018. (BUR n. 2 del 4.1.18)

**DGR 2.12.17, n. 911** - Proroga del commissariamento dell'IPAB Istituto Romano di San Michele con sede in Roma. (BUR n. 2 del 4.1.18)

#### **PIEMONTE**

**DGR 1.12.17, n. 34-6033** - Rettifica della D.G.R. n. 46-5477 del 03/08/2017 e s.m.i. in tema di numero complessivo delle I.P.A.B. interessate dalla procedura straordinaria ivi delineata e modifica del mandato del Commissario Straordinario nominato con D.G.R. n. 14 - 5705 del 02/10/2017. (BUR n. 1 del 4.1.18)

#### **TOSCANA**

**DPGR 9 gennaio 2018, n. 2/R** - Regolamento di attuazione dell'articolo 62 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale). (BUR n. 2 del 12.1.18)

#### **UMBRIA**

**DGR 18.12.17, n. 1510** - Legge regionale n. 25 del 28 novembre 2014 ss.mm.ii. relativa alla trasformazione delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza (IPAB) e disciplina delle Aziende pubbliche di Servizi alla Persona (ASP). Approvazione, ai sensi dell'art. 4 della medesima, della trasformazione dell'IPAB Opera Pia "Casa di Riposo Mosca" di Gubbio in Azienda pubblica di Servizi alla Persona (ASP) e approvazione del relativo statuto. (BUR n. 1 del 3.1.18)

### **POVERTA' INCLUSIONE SOCIALE**

#### **VENETO**

**DGR 6.12.17, n. 2027** - Accordo di collaborazione tra la Regione Veneto e l'Ente strumentale Veneto Lavoro per il rafforzamento della rete dei Servizi Sociali nel contesto delle progettualità nazionali e regionali di promozione dell'inclusione sociale. L.R. n. 3 del 13 marzo 2009. (BUR n. 4 del 9.1.18)

### **PRIVATO SOCIALE**

#### **LOMBARDIA**

**DGR 18.12.17 - n. X/7534** - Approvazione della scheda tipo relativa all'iniziativa FRISL 2018-2019 «Interventi strutturali negli oratori lombardi» ai sensi della l.r. 33/1991. (BUR n. 1 del 5.1.18). (BUR n. 1 del 5.1.18).

**D.d.u.o. 21 dicembre 2017 - n. 16714** Determinazioni relative all'elenco degli enti del terzo settore che operano nell'ambito della promozione e dello sviluppo di azioni per migliorare la qualità della vita e l'inclusione sociale delle persone sottoposte a terapia oncologica chemioterapica di cui alla d.g.r. n. 6614/2017 e relativo d.d.g. 9906/2017. (BUR n. 1 del 5.1.18)

**DGR 28.12.17 - n. X/7657** - Approvazione dell'accordo di servizio con Unioncamere Lombardia per la gestione dell'albo regionale delle cooperative sociali, consorzi e organismi analoghi, in capo al sistema camerale lombardo ai sensi della l.r. 36/2015 (BUR n. 2 dell'8.1.18)

### **PROGRAMMAZIONE**

**PIEMONTE**

**DGR 27.12.17, n. 250 – 50106.** Nota di aggiornamento al Documento di economia e finanza regionale (DEFR) 2018-2019. (BUR n. 2 dell'11.1.18)

**PUGLIA**

**DCR 21.12.17, n. 164** “Documento di economia e finanza regionale (DEFR) 2018-2020 – Approvazione (deliberazione della Giunta regionale n. 2126 dell'11/12/2017)(BUR n. 148 del 27.12.18)

**TOSCANA**

**DCR 20.12.17, n. 97** - Nota di aggiornamento al documento di economia e finanza regionale (DEFR) 2018. Approvazione. (BUR n. 56 del 27.12.17)

**PROGRAMMAZIONE SOCIALE**
**LOMBARDIA**

**DGR 28.12.17 - n. X/7631** Approvazione del documento «Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2018-2020 (BUR n. 1 del 2.1.18)

**SANITA'**
**ABRUZZO**

**DGR 27.10.2017, n.623** - Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018 Programma 2 “A scuola di salute” - Progetto di promozione dell'attività motoria e del corretto stile alimentare nelle prime e seconde classi della scuola primaria “Scuole in Movimento” - Anno scolastico 2017/2018 Approvazione schema di convenzione e progetto esecutivo.

**LAZIO**

**Decreto del Commissario ad Acta 22 dicembre 2017, n. U00565** Presa d'atto dell'Accordo sottoscritto tra la Regione Lazio e le OO.SS. dei Medici di Medicina generale avente per oggetto " La nuova sanità nel Lazio: Obiettivi di salute e Medicina d'iniziativa."(BUR n. 4 dell'11.1.18)

**Decreto 22 dicembre 2017, n. G18406** - Decreto del Commissario ad acta - nominato in esecuzione Sentenza TAR Lazio, Sez. III quater, n. 11491 del 17 novembre 2016 - n. G04762 del 12 aprile 2017 - Differimento entrata in vigore tariffe riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolta a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale ed istituzione tavoli tecnici congiunti

**Determinazione 19 dicembre 2017, n. G17606**- Programma di miglioramento e riqualificazione ai sensi dell'art. 1, comma 385 e ss., Legge 11 dicembre 2016, n. 232. Impegno della somma complessiva di 12.168.335,00 in favore di amministrazioni locali per le attività di "Accessibilità alle cure domiciliari" e "Qualità delle cure attraverso l'implementazione della Telemedicina" - Capitolo H11715 - Missione 13 - Programma 01 - Aggregato 1.04.01.02.000. Esercizio finanziario 2017.

**PUGLIA**

**DGR 5.12.17, n. 2110** - Costituzione elenco componenti del Nucleo Ispettivo Regionale Sanitario (N.I.R.S.) ai sensi dell'art. 4 del Regolamento regionale n. 16 del 7 agosto 2017 – Riapertura termini

dell'Avviso Pubblico approvato con Determinazione del Dirigente della Struttura di Staff Servizio Ispettivo n.59/2017.(BUR n. 3 dell'8.1.18)

**DGR 12.12.17, n. 2127** - Regolamento Regionale 8 luglio 2014, n.14. Strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche dedicate per il trattamento extraospedaliero dei disturbi psichiatrici gravi in preadolescenza e adolescenza. Determinazione delle tariffe giornaliere e disposizioni sull'accREDITAMENTO delle strutture. (BUR n. 3 dell'8.1.18)

**DGR 12.12.17, n. 2128** - Remunerazione delle prestazioni di assistenza Ospedaliera ed in regime di "day – service" – Individuazione nuovi pacchetti di prestazioni per Emofilia e Trombofilia.(BUR n. 3 dell'8.1.18)

## VENETO

**DGR 14.12. 17, n. 2048** - Programma 2017 del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) "Sperimentazione di un modello operativo integrato per la presa in carico di soggetti con fattori di rischio e/o con patologie croniche attraverso un approccio intersettoriale tra Dipartimento di Prevenzione, Distretto, Ospedale e territorio". approvazione dello schema di Convenzione e ripartizione dei finanziamenti alle Unità operative. Codice unico di progetto CUP H73D17000820001.(BUR n. 5 del 9.1.18)

**DGR 6.12.17. n. 1979** - Identificazione della struttura di riferimento regionale per i disturbi dell'identità di genere nei confronti dei cittadini residenti nel Veneto, ai sensi della L.R. 25 giugno 1993, n. 22, ed assegnazione di un finanziamento a funzione. Ulteriore disposizione in materia di finanziamento a funzione per la partoanalgesia.(BUR n. 3 del 9.1.18)

**DGR 6 .12. 17. 1980** - Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di Mutilazione Genitale Femminile di cui alla Legge 9 gennaio 2006, n. 7 (Fondo per la formazione del personale ai sensi dell' art. 4 comma 2, L. n. 7/2006, anno 2017).(BUR n. 4 del 9.1.18)

**DGR 6.12.17, n. 2024** - Funzioni di cui al capoverso 4.4.4 "Strutture e attività a supporto della programmazione" dell'allegato A) alla legge regionale 29 giugno 2012 n. 23 "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012 - 2016": trasferimento di una parte delle attività e del personale non a tempo indeterminato dalle Aziende del Servizio Sanitario Regionale all'Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero dal 1° gennaio 2018.(BUR n. 4 del 9.1.18)

**DGR 14.12. 17, n. 2048** - Programma 2017 del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) "Sperimentazione di un modello operativo integrato per la presa in carico di soggetti con fattori di rischio e/o con patologie croniche attraverso un approccio intersettoriale tra Dipartimento di Prevenzione, Distretto, Ospedale e territorio". approvazione dello schema di Convenzione e ripartizione dei finanziamenti alle Unità operative. Codice unico di progetto CUP H73D17000820001.(BUR n. 5 del 9.1.18)

|                            |
|----------------------------|
| <b>TUTELA DEDI DIRITTI</b> |
|----------------------------|

## LAZIO

**Determinazione 4 dicembre 2017, n. G16713** -Presa d'atto e ratifica delle prestazioni erogate per i servizi di ospitalità, accoglienza, ascolto e presa in carico nei mesi di maggio, giugno e luglio 2017

per i Centri anti violenza e Case rifugio ex Città metropolitana di Roma Capitale, nelle more della conclusione della procedura negoziata indetta con determinazione dirigenziale 17 maggio 2017 n. G06897. Impegno complessivo 177.093,66 Cap H41909 Missione 12 prog. 04 es. fin. 2017. (BUR n. 2 del 4.1.18)

# PANORAMA STATALE

Gazzette Ufficiali pervenute al 15 gennaio 2018 , arretrati compresi

## EDILIZIA

**ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA** - Indici dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati, relativi al mese di novembre 2017, che si pubblicano ai sensi dell'articolo 81 della legge 27 luglio 1978, n. 392 (Disciplina delle locazioni di immobili urbani), ed ai sensi dell'articolo 54 della legge del 27 dicembre 1997, n. 449 (Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica). GU n. 4 del 5.1.18).

Gli indici dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati, senza tabacchi, relativi ai singoli mesi del 2016 e 2017 e le loro variazioni rispetto agli indici relativi al corrispondente mese dell'anno precedente risultano:

Anni e mesi Indici

Variazioni percentuali rispetto al corrispondente periodo dell'anno precedente di due anni precedenti

(Base 2015=100)

2016

Novembre 100,0 0,1 0,1

Dicembre 100,3 0,4 0,4 2016

Media 99,9

2017

Gennaio 100,6 0,9 1,2

Febbraio 101,0 1,5 1,3

Marzo 101,0 1,4 1,1

Aprile 101,3 0,7 1,3

Maggio 101,1 1,4 1,0

Giugno 101,0 1,1 0,8

Luglio 101,0 1,0 0,9

Agosto 101,4 1,2 1,1

Settembre 101,1 1,1 1,2

Ottobre 100,9 0,9 0,8

Novembre 100,8 0,8 0,9

## FAMIGLIA

### MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

**DECRETO 20 settembre 2017** .Definizione dei criteri e delle modalità per il rilascio della Carta della famiglia. (GU n. 6 del 9.1.18)

IL MINISTRO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

DI CONCERTO CON

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

E

IL MINISTRO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

Vista la legge 28 dicembre 2015, n. 208, recante Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016), la quale, all'art. 1, comma 391, istituisce la Carta

della famiglia, destinata alle famiglie costituite da cittadini italiani o da cittadini stranieri regolarmente residenti nel territorio italiano, con almeno tre figli minori a carico;

Visto l'art. 1, comma 391, della legge n. 208 del 2015 che prevede che, con successivo decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro dello sviluppo economico, vengano definiti i criteri e le modalità, sulla base dell'ISEE, per il rilascio della carta alle famiglie che ne facciano richiesta; Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 5 dicembre 2013, n. 159, concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE);

A D O T T A

il seguente decreto:

Art. 1. Oggetto

1. Il presente decreto:

- a) disciplina i criteri per l'individuazione dei beneficiari della Carta della famiglia (di seguito denominata «Carta»);
- b) definisce le modalità di rilascio della Carta;
- c) individua la tipologia di benefici e agevolazioni previsti per i titolari della Carta; d) definisce le modalità di rilascio del bollino «Amico della famiglia».

Art. 2. Destinatari della Carta della famiglia

1. Destinatari della Carta sono i componenti dei nuclei familiari regolarmente residenti nel territorio italiano, con almeno tre componenti minorenni, con ISEE non superiore ad euro 30.000. Ai fini del presente regolamento, il nucleo familiare è quello definito ai sensi dell'art. 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013.

2. La richiesta della Carta è presentata da uno dei genitori dei componenti minorenni appartenenti al nucleo familiare, che diventa titolare della stessa e responsabile del suo utilizzo.

3. Il soggetto richiedente e i beneficiari della Carta devono essere residenti nel territorio italiano al momento della richiesta.

4. Nel caso di minori in affidamento familiare, la richiesta può essere presentata dagli affidatari per il periodo di permanenza dei minori in famiglia. Ai soli fini del rilascio della Carta, i minorenni in affidamento familiare vengono sempre conteggiati nel computo dei minorenni presenti nel nucleo familiare.

Art. 3. Rilascio della Carta della famiglia

1. La Carta presenta le caratteristiche di cui all'allegato A che costituisce parte integrante del presente decreto.

2. La Carta viene emessa con validità biennale, su richiesta degli interessati, previa presentazione della Dichiarazione Sostitutiva Unica ai fini ISEE in corso di validità, dal Comune dove il nucleo familiare ha la propria residenza anagrafica. In caso di componenti del nucleo con diversa residenza anagrafica, la residenza familiare è quella dichiarata a fini ISEE.

3. La Carta dovrà recare sul retro il logo del Comune emittente, il numero progressivo della tessera, preceduto dal codice Comune, i dati anagrafici e il codice fiscale dell'intestatario, il luogo e la data di emissione, nonché la data di scadenza. La Carta dovrà recare l'indirizzo del sito internet di servizio dedicato. 4. La Carta sarà rilasciata nel formato di tesserino cartaceo, previo pagamento degli interi

Art. 4. Agevolazioni

1. La Carta consente l'accesso a sconti sull'acquisto di beni o servizi, ovvero a riduzioni tariffarie concessi dai soggetti pubblici o privati che intendano contribuire all'iniziativa.

2. I benefici attivabili consistono in:

- a) sconti applicati sull'acquisto di determinati beni e servizi;
- b) applicazione di condizioni particolari per la fruizione di servizi;
- c) riduzioni tariffarie; nel caso la riduzione tariffaria sia concessa da soggetti pubblici, essi dovranno, in ogni caso, preservare il loro equilibrio di bilancio, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

3. I benefici possono essere attivati, nell'ambito delle categorie merceologiche dei beni e delle tipologie di servizi di cui all'allegato B, dai seguenti soggetti:

- a) dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali, su base nazionale, previa formalizzazione di Protocolli d'intesa con le Amministrazioni centrali interessate o convenzioni con soggetti pubblici e privati a rilevanza nazionale;
- b) dalle Regioni e dalle Province autonome, su base regionale, mediante la stipulazione di convenzioni con soggetti pubblici e privati a rilevanza regionale;
- c) dai Comuni, su base comunale, mediante la stipulazione di convenzioni con soggetti pubblici e privati a rilevanza locale, ovvero riduzioni di tariffe dei servizi pubblici locali erogati direttamente o indirettamente.

4. I soggetti che attivano i benefici ai sensi del comma 3, ne danno comunicazione sui rispettivi siti internet istituzionali.

Il Ministero del lavoro e delle politiche sociali agevola la diffusione delle informazioni sui benefici attivati a livello regionale e locale.

Art. 5. Modalità di fruizione dei benefici della Carta famiglia 1. I titolari della Carta possono ottenere i benefici previsti esibendo il tesserino unitamente a un documento di riconoscimento in corso di validità. 2. La Carta può essere utilizzata esclusivamente per ottenere i benefici spettanti e non può essere ceduta a terzi.

Art. 6. Modalità di rilascio del bollino «Amico della famiglia» e «Sostenitore della famiglia» 1. I soggetti che aderiscono al programma mediante la stipula dei Protocolli d'intesa o delle convenzioni di cui all'art. 4, comma 3, possono valorizzare la loro partecipazione all'iniziativa a scopi promozionali e pubblicitari attraverso l'esibizione del bollino, associato al logo della Carta, con le seguenti diciture:

- a) «Amico della famiglia», laddove siano concessi sconti o riduzioni o agevolazioni pari o superiori al cinque per cento rispetto al normale prezzo di listino o all'importo ordinario;
- b) «Sostenitore della famiglia», laddove siano concessi sconti o riduzioni o agevolazioni pari o superiori al venti per cento rispetto al normale prezzo di listino o all'importo ordinario.

Art. 7. Sito internet

1. Sul sito istituzionale del Ministero del lavoro e delle politiche sociali sarà ospitata una specifica sezione informativa sulle modalità di emissione della Carta, sulle agevolazioni cui dà diritto, sui soggetti aderenti all'iniziativa e sulle modalità di rilascio del bollino di cui all'art. 6.

Art. 8. Disposizioni finali

1. Alle attività del presente decreto le amministrazioni pubbliche interessate provvedono nei limiti delle risorse finanziarie, umane e strumentali già previste a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. Il presente decreto verrà trasmesso ai competenti organi di controllo. Roma, 20 settembre 2017

Il Ministro del lavoro e delle politiche sociali P OLETTI

Il Ministro dell'economia e delle finanze PADOAN

Il Ministro dello sviluppo economico CALENDÀ

Registrato alla Corte dei conti il 9 novembre 2017 Ufficio di controllo sugli atti del MIUR, MIBAC, Min. salute e Min. lavoro, foglio n. 2223

ALLEGATO A

ALLEGATO B ELENCO DELLE CATEGORIE MERCEOLOGICHE DEI BENI E DELLE TIPOLOGIE DI SERVIZI

BENI ALIMENTARI Prodotti alimentari Bevande analcoliche

BENI NON ALIMENTARI Prodotti per la pulizia della casa Prodotti per l'igiene personale Articoli di cartoleria e di cancelleria Libri e sussidi didattici Medicinali, prodotti farmaceutici e sanitari Strumenti e apparecchiature sanitari Abbigliamento e calzature

SERVIZI Fornitura di acqua, energia elettrica, gas e altri combustibili per il riscaldamento Raccolta e smaltimento rifiuti solidi urbani Servizi di trasporto Servizi ricreativi e culturali, musei, spettacoli e manifestazioni sportive Palestre e centri sportivi Servizi turistici, alberghi e altri servizi di alloggio, impianti turistici e del tempo libero Servizi di ristorazione Servizi socioeducativi e di sostegno alla genitorialità Istruzione e formazione professionale

|                          |
|--------------------------|
| <b>POLITICHE SOCIALI</b> |
|--------------------------|

**MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI**

**DECRETO 23 novembre 2017-** Riparto del fondo nazionale politiche sociali e quota del fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale annualità 2017. (GU n. 2 del 3.1.18)

**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 recante «Legge di contabilità e finanza pubblica»;

Visto il decreto legislativo 12 maggio 2016, n. 90, recante «Completamento della riforma della struttura del bilancio dello Stato, in attuazione dell'art. 40, comma 1, della legge 31 dicembre 2009, n. 196»;

Visto il decreto legislativo 12 maggio 2016, n. 93, recante «Riordino della disciplina per la gestione del bilancio e il potenziamento della funzione del bilancio di cassa, in attuazione dell'art. 42, comma 1, della legge 31 dicembre 2009, n. 196 e 93 del 2016»;

Visto l'art. 59, comma 44, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, e successive modificazioni, con il quale sono emanate disposizioni circa l'istituzione presso la Presidenza del Consiglio dei ministri del Fondo per le politiche sociali;

Visto l'art. 133 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, così come modificato dall'art. 3, comma 85, della legge 24 dicembre 2003, n. 350;

Vista la legge 8 novembre 2000, n. 328 recante «Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi 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. 52, comma 2, della legge 28 dicembre 2001, n. 448 recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2002)», il quale integra le disposizioni di cui all'art. 80, comma 17, della legge n. 388 del 2000 (legge finanziaria 2001);

Visto l'art. 96, comma 1, della legge 21 novembre 2000 n. 342, e successive modificazioni e integrazioni, recante «Disposizioni in materia di volontariato», le cui risorse afferiscono al fondo indistinto attribuito al Ministero del lavoro e delle politiche sociali;

Visto l'art. 46, comma 1, della legge 27 dicembre 2002, n. 289, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003)» il quale indica che il Fondo nazionale per le politiche sociali è determinato dagli stanziamenti previsti per gli interventi disciplinati dalle disposizioni legislative indicate all'art. 80, comma 17, della legge 23 dicembre 2000, n. 388, e successive modificazioni, e dagli stanziamenti previsti per gli interventi, comunque finanziati a carico del Fondo medesimo, disciplinati da altre disposizioni. Gli stanziamenti affluiscono al Fondo senza vincolo di destinazione;

Visto il successivo comma 2 del medesimo art. 46, il quale prevede che il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'art. 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, provvede annualmente, con

propri decreti, alla ripartizione delle risorse del Fondo di cui al comma 1 per le finalità legislativamente poste a carico del Fondo medesimo;

Visto il comma 473 dell'art. 2 della legge 24 dicembre 2007, n. 244, che ribadisce che al decreto annuale di riparto del Fondo nazionale per le politiche sociali continua ad applicarsi l'art. 20, comma 7, della legge 8 novembre 2000, n. 328;

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, l'art. 1, comma 158, con il quale si dispone che lo stanziamento del Fondo nazionale per le politiche sociali è incrementato di 300 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2015;

Visto l'art. 2, comma 109, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 che, a decorrere dal 1° gennaio 2010, abroga l'art. 5 della legge 30 novembre 1989, n. 386, relativo alla partecipazione delle Province autonome di Trento e Bolzano alla ripartizione di fondi speciali istituiti per garantire livelli minimi di prestazioni in modo uniforme su tutto il territorio nazionale;

Richiamata la circolare del Ministero dell'economia e delle finanze n. 128699 del 5 febbraio 2010 che, in attuazione del predetto comma 109 della legge n. 191/2009, richiede che ciascuna Amministrazione si astenga dall'erogare finanziamenti alle autonomie speciali e comunichi al Ministero dell'economia e delle finanze le somme che sarebbero state alle Province stesse attribuite in assenza del predetto comma 109 per l'anno 2010 al fine di consentire le conseguenti variazioni di bilancio in riduzione degli stanziamenti a partire dal 2010;

Vista la nota del Ministero dell'economia e delle finanze prot. 110783 del 17 gennaio 2011 a firma del Ragioniere generale dello Stato, che conferma l'esigenza di mantenere accantonati i fondi spettanti alle Province autonome di Trento e Bolzano;

Considerato che, in assenza della previsione normativa di cui all'art. 1, comma 158, della legge 23 dicembre 2014, n. 190, a legislazione previgente la dotazione del Fondo nazionale per le politiche sociali sarebbe stata nel 2016 pari a 12.589.741,00 milioni di euro, non sufficienti a coprire gli oneri connessi agli interventi che la legislazione vigente pone a carico del Ministero del lavoro e delle politiche sociali e a valere sulle risorse del Fondo medesimo e che pertanto nessuna risorsa sarebbe stata trasferita alle regioni;

Ritenuto quindi, che le risorse stanziare in legge di stabilità a decorrere dal 2015 sul Fondo nazionale per le politiche sociali, sono da considerarsi come un rifinanziamento del suddetto Fondo, la cui quantificazione non comprende le quote afferenti alle Province autonome di Trento e Bolzano, che, ai sensi dell'art. 2, comma 109, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, sono pertanto da ritenersi escluse;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 15 marzo 2017, n. 57, recante «Regolamento di organizzazione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali»;

Vista la legge 11 dicembre 2016, n. 232, «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019 (legge di stabilità 2017)»;

Visto il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze n. 102065 del 27 dicembre 2016, concernente la ripartizione in capitoli delle unità di voto parlamentare relative al bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 ed, in particolare, la Tabella 4;

Visto in particolare, lo stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali – Centro di responsabilità n. 9 «Direzione generale per l'inclusione e le politiche sociali» per l'annualità 2017 in cui è iscritto il capitolo di spesa 3671 «Fondo da ripartire per le politiche sociali», Missione 3(24)-Programma 3.2 (24.12) - Centro di responsabilità n. 9 «Direzione generale per l'inclusione e le politiche sociali» - Azione «Concorso dello Stato alle politiche sociali erogate a livello territoriale»; Considerato che la somma disponibile, afferente al Fondo nazionale per le politiche sociali per l'esercizio finanziario corrente, ammontava complessivamente ad € 311.553.204,00;

Vista l'intesa raggiunta il 23 febbraio 2017 tra Governo, regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'art. 1, commi 680 e 682, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, recante: «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)», concernente il contributo alla finanza pubblica delle regioni a statuto ordinario per l'anno

2017, secondo la quale tali regioni contribuiscono agli obiettivi di finanza pubblica fissati nelle norme citate della legge di stabilità 2016 anche a valere sui trasferimenti dallo Stato alle regioni per un ammontare pari a 485,2 milioni di euro, in tal modo riducendo lo stanziamento del Fondo nazionale per le politiche sociali ad euro 99.762.949,94;

Visto il decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, recante «Codice del Terzo settore, a norma dell'art. 1, comma 2, lettera b)», della legge 6 giugno 2016, n. 106», e in particolare l'art. 73, comma 1, secondo cui «a decorrere dall'anno 2017, le risorse finanziarie del Fondo nazionale per le politiche sociali, di cui all'art. 20, comma 8, della legge 8 novembre 2000, n. 328, destinate alla copertura degli oneri relativi agli interventi in materia di Terzo settore di competenza del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, di cui alle seguenti disposizioni, sono trasferite, per le medesime finalità, su un apposito capitolo di spesa iscritto nello stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, nel programma “Terzo settore (associazionismo, volontariato, Onlus e formazioni sociali) e responsabilità sociale delle imprese e delle organizzazioni”, nell'ambito della missione “Diritti sociali, politiche sociali e famiglia”, per complessivi 21,96 milioni di euro, in tal modo riducendo lo stanziamento del Fondo nazionale per le politiche sociali ad euro 77.802.949,94»;

Visto il decreto legislativo n. 147 del 15 settembre 2017, attuativo della legge 15 marzo 2017, n. 33, recante «Delega recante norme relative al contrasto della povertà, al riordino delle prestazioni e al sistema degli interventi e dei servizi sociali», che, all'art. 7, comma 8, stabilisce che «al fine di permettere una adeguata implementazione del ReI e di garantirne l'operatività, a decorrere dal 1° gennaio 2018, mediante un rafforzamento dei servizi sociali territoriali, inclusi quelli di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale, sono attribuite alle regioni, a valere sul Fondo Povertà, risorse pari a 212 milioni di euro, secondo i criteri di riparto e con le medesime modalità adottate per il Fondo nazionale per le politiche sociali, di cui all'art. 20, comma 8 della legge 8 novembre 2000, n. 328»; Ritenuto pertanto di provvedere, con il medesimo decreto, alla ripartizione delle risorse gravanti sul capitolo di spesa 3671 «Fondo da ripartire per le politiche sociali» per complessivi € 77.802.949,94, e alle risorse gravanti sul capitolo di spesa 3550 «Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale» per complessivi € 212.000.000,00, secondo il piano di riparto nelle tabelle allegate, da destinare al finanziamento dei vari interventi previsti dalla normativa vigente;

Acquisita in data 21 settembre 2017 l'intesa della Conferenza Unificata di cui al decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281;

Decreta:

#### Art. 1. Definizioni

1. Ai soli fini del presente decreto legislativo si applicano le seguenti definizioni:

- a) «Rete della protezione e dell'inclusione sociale»: la Rete di cui all'art. 21, del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147;
- b) «Piano sociale nazionale»: il Piano, elaborato dalla Rete della protezione e dell'inclusione sociale ai sensi dell'art. 21, comma 6, lettera a), del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147, quale strumento programmatico dell'utilizzo delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali;
- c) «Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà»: il Piano, elaborato dalla Rete della protezione e dell'inclusione sociale ai sensi dell'art. 21, comma 6, lettera b), del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147, quale strumento programmatico dell'utilizzo delle risorse della quota destinata ai servizi territoriali del Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale ai sensi dell'art. 7, comma 2, del medesimo decreto legislativo;
- d) «ReI»: il Reddito di inclusione, di cui all'art. 2, del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147;
- e) «SIUSS»: il Sistema Informativo Unitario dei Servizi Sociali, di cui all'art. 24, del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147.

#### Art. 2. Risorse

1. Le risorse complessivamente afferenti al Fondo nazionale per le politiche sociali per l'annualità 2017, ammontanti a € 77.802.949,94 sono ripartite secondo il seguente schema per gli importi indicati:

- a) Somme destinate alle regioni € 64.963.236,94

b) Somme attribuite al Ministero del lavoro e delle politiche sociali, per gli interventi a carico del Ministero e la copertura degli oneri di funzionamento finalizzati al raggiungimento degli obiettivi istituzionali € 12.839.713,00

TOTALE € 77.802.949,94

2. Le risorse per l'annualità 2017 destinate alle regioni per le finalità di cui all'art. 20, comma 8, della legge n. 328 del 2000, nonché finalizzate a permettere una adeguata implementazione del reddito di inclusione (ReI) e a garantirne la tempestiva operatività mediante un rafforzamento dei servizi sociali territoriali, inclusi quelli di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale, sono complessivamente pari a € 276.963.236,94 e individuate dalle seguenti:

a) le risorse di cui al comma 1, lettera a) € 64.963.236,94

b) le risorse di cui all'art. 7, comma 8, del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147 € 212.000.000,00

TOTALE € 276.963.236,94

3. Nelle more dell'adozione del Piano sociale nazionale, i criteri utilizzati per il riparto per l'anno 2017 delle risorse di cui all'art. 2, comma 2, sono basati sugli indicatori utilizzati per il riparto 2016, di cui alla Tabella 2, del decreto del Ministro del lavoro e delle politiche, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, 10 ottobre 2016. Le quote percentuali di riparto in tal modo individuate sono riportate nella colonna A della Tabella 2 del presente decreto.

4. Il riparto generale riassuntivo delle risorse finanziarie complessive afferenti al Fondo nazionale per le politiche sociali per l'annualità 2017, di cui al comma 1, è riportato nell'allegata Tabella 1, che costituisce parte integrante del presente decreto. Il riparto delle risorse destinate alle regioni per l'annualità 2017, di cui al comma 2, è ottenuto secondo i criteri di cui al comma 3 e riportato nell'allegata Tabella 2, che costituisce parte integrante del presente decreto.

5. Ulteriori risorse derivanti da provvedimenti di incremento dello stanziamento sul capitolo di spesa 3671 «Fondo da ripartire per le politiche sociali», saranno ripartite fra le Regioni con le stesse modalità e criteri di cui al presente decreto come da Tabella 2, colonna A.

6. Le eventuali risorse riversate all'entrata del bilancio dello Stato per la successiva riassegnazione al Fondo nazionale per le politiche sociali, quali le somme ai sensi dell'art. 1, comma 1286, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, saranno ripartite fra le regioni con le medesime modalità e criteri di cui al presente decreto come da Tabella 2, colonna A, previo soddisfacimento di eventuali richieste di accredito, da parte dei comuni, in esito al riconoscimento, con sentenza passata in giudicato, dei benefici di cui all'art. 1, comma 1286, della legge 27 dicembre 2006, n. 296.

Art. 3. Programmazione regionale e monitoraggio

1. Nelle more della costituzione della Rete della protezione e dell'inclusione sociale e dell'adozione del Piano sociale nazionale, nonché del Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà, le regioni, nel rispetto dei modelli organizzativi regionali e di confronto con le autonomie locali, programmano, per l'annualità 2017, gli impieghi delle risorse complessivamente loro destinate ai sensi dell'art. 2, comma 2, secondo le modalità di cui all'art. 3 del decreto del Ministro del lavoro e delle politiche, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, 10 ottobre 2016, per le aree di utenza e secondo i macro-livelli e gli obiettivi di servizio indicati nell'Allegato 1, che forma parte integrante del presente decreto.

2. La programmazione di cui al comma 1, riferita ai macro-livelli 1 «Servizi per l'accesso e la presa in carico» e 5 «Misure di inclusione sociale - sostegno al reddito», di cui all'Allegato 1, tiene conto dell'avvio del ReI, richiesto a far data dal 1° dicembre 2017. Al rafforzamento dei servizi per l'accesso, la valutazione e la presa in carico dei beneficiari del ReI e degli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà, di cui agli articoli 5, 6 e 7 del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147, è comunque assicurata priorità di utilizzo delle risorse complessivamente destinate alle regioni al fine di permettere una adeguata implementazione del ReI e di garantirne la tempestiva operatività, ai sensi dell'art. 7, comma 8, del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147.

3. La programmazione, di cui al comma 1, ed, in particolare, l'attesa ripartizione delle risorse complessivamente attribuite a ciascuna regione sulla base della Tabella di cui all'allegato 1, è

comunicata al Ministero del lavoro e delle politiche sociali e costituisce condizione necessaria per l'erogazione delle risorse spettanti a ciascuna regione.

4. Nelle more dell'adozione del Piano sociale nazionale, nonché del Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà, le regioni si impegnano altresì a monitorare e rendicontare al Ministero gli interventi programmati a valere sulle risorse loro destinate secondo la medesima struttura di cui all'Allegato 1. A tal fine, le regioni 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. Fermo restando quanto previsto al comma 5, l'erogazione delle risorse spettanti a ciascuna regione deve essere comunque preceduta dalla rendicontazione sull'effettiva attribuzione ai beneficiari delle risorse trasferite nel secondo anno precedente il presente decreto.

5. Nelle more della piena realizzazione del SIUSS, le regioni e le province autonome concorrono, nei limiti delle loro competenze, ad assicurare il monitoraggio degli interventi a valere sulle risorse di cui al presente decreto, anche mediante l'utilizzo dei moduli in fase di sperimentazione del sistema informativo degli interventi per le persone non autosufficienti (SINA), del sistema informativo sulla cura e la protezione dei bambini e delle loro famiglie (SINBA) e del sistema informativo su interventi e servizi sociali a contrasto della povertà e dell'esclusione sociale (SIP), secondo le modalità stabilite con accordo in sede di Conferenza Unificata ai sensi dell'art. 5, comma 7, del decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, 16 dicembre 2014, n. 206.

6. Ai sensi dell'art. 46, comma 5, della legge 27 dicembre 2002, n. 289, il mancato utilizzo delle risorse da parte degli enti destinatari comporta la revoca dei finanziamenti, i quali sono versati all'entrata del bilancio dello Stato per la successiva riassegnazione al Fondo stesso.

#### Art. 4. P.I.P.P.I.

1. A valere sulla quota del Fondo nazionale per le politiche sociali destinata al Ministero del lavoro e delle politiche sociali sono finanziati, per almeno 3.000.000 di euro, azioni volte al consolidamento e all'allargamento, nonché all'assistenza tecnica e scientifica, del programma di prevenzione dell'allontanamento dei minorenni dalla famiglia di origine P.I.P.P.I. (programma di interventi per la prevenzione dell'istituzionalizzazione). Le risorse sono attribuite ai territori coinvolti nella sperimentazione per il tramite delle regioni e delle province autonome sulla base di linee guida adottate dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali. Le regioni e le province autonome possono riprogrammare, d'intesa con il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, le risorse già destinate al programma P.I.P.P.I. sulla base dell'evoluzione della sperimentazione e di eventuali esigenze sopravvenute. Il presente decreto viene pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, previo visto e registrazione della Corte dei conti.

Roma, 23 novembre 2017

Il Ministro del lavoro e delle politiche sociali P OLETTI

Il Ministro dell'economia e delle finanze PADOAN

Registrato alla Corte dei conti il 7 dicembre 2017 Ufficio di controllo sugli atti del MIUR, MIBAC, Min. salute e Min. lavoro, n. 2291 Tabella 1

RIPARTO GENERALE DELLE RISORSE FINANZIARIE AFFERENTI AL FONDO NAZIONALE POLITICHE SOCIALI ANNUALITÀ 2017

Totale delle risorse finanziarie da ripartire € 77.802.949,94

Fondi destinati alle regioni € 64.963.236,94

Fondi destinati al Ministero del lavoro e delle politiche sociali € 12.839.713,00

Riparto tra le Regioni delle risorse loro destinate a valere sul Fondo nazionale per le politiche sociali e sul Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale

#### FNPS Fondo Povertà

|            |      |              |              |              |
|------------|------|--------------|--------------|--------------|
| Abruzzo    | 2,49 | 6.896.384,60 | 1.617.584,60 | 5.278.800,00 |
| Basilicata | 1,25 | 3.462.040,46 | 812.040,46   | 2.650.000,00 |

|                    |               |                       |                      |                       |
|--------------------|---------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|
| Calabria           | 4,18          | 11.577.063,30         | 2.715.463,30         | 8.861.600,00          |
| Campania           | 10,15         | 28.111.768,55         | 6.593.768,55         | 21.518.000,00         |
| Emilia Romagna     | 7,2           | 19.941.353,06         | 4.677.353,06         | 15.264.000,00         |
| Friuli Ven. Giulia | 2,23          | 6.176.280,18          | 1.448.680,18         | 4.727.600,00          |
| Lazio              | 8,75          | 24.234.283,23         | 5.684.283,23         | 18.550.000,00         |
| Liguria            | 3,07          | 8.502.771,37          | 1.994.371,37         | 6.508.400,00          |
| Lombardia          | 14,39         | 39.855.009,80         | 9.348.209,80         | 30.506.800,00         |
| Marche             | 2,69          | 7.450.311,07          | 1.747.511,07         | 5.702.800,00          |
| Molise             | 0,81          | 2.243.402,22          | 526.202,22           | 1.717.200,00          |
| Piemonte           | 7,3           | 20.218.316,30         | 4.742.316,30         | 15.476.000,00         |
| Puglia             | 7,1           | 19.664.389,82         | 4.612.389,82         | 15.052.000,00         |
| Sardegna           | 3,01          | 8.336.593,43          | 1.955.393,43         | 6.381.200,00          |
| Sicilia            | 9,35          | 25.896.062,65         | 6.074.062,65         | 19.822.000,00         |
| Toscana            | 6,67          | 18.473.447,90         | 4.333.047,90         | 14.140.400,00         |
| Umbria             | 0,29          | 803.193,39            | 188.393,39           | 614.800,00            |
| Veneto             | 7,4           | 20.495.279,53         | 4.807.279,53         | 15.688.000,00         |
| <b>TOTALE</b>      | <b>100,00</b> | <b>276.963.236,94</b> | <b>64.963.236,94</b> | <b>212.000.000,00</b> |

di cui a valere sui seguenti Fondi:

#### REGIONI

Quote percentuali regionali (Col. A)

Risorse complessivamente destinate alle Regioni ai sensi dell'art. 2, co. 2 (Col. B)

#### ALLEGATO 1

- 1) Sistema informativo sulla cura e la protezione dei bambini e delle loro famiglie
- 2) Sistema informativo degli interventi per le persone non autosufficienti
- 3) Sistema informativo su interventi e servizi sociali a contrasto della povertà e dell'esclusione sociale
- 4) A titolo esemplificativo: Segretariato sociale, Telefonia sociale, Centri di ascolto tematici, ecc.
- 5) A titolo esemplificativo: Servizio sociale professionale, Valutazione multidimensionale, Servizio per l'affidamento minori, Servizio per adozione minori, ecc.
- 6) A titolo esemplificativo: Interventi quali mensa sociale e servizi per l'igiene personale, attivati per offrire sostegno a specifici target in situazioni di emergenza sociale
- 7) A titolo esemplificativo: Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio, Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari, ecc.
- 8) A titolo esemplificativo: Servizi accoglienza di adulti e anziani, ecc.
- 9) A titolo esemplificativo: Asili nido, Spazi giochi, Centri per bambini e famiglie, Servizi e interventi educativi in contesto domiciliare
- 10) A titolo esemplificativo: Centri per le famiglie, Centri diurni riabilitativi, Laboratori, Centri di aggregazioni sociali, ecc.
- 11) A titolo esemplificativo: Residenze per anziani, Strutture per disabili, Comunità educativo-assistenziali, ecc.
- 12) A titolo esemplificativo: Supporto all'inserimento lavorativo, Buoni spesa o buoni pasto, Interventi per senza dimora, ecc.
- 13) A titolo esemplificativo: Contributi per servizi alla persona, Contributi economici per alloggio, Contributi economici per i servizi scolastici, Contributi economici ad integrazione del reddito familiare, ecc.

#### MACRO LIVELLO OBIETTIVI DI SERVIZIO

##### AREE DI INTERVENTO

RESPONSABILITA' FAMILIARI (SINBA)1

DISABILITA' E NON AUTOSUFF. (SINA)2

POVERTA' ED ESCLUSIONE SOCIALE (SIP)3

1

SERVIZI PER L'ACCESSO E LA PRESA IN CARICO DA PARTE DELLA RETE ASSISTENZIALE

ACCESSO<sup>4</sup> PRESA IN CARICO<sup>5</sup> PRONTO INTERVENTO SOCIALE<sup>6</sup>

2

SERVIZI E MISURE PER FAVORIRE LA PERMANENZA A DOMICILIO

ASSISTENZA DOMICILIARE<sup>7</sup> SERVIZI PROSSIMITA'<sup>8</sup>

3

SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA E SERVIZI TERRITORIALI COMUNITARI

ASILI NIDO E ALTRI SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA<sup>9</sup>

CENTRI DIURNI E ALTRI SERVIZI TERRITORIALI COMUNITARI<sup>10</sup>

4

SERVIZI TERRITORIALI A CARATTERE RESIDENZIALE PER LE FRAGILITA'

COMUNITA'/RESIDENZE A FAVORE DEI MINORI E PERSONE CON FRAGILITA'<sup>11</sup>

5

MISURE DI INCLUSIONE SOCIALE – SOSTEGNO AL REDDITO

INTERVENTI/MISURE PER FACILITARE INCLUSIONE E AUTONOMIA<sup>12</sup>

MISURE DI SOSTEGNO AL REDDITO<sup>13</sup>

|                   |
|-------------------|
| <b>PREVIDENZA</b> |
|-------------------|

### **MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI**

**Approvazione della delibera n. 526 adottata dal Consiglio d'amministrazione dell'Ente di previdenza dei periti industriali e dei periti industriali laureati (EPPI) in data 26 luglio 2017.** (GU n. 1 del 2.1.18)

Con nota del Ministero del lavoro e delle politiche sociali n. 36/0014537 del 7 dicembre 2017 è stata approvata, ai sensi dell'art. 3, comma 2, del decreto legislativo 30 giugno 1994, n. 509, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, la delibera n. 526 del 26 luglio 2017, recante il Regolamento per la gestione del patrimonio dell'EPPI.

**Approvazione della delibera n. 84/2017 adottata dal Consiglio di amministrazione dell'Ente nazionale di previdenza ed assistenza dei medici e degli odontoiatri (ENPAM), in data 21 settembre 2017.** (GU n. 12 del 9.1.18)

Con nota del Ministero del lavoro e delle politiche sociali n. 36/0015310/MED-L-106 del 21 dicembre 2017 è stata approvata, ai sensi dell'art. 3, comma 2, del decreto legislativo 30 giugno 1994, n. 509, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, la delibera n. 84/2017 adottata dal Consiglio di Amministrazione dell'ENPAM in data 21 settembre 2017, concernente la determinazione del contributo di maternità per l'anno 2018, in misura pari a € 40.00 pro-capite.

**Approvazione della delibera n. 51 adottata dal consiglio di amministrazione dell'Ente nazionale di previdenza e assistenza veterinari (ENPAV), in data 28 settembre 2017.** (GU n. 12 del 9.1.18)

Con nota del Ministero del lavoro e delle politiche sociali n. 36/0014752/VET-L-75 del 13 dicembre 2017 è stata approvata, ai sensi dell'art. 3, comma 2, del decreto legislativo 30 giugno 1994, n. 509, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, la delibera n. 51 adottata dal consiglio di amministrazione dell'ENPAV in data 28 settembre 2017, concernente l'adozione della tabella dei

coefficienti di rivalutazione dei redditi da assumere per il calcolo delle medie di riferimento delle pensioni, per l'anno 2018, ai sensi dell'art. 47 del «Regolamento di attuazione dello statuto».

**Approvazione della delibera n. 16/IIICDA adottata dal consiglio di amministrazione dell'Ente nazionale di previdenza e assistenza veterinari (ENPAV), in data 1° aprile 2017.** (GU n. 12 del 9.1.18)

Con nota del Ministero del lavoro e delle politiche sociali n. 36/0014745/VET-L-73 del 13 dicembre 2017 è stata approvata, ai sensi dell'art. 3, comma 2, del decreto legislativo 30 giugno 1994, n. 509, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, la delibera n. 16/IIICDA adottata dal consiglio di amministrazione dell'ENPAV in data 1° aprile 2017, concernente la determinazione dei coefficienti di trasformazione in rendita da applicarsi alle età anagrafiche rientranti nell'intervallo 71-80 anni per la liquidazione dei trattamenti pensionistici contributivi con decorrenza 1° gennaio 2016.

**Approvazione della delibera n. 9 adottata dall'assemblea nazionale dei delegati dell'Ente nazionale di previdenza e assistenza veterinari (ENPAV), in data 26 novembre 2016.** (GU n. 12 del 9.1.18)

Con nota del ministero del lavoro e delle politiche sociali n. 36/0014756/VET-L-71 del 13 dicembre 2017 è stata approvata, ai sensi dell'art. 3, comma 2, del decreto legislativo 30 giugno 1994, n. 509, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, la delibera n. 9 adottata dall'assemblea nazionale dei delegati dell'ENPAV in data 26 novembre 2016, concernente la modifica all'art. 17, del Regolamento di attuazione dello Statuto.

**Approvazione della delibera n. 8 adottata dall'assemblea nazionale dei delegati dell'Ente nazionale di previdenza e assistenza veterinari (ENPAV), in data 26 novembre 2016.** (GU n. 12 del 9.1.18)

Con nota del Ministero del lavoro e delle politiche sociali n. 36/0014753/VET-L-70 del 13 dicembre 2017 è stata approvata, ai sensi dell'art. 3, comma 2, del decreto legislativo 30 giugno 1994, n. 509, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, la delibera n. 8 adottata dall'assemblea nazionale dei delegati dell'ENPAV in data 26 novembre 2016, concernente la modifica all'art. 22, comma 3 del regolamento di attuazione dello Statuto.

**Approvazione della delibera n. 6 adottata dall'assemblea nazionale dei delegati dell'Ente nazionale di previdenza e assistenza veterinari (ENPAV), in data 26 novembre 2016.** (GU n. 12 del 9.1.18)

Con nota del Ministero del lavoro e delle politiche sociali n. 36/0014748/VET-L-68 del 13 dicembre 2017 è stata approvata, ai sensi dell'art. 3, comma 2, del decreto legislativo 30 giugno 1994, n. 509, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, la delibera n. 6 adottata dall'assemblea nazionale dei delegati dell'ENPAV in data 26 novembre 2016, concernente la modifica all'art. 21, commi 12 e 13 del regolamento di attuazione dello Statuto.

**Approvazione della delibera n. 17 adottata dal comitato dei delegati della Cassa nazionale di previdenza ed assistenza forense, in data 21 luglio 2017.** (GU n. 12 del 9.1.18)

Con nota del Ministero del lavoro e delle politiche sociali n. 36/0014760/AVV-L-139 del 13 dicembre 2017 è stata approvata, ai sensi dell'art. 3, comma 2, del decreto legislativo 30 giugno 1994, n. 509, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e con il Ministero della giustizia, la delibera n. 17, adottata dal comitato dei delegati della Cassa Forense data 21 luglio 2017, concernente modifiche al regolamento generale.

|                        |
|------------------------|
| <b>PRIVATO SOCIALE</b> |
|------------------------|

**MINISTERO DELLO SVILUPPO ECONOMICO**

**DECRETO 7 dicembre 2017** - Liquidazione coatta amministrativa della «Domus Concordiae - società cooperativa sociale a responsabilità limitata onlus», in Bari e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 7 del 10.1.18)

**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 la sentenza del 25 settembre 2017 n. 140/2017 del Tribunale di Bari con la quale è stato dichiarato lo stato d'insolvenza della società cooperativa «Domus Concordiae - Società cooperativa sociale a responsabilità limitata Onlus»;

Considerato che ex art. 195, comma 4 del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267 la stessa è stata comunicata all'autorità competente perché disponga la liquidazione ed è inoltre notificata, affissa e resa pubblica nei modi e nei termini stabiliti per la sentenza dichiarativa dello stato di fallimento;

Visto l'art. 195 del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267, per cui l'adozione del provvedimento di liquidazione coatta amministrativa è attività del tutto vincolata;

Ritenuta l'opportunità di omettere la comunicazione di avvio del procedimento ex art. 7 della legge 7 agosto 1990, n. 241, con prevalenza dei principi di economicità e speditezza dell'azione amministrativa, atteso che l'adozione del decreto di liquidazione coatta amministrativa è atto dovuto e consequenziale alla dichiarazione dello stato di insolvenza e che il debitore è stato messo in condizione di esercitare il proprio diritto di difesa; 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 «Domus Concordiae - Società cooperativa sociale a responsabilità limitata Onlus» con sede in Bari (codice fiscale 07211670729) 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 il dott. Nicola Lombardi (codice fiscale LMBNCL76T11H703K) nato a Salerno l'11 dicembre 1976, domiciliato in Salerno, via Francesco Crispi n. 33.

**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, 7 dicembre 2017

D'ordine del Ministro Il Capo di Gabinetto S OMMA

**DECRETO 20 dicembre 2017** -Liquidazione coatta amministrativa della «Sogno Telematico società cooperativa sociale», in Siena e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 7 del 10.1.18)

**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 la sentenza del 25 ottobre 2017, n. 62/2017 del Tribunale di Siena con la quale è stato dichiarato lo stato d'insolvenza della società cooperativa «Sogno Telematico società cooperativa sociale»; Considerato che ex art. 195, comma 4 del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267 la stessa è stata comunicata all'autorità competente perché disponga la liquidazione ed è inoltre notificata, affissa e resa pubblica nei modi e nei termini stabiliti per la sentenza dichiarativa dello stato di fallimento; Visto l'art. 195 del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267, per cui l'adozione del provvedimento di liquidazione coatta amministrativa è attività del tutto vincolata;

Ritenuta l'opportunità di omettere la comunicazione di avvio del procedimento ex art. 7 della legge 7 agosto 1990, n. 241, con prevalenza dei principi di economicità e speditezza dell'azione amministrativa, atteso che l'adozione del decreto di liquidazione coatta amministrativa è atto dovuto e consequenziale alla dichiarazione dello stato di insolvenza e che il debitore è stato messo in condizione di esercitare il proprio diritto di difesa;

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 «Sogno Telematico società cooperativa sociale» con sede in Siena (codice fiscale 00889020525) 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 il dott. Giovanni Semboloni (c.f. SMBGNN43C23C407N) nato a Cavriglia (AR) il 23 marzo 1943, domiciliato in Bagno a Ripoli (FI), via Chiantigiana n. 66.

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 dicembre 2017 D'ordine del Ministro Il Capo di Gabinetto S OMMA

## SANITA'

### MINISTERO DELLA SALUTE

**DECRETO 23 novembre 2017** . Conferma del carattere scientifico dell'IRCCS «Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia», in Reggio Emilia, nella disciplina di oncologia per tecnologie avanzate e modelli assistenziali. (GU n. 7 del 10.1.18)

Decreta:

Art. 1.

1. È confermato il riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS di diritto pubblico «Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia» dell'allora Azienda ospedaliera «Arcispedale Santa Maria Nuova», ora Azienda Unità Sanitaria locale di Reggio Emilia, nella disciplina «oncologia per tecnologie avanzate e modelli assistenziali», per le sedi di Reggio Emilia, via Giovanni Amendola, 2 (sede legale), viale Umberto I, 50 e viale Risorgimento, 80.

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, 23 novembre 2017 Il Ministro: LORENZIN

# PANORAMA REGIONALE

Bollettini Ufficiali regionali pervenuti al 12 GENNAIO 2018, arretrati compresi

## ASSISTENZA PENITENZIARIA

### LAZIO

**Decreto del Commissario ad Acta 20 dicembre 2017, n. U00563** - Approvazione del documento recante "Assistenza per la Tutela della Salute Mentale adulti in ambito penitenziario". - Conferenza Unificata n.3 del 22/1/2015 (BUR n. 3 del 9.1.18)

#### Note

Viene integrata e modificata, come riportato nell'All.1 del documento parte integrante del presente Decreto, la parte relativa alla "*Scheda per screening*".

Viene altresì approvato il documento che è parte integrante del presente Decreto recante: "*Assistenza per la Tutela della Salute Mentale adulti in ambito penitenziario*".

## **ASSISTENZA PER LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE ADULTI IN AMBITO PENITENZIARIO**

### **Premessa: Finalità del documento**

#### **A. INDICAZIONI STRATEGICHE**

- A.1. Il contesto
  - A.1.1. Normativa
  - A.1.2. Strutture penitenziarie e popolazione detenuta
  - A.1.3. Condizioni di salute della popolazione detenuta
- A.2. Visione - Scopo
- A.3. Obiettivi generali e specifici
- A.4. Azioni prioritarie
- A.5. Strategie e metodi
  - A.5.1. Lavoro di equipe
  - A.5.2. Integrazione/collegamento con Area Trattamentale, della Sicurezza e Direzione di Istituto
  - A.5.3. Comunicazioni informazioni sanitarie

#### **B. GESTIONE DELLE RISORSE**

- B.1. Risorse umane
- B.2. Risorse strutturali, strumentali e logistiche
- B.3. Piano della formazione

#### **C. REALIZZAZIONE DEL PRODOTTO: PROCESSI OPERATIVI**

- C.1. Il Percorso Diagnostico Terapeutico per adulti
  - o 1. Intake
  - o 2. Accoglienza
  - o 3. Valutazione Diagnostica
  - o 4. Piano di Trattamento (Assunzione in cura, Presa in carico integrata, Trattamento in urgenza)
  - o 5. Monitoraggio
  - o 6. Dimissioni dal percorso terapeutico
- C.2. Interventi di comunità e di rete
- C.3. Coordinamento con altre partiture aziendali
- C.4. Interventi specifici in strutture dedicate

#### **D. RISULTATI: ANALISI, MONITORAGGIO, MIGLIORAMENTO**

- D.1. Risultati attesi
- D.2. Sistema Informativo

#### **ALLEGATI**

- 1. Scheda per Screening ed invio al Dipartimento di Salute Mentale
- 2. Registro di Segnalazione del Servizio Sanitario (Medicina di Base, Continuità Assistenziale, Medicina Specialistica) al DSM per rischio disturbo psichico e rischio autolesivo e/o suicidario
- 3. Scheda di Accoglienza
- 4. Obiettivi di trattamento (in riferimento a piano di trattamento integrato)

09/01/2018 - BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LAZIO - N. 3

3

### **PREMESSA**

#### **Finalità del documento**

La Regione Lazio – Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali - ha governato il transito, avvenuto in differenti fasi, delle funzioni sanitarie, dalla gestione dell'Amministrazione Penitenziaria alla gestione da parte del Sistema Sanitario Regionale. Il transito è avvenuto in due fasi: nella prima (fine anni Novanta) sono transitate le funzioni per l'assistenza ai detenuti con patologia da dipendenza e per la prevenzione; nella seconda (2008) sono transitate tutte le altre funzioni sanitarie, in materia di

medicina di base, medicina specialistica, assistenza infermieristica, nonché di assistenza per la tutela della salute mentale.

Proprio quest'ultimo aspetto, relativo all'assistenza per la tutela della salute mentale, ha determinato una delle maggiori difficoltà collegata alla resistenza ad apportare cambiamenti nel sistema. I Dipartimenti di Salute Mentale sono intervenuti nell'assistenza in ambito penitenziario con modalità, tempi, sensibilità ed organizzazioni diversi tra loro, anche in presenza di specifiche direttive regionali soprattutto di tipo organizzativo. A distanza di 9 anni dal DPCM 1 aprile 2008, che ha segnato il momento del transito delle funzioni sanitarie, l'acquisita esperienza professionale dei servizi e dei singoli operatori della salute mentale ha permesso di definire una "strategia" regionale e di individuare specifici percorsi diagnostico terapeutici.

Il presente documento, quindi, ha lo scopo di:

- orientare le politiche sanitarie in materia di tutela della salute mentale in ambito penitenziario;
- orientare i servizi per la salute mentale verso una adeguata pianificazione degli interventi di prevenzione, di cura e di riabilitazione;
- supportare i servizi ed i singoli clinici al fine di definire percorsi assistenziali condivisi e ritenuti dai professionisti del settore appropriati in funzione dei quadri clinici e dei contesti di vita e di cura;
- offrire un quadro unitario del percorso assistenziale, che incrementi l'omogeneità di trattamento tra Istituti Penitenziari, favorendo la continuità assistenziale per tutti i pazienti che, nell'ambito della pena detentiva, siano trasferiti tra più Istituti penitenziari;
- garantire un sistema di governo dell'assistenza orientato al miglioramento continuo della qualità e alla valutazione degli esiti clinici.

### **Organizzazione del Documento**

Il documento è articolato in 4 sezioni, corrispondenti a 4 Macroprocessi, individuati dalle norme ISO 9001 e relativi a:

1. Responsabilità della Direzione - "Indicazione Strategiche": strategie determinate dalla lettura di contesti, dalla domanda di salute, dalla normativa e dai vincoli istituzionali ed istitutivi.
2. Gestione delle Risorse: individuazione delle risorse necessarie per il funzionamento del sistema e degli elementi essenziali per il governo e la gestione delle risorse stesse.
3. Realizzazione del Prodotto: con "prodotto" si intende, nel nostro caso, l'intervento individuale, di comunità e di sistema per la tutela della salute mentale; pertanto viene principalmente riferito alla definizione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA *come da definizione corrente*); ulteriori riferimenti sono effettuati in relazione agli interventi preventivi, agli interventi di rete intra ed extra sistema sanitario.
4. Misurazione, analisi e miglioramento; individuazione di un sistema di monitoraggio e valutazione dell'intero processo assistenziale, con il governo dei conseguenti processi di cambiamento.

### **Metodologia di realizzazione del documento**

Il Documento è l'esito del confronto professionale nell'ambito di un Gruppo di lavoro tecnico scientifico (costituito ai sensi della Determina G11807 del 01.10.2015) finalizzato alla definizione di un Protocollo operativo per l'assistenza alla popolazione detenuta in ambito di salute mentale. Hanno partecipato attivamente ai lavori del gruppo, diverse professionalità (Psichiatra e/o Psicologo) individuate dai Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale di ciascuna ASL all'interno del cui territorio insistono gli Istituti Penitenziari del Lazio. Il confronto tra esperienze, realtà, risorse ed organizzazioni differenti ha dato modo di condividere alcune indicazioni che potessero essere sufficientemente "trasversali" ai diversi contesti territoriali e, pertanto, potessero fungere da linea guida di orientamento organizzativo comune.

Si intende evidenziare che alcuni componenti del Gruppo di lavoro, per riorganizzazioni interne alla propria Amministrazione Sanitaria, sono stati successivamente sostituiti e che pertanto hanno partecipato attivamente alla stesura del documento, oltre che l'Area delle Politiche per l'Inclusione della Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali, per le ASL, anche, M. Bustini (ASL/DSM RI),

N. Butera, M. Cozza e C. Leonardi (ASL/DSM RM2), C. Celozzi e P. Cervellini (ASL/DSM4), A. Di Stefano (ASL FR), A. Picello (ASL/DSM VT) e M. Sellacci (ASL/DSM LT).

La stesura del documento è stata redatta e curata da C. Celozzi (ASL/DSM RM4) e A. Di Stefano (ASL/DSM FR).

Si è ritenuto opportuno, di rinviare ad un successivo Atto, la definizione di uno specifico PDTA per la salute mentale dei minori e giovani adulti in ambito penale, continuando ad avvalersi della collaborazione di M.T. Gerace (ASL RM1 per l'IPM).

## **A. INDICAZIONI STRATEGICHE**

### **A.1. Il contesto**

L'istituzione penitenziaria rappresenta una delle ultime "istituzioni totali" (Goffmann) pubbliche, dopo la recente chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, nelle quali la finalità della privazione delle libertà individuali deve essere conciliata con il principio sancito dalla Costituzione italiana dell'inalienabile diritto alla salute. È proprio in virtù di questo diritto che è stata apportata la riforma della sanità penitenziaria che, seppur con un processo durato molti anni, ha portato al riconoscimento delle competenze del Sistema Sanitario Regionale anche in ambito detentivo, modificando l'impostazione per la quale la funzione della cura era ambito di intervento della stessa amministrazione penitenziaria.

Tale processo di cambiamento, seppur lento e difficile per tutta la sanità, è stato ed è particolarmente critico in ambito di salute mentale: in questo caso, infatti lo stato di salute/malattia è ancor più collegato con le determinanti ambientali in cui si manifesta il disturbo stesso. In ogni caso, l'ambiente influenza fortemente l'evoluzione del disturbo psichico, nonché le possibilità di recupero e di trattamento. Operare in ambito di salute mentale in carcere difficilmente può non impattare, prima o poi, con i vincoli e le caratteristiche valoriali, organizzative e funzionali della stessa istituzione penitenziaria. Organizzare quindi l'assistenza per la salute mentale in carcere deve tener conto di tali vincoli e individuare le opportune strategie per la migliore garanzia della salute individuale e collettiva. Inoltre, nel processo di riorganizzazione dell'assistenza, è da tener conto anche delle resistenze che i Dipartimenti di Salute Mentale hanno manifestato nell'assumere prontamente la funzione loro assegnata, sia in relazione alle risorse disponibili sia in relazione alla difficoltà specifica dell'operare adeguatamente nel contesto carcerario.

Pertanto, al fine di individuare in modo appropriato la strategia per garantire la tutela della salute mentale in carcere è necessario considerare il contesto in cui si deve operare, con particolare riferimento alla normativa di settore, alla numerosità e composizione dell'utenza/popolazione target dei trattamenti e ai dati epidemiologici specifici disponibili.

#### **A.1.1. Normativa**

La normativa di riferimento utile per i decisori ed i professionisti sanitari che operano nel campo della salute mentale in ambito penitenziario deve tener conto del profondo cambiamento culturale che ha determinato la trasformazione del paradigma di fondo sulle competenze in materia di salute dei detenuti, portando all'attuale assetto organizzativo e funzionale.

L'art.11 della Legge n.354/75 "Ordinamento Penitenziario" e l'art.17 del relativo Regolamento di esecuzione, prevedono che l'Amministrazione Penitenziaria predisponga, in ogni Istituto penitenziario, l'organizzazione di un servizio sanitario, avvalendosi eventualmente di singole collaborazioni in convenzione con il servizio sanitario. Fino agli anni Ottanta anche il parere del Consiglio di Stato n.305 del 7 luglio 1987, confermò l'esclusiva competenza in materia sanitaria da parte dell'Amministrazione Penitenziaria, considerando la salute quale aspetto imprescindibile dal percorso

di recupero e di trattamento educativo e sociale; inoltre tale confluenza di ruoli e funzioni permetteva di mantenere il controllo diretto sulla popolazione detenuta da parte di una unica Istituzione.

Solo negli anni Novanta si sono sviluppate visioni ed impostazioni differenti, a partire dall'assistenza ai detenuti tossicodipendenti, prevista dall'art. 96 D.P.R. 309\1990 che ha affidato alle unità sanitarie locali, d'intesa con le Direzioni degli istituti penitenziari, la cura e la riabilitazione di tali pazienti.

Sempre nello stesso decennio si sono realizzate diverse esperienze locali di collaborazione/convenzioni interistituzionali, che hanno portato alla emanazione della legge n.419 del 1998 (*“Delega al governo per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale.”*) che prevedeva anche la riforma dell’assistenza sanitaria nel sistema carcerario, da realizzare sulla base di una specifica norma (articolo 5) intitolata appunto *“riordino della medicina penitenziaria”*. Da tale Legge è scaturito quindi il successivo Decreto Legislativo 230 del 22 giugno 1999 *“Riordino della medicina penitenziaria a norma dell’articolo 5 della Legge 30 novembre 1998, n. 419”*. Con tale Atto si è definitivamente sancita la separazione delle competenze assegnando al Sistema Sanitario la competenza sulla salute anche in ambito penitenziario e mantenendo al Sistema della Giustizia penale la competenza relativa alla sicurezza. La prima fase di tale importante riforma, proprio per il suo forte impatto sul sistema, prevedeva che tale riforma fosse applicata solo nei settori della prevenzione e, sulla scorta di quanto già attivo in molti territori, dell’assistenza ai tossicodipendenti ed alcolodipendenti detenuti.

Dopo quasi un ulteriore decennio si è completato il processo trasformazione con il DPCM 1 aprile 2008 relativo al *“transito al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, delle risorse finanziarie, dei rapporti di lavoro, delle attrezzature, arredi e beni strumentali relativi alla sanità penitenziaria”*. Da quel momento sono stati avviati Accordi Stato Regioni e P.A. finalizzati alla definizione di modelli, strumenti ed organizzazioni condivise per il governo dell’assistenza sanitaria in ambito penitenziario.

La Regione Lazio - che già aveva svolto funzioni di programmazione, di governo e di orientamento del sistema sanitario per assistenza ai detenuti tossicodipendenti - ha puntualmente seguito tutte le fasi del transito dell’intera assistenza sanitaria in ambito penitenziario, anche attraverso l’Istituzione di tavoli Tecnici, di gruppi di lavoro, nonché del previsto Osservatorio Regionale.

Per quanto concerne la tutela della salute mentale, i due principali e più recenti atti, nazionali e regionali, fanno riferimento ai temi del *“rischio autolesivo e suicidario”* e delle *“reti sanitarie”* atte a garantire adeguati modelli organizzativi. Si riportano di seguito i riferimenti di tali Atti:

□ Accordo n. 5/CU del 19 gennaio 2012, recante, *“Accordo, ai sensi dell’articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante «Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale»”*.

□ Accordo Stato Regioni, approvato in Conferenza Unificata in data 22 gennaio 2015. (Rep. N.3/CU del 22 gennaio 2015), recante *“Linee guida in materia di modalità di erogazione dell’assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali”*.

□ DCA U00026 del 13.01.2015 recante: Recepimento Accordo n. 5/CU del 19 gennaio 2012 e approvazione documento recante *“Programma operativo di prevenzione del rischio auto lesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale nella Regione Lazio”*. Gli esiti della sperimentazione di detto Programma, sono recepiti nel presente Atto per quanto concerne lo stretto ambito della valutazione e dell’intervento da parte del sistema sanitario.

□ DGR 375 del 28.07.2015 *“Atto di recepimento dell’Accordo “Linee guida in materia di modalità di erogazione dell’assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali” approvato dalla Conferenza Unificata in data 22 gennaio 2015. (Rep. N. 3/CU del 22 gennaio 2015)”*. In ambito di Tutela della Salute Mentale non si può non fare riferimento alle disposizioni relative alla riorganizzazione dell’intero sistema delle misure previste per la gestione di detenuti con grave patologia psichiatrica e/o di soggetti posti in Misura di Sicurezza detentiva. In tale ambito è quindi opportuno richiamare quanto disposto per:

□ la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e la concomitante istituzione delle Residenze per l’Esecuzione in Misure di Sicurezza – REMS (con riferimento ai Decreti Legge 211/2012, 158/2012, 24/2013 e 52/2014, convertiti nei testi integrati nelle rispettive Leggi n. 9/2012, 189/2012; 57/2013; 81/2014). A tale scopo la Regione Lazio ha avviato il programma di presa in carico dei pazienti già ricoverati negli ex OPG, assicurando la corretta dimissione e definizione dei PTRI (Progetti

Terapeutici Riabilitativi Individuali). Ha inoltre assicurato la programmazione, l'apertura ed il funzionamento di 5 REMS attualmente operative.

Nell'ambito di questa linea è stato inoltre assicurata la formazione del personale sanitario regionale (DGR n.4 del 13.01.2012, DCA n. U00096 del 09.04.2013, DCA n.U00300 del 03.07.2013 e s.m.i., DCA U00233 del 18.07.2014 e s.m.i.);

□ le sezioni sanitarie specializzate pensate per soggetti affetti da disturbi mentali con la finalità di assicurare appropriati trattamenti sanitari extraospedalieri, compatibili con il regime detentivo.

Le indicazioni nazionali sono riportate in prima istanza nell'Accordo in Conferenza Unificata n.95 del 13 ottobre 2011, cui fa riferimento la DRG Lazio n.277 del 15.06.2012.

Successivamente nella seduta della già citata Conferenza Unificata del 22/1/2015 viene approvato l'Accordo ai sensi dell'art.9, comma 2 lett. C) del D.L. 28/8/1997, n.281 sul documento "*Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali*", in cui al punto 3 dell'allegato "*Servizi sanitari in ambito penitenziario*" sono definite le sezioni sanitarie specializzate per specifiche patologie, come di seguito descritto:

*"La normativa vigente prevede che alcune categorie di detenuti, affetti da specifici stati psicologici, siano ospitate in sezioni penitenziarie a gestione sanitaria. Il primo riferimento normativo per l'istituzione di sezioni specializzate è la L.354/1975 che, all'art.65, prevede: "I soggetti affetti da infermità o minorazioni fisiche o psichiche devono essere assegnati ad istituti o sezioni speciali per idoneo trattamento. A tali istituti o sezioni sono assegnati i soggetti che a causa delle loro condizioni, non possono essere sottoposti al regime degli istituti ordinari".*

Le tipologie previste di sezioni sanitarie specializzate prevedono: 1) sezioni per detenuti con malattie infettive; 2) sezioni per soggetti affetti da disturbi mentali; 3) Sezioni per detenuti tossicodipendenti. Per le Sezioni sanitarie specializzate per soggetti affetti da disturbi mentali (da ora denominate "*sezioni per disturbi mentali*") si prevede, al punto 3.2 del citato Atto, quanto segue:

*"Sezioni per soggetti affetti da disturbi mentali"*

*"L'istituzione di sezioni specializzate per persone con disturbi mentali, oltre alla legge 354/1975, trova un ulteriore riferimento normativo nell'Accordo in Conferenza Unificata n.95 del 13 ottobre 2011 recante "Integrazione agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle Casa di Cura e Custodia (CCC) di cui all'Allegato C al DPCM 1/4/2008".*

*In tali sezioni gli interventi diagnostici e terapeutico riabilitativi sono assicurati dai dipartimenti di salute mentale delle Aziende sanitarie territorialmente competenti oltre che dagli altri specialisti del Servizio. L'inserimento in dette sezioni che comprendono e unificano le preesistenti sezioni penitenziarie per osservandi e minorati psichici, è riservato ai soggetti detenuti che presentano disturbi psichici gravi, con specifico riferimento ai soggetti di cui all'art.111 (commi 5 e 7) del DPR 230/2000 sull'ordinamento penitenziario, ai soggetti di cui all'art. 112 del DPR medesimo ed ai soggetti di cui all'art. 148 C.P.*

*"11 detenuti minorati psichici (art. 111 DPR 230/2000, nuovo regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario);*

Pertanto, come evidenziato anche negli Stati Generali per l'Esecuzione Penale, promossi dal Ministero di Giustizia, la attuale normativa determina una "*carezza di tutela nei confronti dei detenuti affetti da problemi psichiatrici, per i quali in caso di sopravvenienza della patologia, allo stato, esiste il solo rimedio previsto dall'art. 148 c.p. (che, di fatto, prevede la permanenza delle persone in regime detentivo) e non è contemplata una misura alternativa dedicata e con carattere di specificità.*"

(Fonte: Tavolo di Lavoro sulla Salute Mentale). In altri termini le misure alternative come previste in casi di tossicodipendenza, di AIDS, o di gravi infermità fisiche non sono applicabili in casi di infermità psichiche sopravvenute, rimandando il trattamento al solo regime detentivo, eventualmente avvalendosi delle sezioni specializzate per disturbi mentali. Sezioni peraltro ancora non classificate come tali dal Dipartimento Amministrazione Penitenziaria nell'ambito del territorio regionale.

Ciò determina ancor più una particolare responsabilità da parte del SSR nella gestione del paziente con disturbo mentale detenuto, che la Regione Lazio intende supportare con quanto stabilito e programmato con il presente Atto.

#### A.1.2. Strutture penitenziarie e popolazione detenuta

Dai dati del Ministero di Giustizia emerge che alla data del *31 settembre 2017* in Italia sono attivi 190 Istituti Penitenziari, corrispondenti ad una capienza regolamentare di 50.508; i detenuti effettivamente presenti sono 57.661, di cui 19.809 stranieri (pari al 34,4% del totale dei detenuti).

Nella Regione Lazio, alla stessa data, sono attivi 14 Istituti per adulti, con una capienza regolamentare pari a 5.256 posti, che ospitano effettivamente 6.333 detenuti, di cui 2.704 stranieri (pari al 42,7% del totale dei detenuti).

Nello specifico per singolo Istituto, le presenze al *31 settembre 2017* sono come di seguito indicate in tabella:

#### **ASL ISTITUTO TIPO DI ISTITUTO CAPIENZA REGOLAM. DETENUTI**

##### **Totale Donne Stranieri**

|   |
|---|
| RM1 Regina Coeli CC 620 965 - 487                     |
| RM2   |
| Rebibbia femminile CCF 279 366 366 177                |
| Rebibbia N.C.1 CC 1172 1415 - 493                     |
| Rebibbia Terza Casa CC 172 74 - 6                     |
| Rebibbia Reclusione CR 443 319 - 61                   |
| RM4 Civitavecchia "Giuseppe Passerini" CR 144 84 - 24 |
| Civitavecchia "N.C." CC 358 422 5 257                 |
| RM6 Velletri CC 411 570 - 245                         |
| FR  |
| Paliano CR 140 89 4 12                                |
| Frosinone "Giuseppe Pagliei" CC 510 568 - 168         |
| Cassino CC 203 321 - 153                              |
| LT Latina CC 77 135 28 39                             |
| RI Rieti "N.C." CC 295 397 - 240                      |
| VT Viterbo "N.C." CC 432 608 - 342                    |
| <b>TOTALE 5256 6333 403 2704</b>                      |

Fonte: Ministero della Giustizia – Statistiche 2

*detenuti condannati in cui l'infermità di mente sia sopravvenuta durante l'esecuzione della pena (art.148 c.p.); detenuti dei quali deve essere accertata l'infermità psichica per un periodo non superiore ai 30 giorni (art.112 DPR*

*30/2000).* [https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg\\_1\\_14\\_1.page?facetNode\\_1=0\\_2&facetNode\\_2=0\\_2\\_10&facetNode\\_3=1\\_5\\_36&contentId=SST43408&previousPage=mg\\_1\\_14](https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14_1.page?facetNode_1=0_2&facetNode_2=0_2_10&facetNode_3=1_5_36&contentId=SST43408&previousPage=mg_1_14)

Il carico assistenziale per ogni ASL è molto differenziato, con la ASL RM2 che assiste più di un terzo di tutti i detenuti degli istituti del Lazio e le ASL Frosinone e Roma 1 che assistono poco meno di un altro terzo della popolazione detenuta; inoltre la differenza del numero di Istituti per ogni ASL determina una seconda variabile importante per l'organizzazione del processo assistenziale, in relazione ai diversi accordi interistituzionali da realizzare con ogni Direzione di Istituto; infine la dislocazione e la distanza tra singoli Istituti insistenti in ogni ASL determina una terza variabile di complessità del processo assistenziale, non potendo automaticamente utilizzare su più istituti le risorse disponibili. n. detenuti al 31.09.2017 n. istituti

RM2 **2174** 4

FR **978** 3  
 RM1 **965** 1  
 VT **608** 1  
 RM6 **570** 1  
 RM4 **506** 2  
 RI **397** 1  
 LT **135** 1  
**TOT 6333 14**

Fonte: Ministero della Giustizia – Statistiche

È da considerare inoltre il trend delle presenze di detenuti nel tempo: negli ultimi cinque anni si assiste ad un decremento della popolazione detenuta fino al 2015 ed a un successivo costante incremento. Analogamente è in aumento la percentuale di detenuti stranieri, che nel Lazio è superiore alla percentuale nazionale, determinando una complessità nel processo assistenziale, ancor più in relazione alla diagnosi e al trattamento di disturbi mentali.

In generale il sovraffollamento è ancora una criticità esistente, che impatta gravemente sulle condizioni di vita e, in molti casi, con ricadute negative sulle capacità di adattamento dell'individuo.

**Serie1; RM2;**

**2174; 34%**

**Serie1;**

**FR; 978;**

**15%**

**Serie1;**

**RM1; 965;**

**15%**

**Serie1; VT;**

**614; 10%**

**Serie1; RM6;**

**568; 9%**

**Serie1; RM4;**

**520; 8%**

**Serie1; RI;**

**393; 6%**

**Serie1; LT;**

**141; 2%** ripartizione % detenuti per ASL

Fonte: Ministero della Giustizia – Statistiche 3

Per quanto concerne le sezioni specialistiche per soggetti affetti da disturbi mentali, la programmazione regionale in accordo con l'Amministrazione Penitenziaria prevede la disponibilità di 37 posti (DGR 277/2012), così articolati in sezioni per uomini (U) e per donne (D):

**Tab.1 – Individuazione sedi “Sezioni disturbi mentali”**

ASL SEDE Denominazione n. U/D Prima destinazione

1 Roma 1 Roma C.C. “Regina Coeli” - CDT 2 U destinato anche al 41bis - A.S.

*art. 112 DPR 230/2000*

2 Roma 2 Roma C.C. “Nuovo Complesso” di  
 Rebibbia

6 U *art. 112 DPR 230/2000*

3 Roma 2 Roma Casa Reclusione Roma Rebibbia 18 U *art.111 del DPR 230/2000*

4 Roma 4 Civitavecchia C.C. “Nuovo Complesso” 3 D *art. 112 DPR 230/2000*

5 Roma 6 Velletri C.C. 8 U *art. 112 DPR 230/2000*

**Totale 37**

### A.1.3. Condizioni di salute della popolazione detenuta

Gli studi sulle condizioni di salute in carcere sono molteplici, ma basate su metodologie, strumenti di rilevazione ed obiettivi diversi: tale difformità di analisi ha determinato una variabilità sulle stime della diffusione delle patologie mentali in ambito penitenziario.

Cionondimeno, tutte le analisi rimarcano la maggiore (o molto maggiore) prevalenza di disturbi mentali tra la popolazione detenuta piuttosto che tra la popolazione generale.

Nelle indagini effettuate dall'OMS si riporta che circa la metà dei soggetti detenuti è affetta da un qualche disturbo di personalità, mentre un decimo soffre di serie patologie mentali, quali psicosi e depressione grave. Quasi tutti i detenuti e i minori entrati nel circuito penale presentano episodi di umore depresso, che non necessariamente coincide con una patologia e/o sindrome depressiva

3 Rielaborazione dati mensili “*Detenuti italiani e stranieri presenti e capienze per istituto*” mesi di riferimento, Giugno dal 2013 al 2017

Il tasso di suicidi fra i detenuti più elevato rispetto alla popolazione generale. Dai dati del DAP relativi al 2015 emerge che un tasso di suicidi in carcere pari a 7.4 ogni 10.000 detenuti mediamente presenti, e a 3,6 detenuti in custodia nel corso dell'anno (transitati)<sup>4</sup>. Tale tasso risulta comunque superiore a quello della popolazione generale italiana con un tasso di 0.65/10.000 abitanti<sup>5</sup>.

L'OMS identifica alcuni fattori che, più di altri, impattano negativamente sulla salute mentale dei detenuti. Tali fattori sono:

- Sovraffollamento
- Forme varie di violenza
- Isolamento forzato
- Mancanza di privacy
- Mancanza di attività significative
- Isolamento dalle reti sociali
- Incertezza sulle prospettive future, sul lavoro e sulle relazioni
- Inadeguatezza dei servizi sanitari per la salute mentale<sup>6</sup>

Su scala nazionale è stato condotto un importante studio nell'ambito dei Progetti CCM del Ministero della Salute, i cui esiti sono stati pubblicati nel Report “*La Salute dei detenuti in Italia: I risultati di uno studio multicentrico*”. La ricerca è stata compiuta attraverso l'analisi dei dati riportati nelle cartelle cliniche dei detenuti ristretti in Istituti penitenziari di alcune Regioni, tra cui il Lazio ove lo studio è stato effettuato in tutti gli Istituti presenti.

Nell'anno di rilevazione (2013-2014) nel Lazio l'età media dei detenuti è pari a 39,7 anni, con circa il 42% di stranieri e con più del 40% dei detenuti che proviene dalla libertà (circa metà degli stessi non ha avuto precedenti reclusioni). Nell'ambito dei disturbi mentali emerge che più del 40% della popolazione detenuta è affetta da almeno una patologia mentale, secondo la classificazione internazionale dell'ICD9. La media di diagnosi per soggetto è pari a 1,5 (pertanto in molti casi si è in presenza di patologie associate). È da notare, però, che circa la metà delle diagnosi riportate è riferita a Dipendenza da Sostanze (circa il 24 % della popolazione detenuta) che non riguarda pertanto lo stretto ambito del presente Documento.

4 Eventi critici negli Istituti Penitenziari - Anno 2015. Ministero della Giustizia. Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria  
Ufficio per la Gestione e lo Sviluppo del S.I.A.

5 Dati ISTAT <https://www.istat.it/it/archivio/203353>

6 *Prison and Health, 2014 WHO Fonte: La Salute dei detenuti in Italia: I risultati di uno studio multicentrico, 2015*

Il disturbo di competenza dei servizi di salute mentale in carcere a più ampia diffusione riguarda, pertanto, il “disturbo nevrotico e reazione di adattamento (17,6% dei detenuti), seguito dal “disturbo affettivo psicotico” (2,7 % dei detenuti) e dai disturbi di personalità (1,6%).

Indubbiamente, nelle lettura dei dati, va tenuto in conto che le diagnosi sono state estratte da quanto già riportato nelle cartelle cliniche, in altri termini fotografano quanto rilevato e registrato dai sanitari nel tempo e non gli esiti di specifica valutazione clinica. Tale rilevazione, pertanto, non corregge i bias legati a valutazioni effettuate anche da non specialisti della salute mentale, ovvero a difetti (mancanza) di refertazione in cartella clinica.

In ogni caso, da questi dati si evince la necessità di articolare l’offerta di trattamento su specifiche direttrici cliniche: l’una diretta a popolazione con disturbo c.d. “minore” e/o transitorio fortemente correlato alle condizioni ambientali e l’altra diretta a popolazione che necessita di presa in carico integrata e multidisciplinare.

Nel primo caso sarebbe opportuno prevedere anche interventi di “comunità”, concordati con le Direzioni e le Aree Trattamentali e di Sicurezza dell’Istituto Penitenziario, finalizzati a costruire ambienti relazionali più salubri, nei quali contrastare i fattori di rischio rilevati dall’OMS (violenza, mancanza di attività significative, perdita di relazioni, ecc.).

Nel secondo caso diventa prioritaria sia la gestione clinica del singolo paziente da parte dell’intera équipe per la salute mentale, sia la condivisione degli obiettivi di trattamento sanitario con l’Area Educativa e con la Sicurezza per la gestione del caso. Tale collaborazione ha una duplice finalità: a) prevenire e limitare casi di aggravamento, di scompenso e di crisi; b) favorire la corretta attuazione dei Piani terapeutici in ottica di obiettivi terapeutici.

## **A.2. Visione – Scopo**

Lo scopo della riforma, realizzata come già illustrato, in diverse fasi e nel corso di molti anni, è stato di garantire i diritti di salute ai cittadini privati della libertà, nella stessa qualità e misura di quanto previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza per i cittadini liberi.

Ciò nel rispetto della Costituzione Italiana, in cui vengono sanciti i due principi: il primo fa riferimento ai “*diritti inviolabili dell’uomo sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove svolge la sua personalità*” (art. 2) ed il secondo alla “*tutela*” della la salute come “*fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività*” (art. 32). La duplice direzione di diritto inviolabile sia del singolo che di interesse pubblico per la collettività è pertanto indicata sin nei principi fondanti la Repubblica.

Durante il lungo iter della realizzazione di tale principio in ambito penitenziario forte attenzione è stata posta al diritto alla salute dell’individuo, dando minore enfasi all’“interesse per la collettività”, quando la stessa è riferibile alla collettività dei detenuti ristretti nel medesimo Istituto.

La stessa indicazione relativa alla partecipazione/responsabilità dei Dipartimenti di Salute Mentale per garantire la tutela della salute mentale in carcere dovrebbe essere finalizzata a trattare il carcere come un nodo della rete territoriale in cui (e con cui) costruire legami e politiche di integrazione.

In altri termini la vera sfida che il Servizio Sanitario dovrebbe porsi è non solo di garantire un adeguato livello di cura ai singoli individui con appropriate valutazioni e trattamenti precoci della patologia, quanto agire in ottica di salute pubblica e di collettività promuovendo una visione di “ambiente di vita” (anche temporaneo) quale luogo e tempo di trasformazione.

È utile al riguardo, riprendere le indicazioni provenienti dall’Organizzazione Mondiale della Sanità relativamente al *Piano di azione Globale Salute Mentale 2013-2020*, in cui si enunciano i seguenti principi generali:

□ **Copertura sanitaria universale:** indipendentemente dalla loro età e sesso, dalla loro situazione socio-economica, della loro razza, della loro appartenenza etnica o del loro orientamento sessuale, e secondo il principio di equità: le persone sofferenti di disturbi mentali dovranno avere accesso, senza rischio di impoverimento, ai servizi sanitari e sociali essenziali che consentano loro la possibilità di recupero [recovery] e di godere del migliore stato di salute possibile.

□ **Diritti umani:** le strategie, le misure e gli interventi terapeutici, profilattici e di promozione in materia di salute mentale devono essere conformi alla Convenzione sui diritti delle persone con disabilità e agli altri strumenti internazionali e regionali sui diritti umani.

□ **Pratiche basate sulle evidenze:** le strategie e gli interventi terapeutici di promozione, in materia di salute mentale, devono basarsi su prove scientifiche e/o sulle migliori pratiche e tenere conto delle considerazioni di carattere culturale.

□ **Approccio orientato ad ogni stadio della vita:** le politiche, i piani e i servizi di salute mentale devono tener conto dei bisogni sanitari e sociali in tutte le tappe del ciclo vitale: prima infanzia, seconda infanzia, adolescenza, età adulta e vecchiaia.

□ **Approccio multisettoriale:** una risposta globale e coordinata riguardo la salute mentale presuppone un partenariato con molteplici settori pubblici, quali quelli della salute, della scuola, del lavoro, della giustizia, della casa, dell'azione sociale e di altri settori coinvolti, così come con il settore privato, in funzione dell'andamento della situazione del paese.

□ **Emancipazione** delle persone sofferenti di disturbi mentali e di disabilità psicosociali: le persone sofferenti di disturbi mentali e di disabilità psicosociali devono emanciparsi e poter partecipare ad azioni di sensibilizzazione, alle politiche, alla pianificazione, alla legislazione, alla prestazione dei servizi, al controllo, alla ricerca e alla valutazione nel campo della salute mentale.

In ambito nazionale, il Piano di Azione Nazionale Salute Mentale (2013) sottolinea che i LEA in salute mentale vengono intesi come “percorsi di presa in carico e di cura esigibili”, e non come singole prestazioni, tenuto conto della particolare complessità, multifattorialità e necessità di trattamenti integrati per i disturbi psichiatrici maggiori, ma anche in relazione ai fattori di rischio biopsicosociale e agli interventi di riabilitazione ed inclusione sociale. In sintesi, viene raccomandato un modello di approccio che dovrebbe garantire:

□ Accessibilità, presa in carico, continuità delle cure, personalizzazione del progetto.

□ Percorsi a differente intensità assistenziale, in rapporto ai bisogni di cura.

□ Servizi flessibili, orientati sui bisogni e sulle persone, “recovery-oriented”.

□ LEA garantiti dalla ASL nel suo complesso, sulla base della sua organizzazione dei servizi, e non solo dal DSM nelle varie articolazioni ed espressioni organizzative.

□ Percorsi esigibili individualmente, anche quando inseriti in attività di gruppo o in attività comunitarie.

Pertanto, riprendendo la logica della duplice direttrice di tutela della salute mentale individuale e di promozione di evolutività dell'ambiente di vita, lo scopo delle azioni proposte dal presente documento è sintetizzabile in:

□ **Prevenzione e promozione del benessere mentale:** la relazione tra individuo e ambiente determina il grado di salute-malattia di ogni persona. Agire con strategie appropriate, desumibili dalle evidenze scientifiche e dalle buone prassi operative, contribuisce a modificare quelle relazioni ambientali che abbiano assunto valenze patogene e non evolutive. Il lavoro di rete dei servizi per la Salute Mentale che operano in ambito penitenziario è pertanto essenziale e non delegabile.

□ **Presa in carico, precoce, appropriata e orientata ad obiettivi,** dei singoli individui che manifestino disagio psichico. L'accessibilità al servizio, l'attenzione alla diagnosi e cura precoce, la personalizzazione del trattamento, l'appropriatezza, la multidisciplinarietà, la riabilitazione, il reinserimento sociale e la valutazione degli esiti clinici sono pertanto gli elementi essenziali del trattamento individuale.

La strategia prioritaria per tali finalità si basa sulla competenza professionale, in cui la visione del trattamento sia condivisa dagli operatori sanitari e sia da essi gestibile attraverso strumento e metodologie professionali adeguate.

### **A.3.Obiettivi generali e specifici**

Alla luce di quanto esposto nelle finalità generali, gli obiettivi generali per la Tutela della salute mentale in carcere sono:

**1. Prevenzione e promozione del benessere mentale**

**1.1.** Promozione del lavoro di rete, intra ed extra murario, con coinvolgimento delle Istituzioni, degli Enti ed Organismi territoriali, nonché delle famiglie dei detenuti.

**1.2.** Prevenzione e lotta allo stigma.

**1.3.** Promozione di attività significative, che assumano valenza riabilitativa per la collettività.

**1.4.** Prevenzione dei comportamenti di violenza ambientale.

**2.** Miglioramento, cura dei quadri clinici patologici.

**2.1.** Prevenzione del rischio auto-eterolesivo e suicidario.

**2.2.** Identificazione precoce dei pazienti con disturbi psichici gravi, con successiva presa in carico integrata e multidisciplinare, anche in connessione con i servizi ospedalieri psichiatrici di Diagnosi e Cura.

**2.3.** Definizione ed attuazione dei percorsi clinici in relazione ai bisogni dei soggetti in carico.

**2.4.** Promozione della salute fisica del paziente con disturbo psichico.

In funzione delle risorse disponibili e delle priorità/criticità locali, saranno pertanto periodicamente definiti su scala Aziendale gli obiettivi perseguibili in ogni arco temporale, a breve-medio e lungo termine.

L'impegno, e la sfida, dei Dipartimenti di Salute Mentale è quindi di contribuire alla reale applicazione della riforma, assicurando non solo i dovuti LEA ai singoli detenuti, ma agendo nel circuito penitenziario su alcuni determinanti fondamentali della salute mentale. Gli obiettivi clinici che riguardano i singoli pazienti non sono pertanto separabili dagli obiettivi di interazione con la rete, la cultura e l'ambiente penitenziario.

#### **A.4. Azioni prioritarie**

Le azioni di seguito elencate sono riprese di massima da quanto previsto dal DPCM 1 aprile 2008 e dal P.O. Salute Mentale, e messe in relazione ai singoli obiettivi declinati (*in corsivo le azioni non riprese letteralmente dalle indicazioni nazionali*).

In tal modo ogni servizio può definire la propria pianificazione su scala aziendale per il raggiungimento degli obiettivi stabiliti localmente, in funzione delle risorse assegnate o disponibili e delle priorità dello specifico contesto dell'Istituto in cui si opera.

#### **Obiettivo generale: 1. Prevenzione e promozione del benessere mentale**

##### **Obiettivi specifici Azioni**

*(in corsivo le azioni non derivanti da piani nazionali)*

**1.1.** Promozione del lavoro di rete, intra ed extra murario, con coinvolgimento delle Istituzioni, degli Enti ed Organismi territoriali, nonché delle famiglie dei detenuti

Implementare la cooperazione tra area sanitaria e area trattamentale, in modo che gli obiettivi trattamentali propri dell'amministrazione penitenziaria e dell'amministrazione minorile si possano coniugare con quelli della tutela e della promozione della salute mentale, attraverso gli interventi più adeguati, sia a tutela della salute della persona, sia a tutela della sicurezza sociale (*riunioni intersistemiche, protocolli operativi locali, ecc*)

**1.2.** Promozione di attività significative, che assumano valenza riabilitativa per la collettività

*Concorrere alla programmazione del piano annuale di Istituto per l'offerta trattamentale*

**1.3.** Prevenzione dei comportamenti di violenza ambientale

Attivare fra i detenuti e i minorenni sottoposti a provvedimento penale, la nascita e lo sviluppo di gruppi di auto mutuo aiuto

**1.4.** Prevenzione e lotta allo stigma Curare la formazione e l'aggiornamento degli operatori coinvolti, ivi compreso il personale penitenziario, secondo moduli che tengano conto delle specificità del contesto in cui si opera

#### **Obiettivo generale: 2. Miglioramento, cura dei quadri clinici patologici**

##### **Obiettivi specifici Azioni**

*(in corsivo le azioni non derivanti da piani nazionali)*

**2.1.** Prevenzione del rischio autoeterolesivo e suicidario

*– Definire ed applicare Protocollo locale sul rischio auto ed eterolesivo e suicidario, in linea con indicazioni regionali*

– Programmi mirati alla riduzione dei rischi di suicidio, come:

o *Gruppi di peer supporter*

o *Gruppi di supporto per i detenuti di nuovo ingresso*

o *Gruppi focali a tema*

**2.2.** Identificazione precoce dei pazienti con disturbi psichici gravi, con successiva presa in carico integrata e multidisciplinare, anche in connessione con i servizi ospedalieri psichiatrici di diagnosi e cura

– Attivare un sistema di sorveglianza epidemiologica, attraverso l'osservazione dei nuovi giunti e la valutazione periodica delle condizioni di rischio

– Attivare interventi di individuazione precoce dei disturbi mentali, stati mentali a rischio con particolare attenzione ai soggetti minorenni

**2.3.** Definizione ed attuazione dei percorsi clinici in relazione ai bisogni dei soggetti in carico

– Attivare la cura e riabilitazione, attraverso la presa in carico con progetti individualizzati, sia all'interno dell'Istituto di pena che all'esterno, nel caso di pazienti che fruiscono di misure trattamentali all'esterno ovvero in esecuzione penale esterna.

– Collegamento con il Servizio di Salute Mentale del territorio di residenza delle persone con patologia mentale, ai fini della continuità della presa in carico al ritorno in libertà

– Realizzazione di appropriati interventi psichiatrici, psicologici, psicoterapeutici presso Istituto penale per i minori, centro di prima accoglienza e comunità, per i soggetti con disturbi mentali;

**2.4.** Promozione della salute fisica del paziente con disturbo psichico

– *Collegamento con il servizio di Medicina di Base e Specialistica in ambito penitenziario per azioni di prevenzione e cura dedicate*

Ogni azione programmata e realizzata deve tener conto delle evidenze scientifiche e delle buone prassi riconosciute e consolidate.

Deve essere attivato specifico programma di monitoraggio e miglioramento continuo della qualità, anche in collaborazione tra più ASL.

## **A.5. Strategie e metodi**

### **A.5.1. Lavoro di equipe**

La presa in carico del paziente complesso prevede un lavoro in équipe, che permetta letture multidimensionali della domanda (espresa, implicita, non consapevole) di salute del detenuto e la possibilità di utilizzare le diverse professionalità per il superamento del disagio psichico, garantendo il rispetto dell'unicità dell'individuo e il riconoscimento delle sue potenzialità.

Il lavoro in équipe favorisce inoltre il superamento di una visione ambulatoriale e prettamente medica, al fine di personalizzare l'intervento assistenziale e di ottimizzare le risorse disponibili.

Dal punto di vista operativo, fondamentale è il momento della riunione d'équipe, che deve essere programmata e attuata con cadenza regolare, almeno mensile, con la presenza di tutte le figure professionali coinvolte nell'elaborazione del progetto terapeutico. E' consigliabile che sia definita una organizzazione specifica per la revisione, il monitoraggio e la discussione di equipe (calendario, argomenti, strumenti).

L'attenzione del lavoro di equipe, deve essere posta su due focus:

a) Gestione del caso: l'équipe deve giungere ad una condivisione della valutazione del paziente e, conseguentemente, del Piano di Trattamento. La realizzazione del trattamento è favorita dalla individuazione di un case manager, responsabile della continuità del percorso di cura e riferimento per l'organizzazione delle informazioni e dei vari processi decisionali. La funzione di case manager, che può essere svolta da qualsiasi figura professionale, è quella di garantire il raccordo e il coordinamento tra le varie azioni, di verificare il raggiungimento degli obiettivi e di monitorare il piano assistenziale.

b) Governo e Gestione dell'équipe: il responsabile del servizio deve assicurare un programma di gestione delle dinamiche tra operatori, di prevenzione del burn-out, di valorizzazione risorse e di innovazione.

### **A.5.2. Integrazione/collegamento con Area Trattamentale, della Sicurezza e Direzione di Istituto**

Come messo in evidenza anche dal DPCM 1 aprile 2008 “*gli interventi a tutela della salute sono strettamente complementari agli interventi mirati al recupero sociale del reo*”.

L'integrazione con le Aree Trattamento e della Sicurezza risponde alla necessità di operare sia sui contesti sia sui singoli individui.

In relazione all'obiettivo “Promozione del benessere mentale”, le azioni di integrazione tra competenze sanitarie e penitenziarie sono finalizzate al miglioramento dei contesti di vita che impattano sulla salute mentale, tra i quali, come già evidenziato nei precedenti paragrafi, sono annoverati i seguenti fattori: Sovraffollamento, Forme varie di violenza, Isolamento forzato, Mancanza di privacy, Mancanza di attività significative, Isolamento dalle reti sociali, Incertezza sulle prospettive future, sul lavoro e sulle relazioni (*Prison and Health, 2014 WHO*).

Pertanto l'integrazione con le Aree del Trattamento, della Sicurezza e della Direzione dell'Istituto dovranno prevedere:

- formazione congiunte del personale,
- condivisione di linee di intervento specifiche, anche con loro inserimento nel Piano Annuale dell'Offerta Trattamento,
- iniziative per la promozione e supervisione di peer supporter e/o di supporto a gruppi più vulnerabili (nuovi ingressi, collaboratori, sex offender, ecc.),
- incontri con la Direzione dell'Istituto per condividere strategie e programmazioni,
- accordi con la rete esterna di servizi (UEPE, Enti Locali, Associazionismo, ecc.).

Per quanto concerne il secondo obiettivo generale “Miglioramento, cura dei quadri clinici patologici”, è opportuno che il DSM promuova l'istituzione di una riunione almeno mensile cui partecipino l'area sanitaria per la Salute Mentale, l'Area Educativo Trattamento, l'Area della Sicurezza e la Direzione dell'Istituto. Sarebbe opportuna la partecipazione anche dell'area sanitaria dedicata alle patologie da dipendenza, per i casi di comune competenza.

Tali riunioni periodiche, denominate “intersistemiche”, sono finalizzate alla condivisione degli obiettivi e degli interventi specifici di ogni Area (sanitaria, educativa, sicurezza) per i casi di particolare criticità, soprattutto se il detenuto è posto in misura di Sorveglianza o per monitorare e, soprattutto, prevenire tale misura.

L'individuazione dei singoli casi da discutere nelle riunioni è demandata all'organizzazione locale, pur nella garanzia di monitorare in tal modo sia i casi di nuovi ingressi in Istituto dalla libertà o per trasferimento, sia i casi di soggetti già detenuti nel medesimo Istituto.

È comunque opportuno e necessario che il collegamento con le Aree Trattamento e della Sicurezza assuma le caratteristiche di continuità operativa attraverso comunicazioni dirette tra gli operatori ed i professionisti dei diversi sistemi per i detenuti in carico all'area della salute mentale, nel rispetto degli specifici vincoli legati al segreto professionale. Tale comunicazione è ancor più necessaria in concomitanza di specifiche fasi critiche, che è opportuno siano congiuntamente monitorate. Û

Tali fasi possono coincidere con:

- ingresso
- sentenza
- trasferimento/dimissioni
- cambiamenti familiari esterni

e possono determinare, o riattivare, vulnerabilità che necessitano di supporto integrato sia clinico che trattamento.

#### A.5.3. Comunicazioni informazioni sanitarie

L'Autorità Giudiziaria e l'Amministrazione Penitenziaria possono avere uno specifico interesse nell'acquisire notizie cliniche in relazione alla valutazione di molti aspetti relativi alla salute mentale dei detenuti: capacità di stare in giudizio, compatibilità con la detenzione in carcere, applicazione di misure di sicurezza, etc.

I sanitari che operano negli Istituti penitenziari possono comunicare informazioni sullo stato di salute dei detenuti che hanno visitato, ma tali certificazioni non dovrebbero sostituire le analisi tecniche per le quali è previsto il ricorso ad operatori inseriti nell'Albo dei Periti del Tribunale, in particolare per

quanto riguarda la valutazione della capacità di intendere e volere. Tale distinzione tra certificazione clinica e consulenza tecnica trova la sua utilità nel preservare la natura terapeutica dell'assistenza sanitaria offerta e nel garantire il rispetto del segreto professionale.

Ogni informazione sui dati sanitari deve essere commisurata alla finalità per la quale la stessa viene condivisa, nell'esclusivo interesse del paziente, fermo restando i vincoli normativi cui fanno riferimento le richieste provenienti dalla Autorità Giudiziaria.

## **B. GESTIONE DELLE RISORSE**

### **B.1. Risorse umane**

La disponibilità di risorse umane fa riferimento sia alla quantità (numero persone addette all'assistenza), sia alla qualità, in termini di tipologia di qualifiche presenti e di specifiche competenze professionali.

Pertanto il numero degli addetti e la loro articolazione in singole qualifiche è l'elemento base, dal quale sviluppare competenze adeguate a garantire gli standard assistenziali previsti.

Le risorse umane immesse nel sistema di assistenza per la salute mentale in carcere provengono in parte direttamente dai Dipartimenti di Salute Mentale ed in parte dalla Assistenza sanitaria penitenziaria con singoli specialisti convenzionati. Questi ultimi in alcune ASL sono stati assegnati ai DSM, mentre in altre ASL sono rimasti ancora in organico della generale Assistenza Sanitaria Penitenziaria e pertanto devono ancora essere completate le azioni di transito verso il DSM.

Le ASL hanno la responsabilità di articolare il personale disponibile in funzione delle priorità assistenziali, ivi comprese quelle di assistenza sanitaria ai detenuti; la Regione ha la responsabilità di fornire le risorse necessarie, nel rispetto dei vincoli di bilancio e di programmazione generale.

Il fabbisogno di risorse umane sarà definito ed approvato con successivo atto, coerente con la generale politica sulle risorse assunta dalla Regione.

In questo ambito si indicano quindi esclusivamente i quattro criteri, e non gli standard, che devono essere considerati per la definizione del suddetto fabbisogno. Un ulteriore criterio è indicato esclusivamente per le sedi previste per le sezioni specialistiche per i disturbi mentali:

#### **criterio specifica razionale**

##### 1 Numero detenuti

La media del numero di detenuti in giornate indice (il 30 giugno e il 31 dicembre), corretto dal numero di detenuti transitati nell'anno il numero di detenuti presenti giornalmente determina la popolazione media potenzialmente da assistere; tale dato va però corretto dal numero di detenuti transitati nell'anno, in considerazione del fatto che le prime settimane di permanenza in un Istituto determinano maggior peso assistenziale (prime visite in ingresso, prevenzione rischio autolesivo e suicidario, maggiori eventi critici); pertanto a parità di numero di detenuti presenti il carico assistenziale è superiore negli Istituti con alto turn over.

##### 2 Tipologia

Istituto

Casa Circondariale, Casa di

Reclusione

i detenuti in Casa di Reclusione hanno maggiore stabilità nel percorso penale e fruiscono di maggiori opportunità trattamentali; pertanto costituiscono minor carico assistenziale per la tutela della salute mentale, presentando con minor frequenza e gravità disturbi da adattamento.

##### 3 Istituti per ASL

Numero di Istituti per ASL e loro dislocazione territoriale a prescindere dal numero assoluto di detenuti, in caso di presenza su scala Asl di più Istituti la quantità di risorse necessarie risulta superiore rispetto al caso di presenza di unico Istituto; ciò è ancor più rilevante nel caso di Istituti territorialmente distanti (diversità di accordi con Direzioni multiple, tempi di spostamento del personale tra Istituti, accumulo dei tempi di attesa da parte del personale sanitario dei detenuti chiamati a visita, ecc).

#### 4 Posizione giuridica

n. detenuti per giuridica (media annuale)

la diversa posizione giuridica (in attesa di giudizio, appellante, definitivi, collaboratori di giustizia, ecc.) corrisponde a diversa esposizione ai disturbi di adattamento, al quadro clinico prevalente nella richiesta di assistenza per la salute mentale.

#### Sezioni Specialistiche

n. posti di sezione specialistica per disturbo mentale

la presenza di posti per sezioni specialistiche determina la necessità di assistenza sanitaria in h 24. Per queste sezioni andrà identificata la specifica dotazione organica, in base ai posti

Le qualifiche professionali necessarie ad assicurare la completa applicazione delle azioni previste in questo atto in relazione al PDTA per i singoli detenuti presenti negli Istituti sono:

- Psichiatri (accoglienza, valutazione diagnostica, trattamento, monitoraggio, dimissioni).
- Psicologi clinici (accoglienza, valutazione diagnostica, trattamento, monitoraggio, dimissioni).
- Assistenti sociali (valutazione e – nei casi di presa in carico integrata per raccordo di rete e consulenza sociale: trattamento, monitoraggio, dimissioni con piano di reinserimento).
- Infermieri (valutazione, trattamento: preparazione, somministrazione terapia; monitoraggio, dimissioni).
- Tecnici della riabilitazione psichiatrica (trattamento, monitoraggio, dimissioni).

Al fine di assicurare le azioni in relazione all’obiettivo di “prevenzione e promozione del benessere mentale” potranno essere previste ulteriori competenze professionali, specifiche per gli interventi di comunità.

Nelle more della definizione del fabbisogno del personale, ogni ASL assicura la migliore distribuzione delle risorse esistenti.

Ogni singolo DSM assicura il rispetto del percorso diagnostico terapeutico assistenziale in relazione alle risorse disponibili, ottimizzando comunque le modalità organizzative, anche coordinando altri Enti/Servizi eventualmente coinvolti nei progetti personalizzati, a titolo istituzionale o volontario.

L’attuale allocazione di risorse umane è rappresentata dalla successiva tabella, da cui emerge che sono presenti 61 operatori impegnati nell’assistenza sanitaria penitenziaria per la salute mentale, che equivalgono a **27 Unità di personale** (calcolate su un monte ore medio da contratto a tempo pieno):

**Tabella 1- n. operatori impegnati in assistenza per la salute mentale (in quota oraria anche parziale)**

**Tabella 2- ripartizione del personale per ASL, per qualifica e conteggio complessivo di unità equivalenti (n. 27,2 su intera Regione)**

#### **QUALIFICHE DIPENDENTE**

#### **DI RUOLO**

#### **DIPENDENTE A**

#### **T.D.**

#### **SPECIALISTA A**

#### **CONVENZIONE**

#### **LIBERO**

#### **PROFESSIONISTA**

#### **Manca**

#### **informazione**

#### **n.h N.**

#### **Psichiatra 9 5**

(di cui 3 a progetto  
e 1 DGR 980)

15

(di cui 5 Sumai)

2 1 32

**Neuropsichiatra 1 - - - - 1**

**Psicologo 14 4**

(di cui 1 a progetto  
e 1 DGR 980)

**3 1 - 22**

**Assistente**

**sociale**

**1 1 - - - 2**

**Tecnico della**

**riabilitazione**

**psichiatrica**

**- 1 - - - 1**

**Infermiere 1 2 - - - 3**

**M.M.G.**

**penitenziaria**

**-- 1 -- 1**

**Ed. Comunità - - - - - 0**

**TOTALE 26 13 18 3 1 61**

**Neuro Assistenti**

**psichiatri Sociali**

Regina

Coeli

**1 152 152 1,1**

Casal del

Marmo

**2 40 3 410 450 3,2**

Rebibbia 2,4

-4

**RM3 CPA 1 5 7 884 1 144 1 96 1129 8,1**

Civitavec

chia

-2

**RM6 4 252 2 264 1 144 660 4,7**

**LT 1 20 1 64 84 0,6**

3 + 1

Senza

indicazio

ne ore

**RI 1 15 1 24 39 0,3**

**TOTALE 32 1079 1 5**

**21+ 1**

**senza**

**indicazio**

**ne ore**

**2198 2 59 1 38 3 326 1 96 3801 27,2**

**Unità equivalenti**

3,8

2,4

0,6

**totale ore**

**mensili**

334

81

340

532

**VT 7 81****FR -3 5 199 100 1 35****RM4 4 280 2 252****1 38 1 38****M.M.G.****penitenziari****a****h****RM1****RM2 8 192 2 72****h h****Tecnico r.****psichiatrica****ASL I.P. Psichiatri h h Psicologi h Infermieri h****B.2. Risorse strutturali, strumentali e logistiche**

Ai sensi del DPCM 1 aprile 2008 che ha stabilito le modalità, i criteri e le procedure per consentire il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale, di tutte le funzioni sanitarie svolte dall'Amministrazione Penitenziaria, la regione Lazio per dare attuazione all'articolo 4, comma 2 del suddetto DPCM, ha convalidato gli inventari trasmessi dalle Aziende Sanitarie Locali del Lazio, dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie per la concessione in uso a titolo gratuito da parte del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria e del Dipartimento della Giustizia Minorile del Ministero della Giustizia", con la D.G.R. n. 592 del 14 dicembre 2012.

Inoltre, la regione Lazio al fine di assicurare l'avvio di un'organizzazione omogenea dei servizi e di garantire in modo uniforme i livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie, ha ritenuto necessario fornire indicazioni utili per la gestione dei locali ad uso sanitario in ambito penitenziario, elaborando il documento "*Linee Guida essenziali per la gestione dei locali ad uso sanitario nelle strutture penitenziarie della Regione Lazio*" che prevede il corretto programma di intervento per la gestione di detti locali da parte delle Asl nel cui territorio sono ubicati gli istituti e servizi penitenziari di riferimento (Determinazione Dirigenziale B01258 02/04/2013).

Nel 2015 la Regione ha quindi effettuato una rilevazione dei locali transitati per tutta l'assistenza sanitaria, di seguito riportata. Essa pertanto fotografa la disponibilità di spazi complessiva e NON quella degli spazi dedicati alla salute mentale

**Tabella 3- N. locali transitati per ASL nel cui territorio sono ubicati gli istituti e servizi penitenziari di riferimento****ASL ISTITUTO TIPO DI****ISTITUTO****LOCALI****TRANSITATI**

RM1 Regina Coeli CC

RM2

Rebibbia femminile CCF 41

Rebibbia N.C.1 CC 48

Rebibbia Terza Casa CC 21

Rebibbia Reclusione CR 38

RM4 Civitavecchia "Giuseppe Passerini" CR 5

Civitavecchia "N.C." CC 20

RM6 Velletri CC 21  
 FR  
 Paliano CR 23  
 Frosinone “Giuseppe Pagliei” CC 38  
 Cassino CC 3  
 LT Latina CC 11  
 RI Rieti “N.C.” CC 22  
 VT Viterbo “N.C.” CC 37

### **B.3.Piano della formazione**

È opportuno e necessario programmare azioni informative e formative rivolte al personale dei Dipartimenti di Salute Mentale che opera in favore dei detenuti nel Lazio, nonché promuovere la formazione del personale dell’Amministrazione Penitenziaria per la gestione del paziente con disturbo psichico e sui determinanti che impattano sulla salute mentale.

Risulta quindi necessario incrementare le competenze organizzative e professionali di medici, psicologi, terapisti della riabilitazione, infermieri ed assistenti sociali che si trovino a svolgere la propria attività lavorativa in strutture carcerarie. In tale ottica è opportuno fornire agli operatori dei servizi coinvolti, il supporto per l’applicazione delle indicazioni di cui al presente atto e l’aggiornamento scientifico specialistico, appropriato per interventi in ambito penitenziario.

Particolare attenzione è da dedicare alla normativa relativa agli autori di reato con patologia psichica e al Regolamento Penitenziario, nonché alla responsabilità professionale affinché i dipendenti siano messi nella condizione di svolgere il proprio lavoro in modo sereno e professionale.

La metodologia formativa sarà incentrata su una didattica attiva, possibilmente interaziendale, allo scopo di migliorare il livello di qualificazione e sviluppo dei discenti, di favorire prassi da essi stessi discusse e condivise e che sia concepita come apprendimento permanente e sul campo che si avvale, cioè, delle competenze dei professionisti impegnati nelle attività cliniche e assistenziali e delle occasioni di lavoro. Va, dunque, incoraggiato lo scambio di saperi ed il monitoraggio continuo dei livelli di professionalità e conoscenze con l’obiettivo di individuare buone pratiche operative come strumenti per raggiungere migliori obiettivi di assistenza, cura e qualità della vita delle persone detenute.

Si prevedono tre Programmi formativi rivolti al personale sanitario finalizzati a:

1) DIFFUSIONE del presente atto e formazione sul PDTA e sulle azioni di sistema.

2) FORMAZIONE TEMATICA, che verterà sui seguenti argomenti:

- Aggiornamento sulla normativa vigente, sull’ordinamento penitenziario e Istituti Penitenziari e sulle problematiche inerenti il passaggio della sanità penitenziaria al SSR e il superamento degli OPG.
- Interconnessioni tra sanità e sistema giudiziario, con riferimento a: responsabilità professionale, posizione di garanzia degli operatori della salute mentale, infermità di mente, imputabilità e simulazione, compatibilità con il sistema carcerario.
- Aggiornamento sui dati riguardanti la situazione carceraria, le caratteristiche della popolazione carceraria, in generale, e le condizioni di salute dei detenuti, con una particolare attenzione ai dati sulla salute mentale, sul consumo ed abuso di sostanze e sui fenomeni di autolesionismo e suicidari.
- Il rischio suicidario in carcere: i dati, le modalità e le esperienze sulla gestione.
- Approfondimenti sui determinanti sociali della salute mentale e sui determinanti di contesto carcerario come elementi favorevoli al disagio psichico ed i comportamenti autolesionistici e suicidari.
- Approfondimenti clinici ed esperienziali sugli aspetti relativi alla gestione dell’aggressività e le tecniche di de-escalation.
- Aggiornamenti su aspetti clinico-terapeutici, tra cui: utilizzo degli psicofarmaci in carcere (compreso il ricorso all’uso *off-label*), gestione delle emergenze e delle urgenze, riabilitazione.
- Approfondimenti teorici e metodologici sugli interventi di tipo comunitario e di rete.
- Il lavoro in equipe, il coordinamento con gli operatori dell’Amministrazione Penitenziaria, la gestione di conflitti, l’esercizio della leadership e la gestione delle responsabilità.

3) VERIFICA periodica dell'applicazione del documento in base alle esperienze realizzate (anche con metodologia di Audit) e condivisione delle revisioni periodiche del PDTA e delle azioni di sistema.

#### □ FORMAZIONE PER AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

E' noto che la gestione in sinergia e condivisa, tra competenze diverse e complementari, delle condizioni di salute/malattia della popolazione carceraria porti a migliori risultati non solo in termini di qualità della vita degli stessi detenuti, ma anche in termini organizzativi-gestionali.

Se prima del 2008 essere un unico *corpus* (penitenziario-sanitario) ha potuto favorire gli aspetti gestionali organizzativi, è pur vero che il rischio era anche una "dissolvenza" di competenze, ruoli, responsabilità.

Sebbene sia trascorso quasi un decennio da quella trasformazione le due nuove realtà gestionali (sanitaria e penitenziaria) devono essere in grado di migliorare la propria capacità di interagire, organizzare, operare ed agire nel rispetto delle proprie competenze e responsabilità.

Risulta, quindi, necessario, prevedere la partecipazione degli operatori dell'Amministrazione Penitenziaria ad una formazione che tenga conto non soltanto degli aggiornamenti riguardanti lo specifico del proprio ruolo e delle proprie competenze, ma che sia orientata ad un'apertura verso saperi limitrofi che consentano loro di conoscere meglio le questioni riguardanti la salute mentale (in generale e della popolazione carceraria), riducendo i pregiudizi, di essere in grado di distinguere i confini delle competenze e delle responsabilità proprie ed altrui, ma, nello stesso tempo, imparare a percorrere territori comuni insieme ad altri attori con i quali occorre sviluppare processi di apprendimento comune e condivisione nell'agire.

Anche in questo caso, la metodologia didattica, possibilmente interaziendale, è attiva, continua e sul campo; la formazione dovrà agire sui comportamenti, le convinzioni e le rappresentazioni sociali anche implicite del personale, spesso già impegnato da anni nello specifico ambito. Infatti gli operatori rispondono anche a logiche non sempre chiare e sono condizionati da credenze, a volte infondate o non corrette, potenti sul piano culturale e comportamentale. Lo scopo della formazione è pertanto di ampliare i livelli di conoscenza e di consapevolezza, nonché di promuovere i processi di cambiamento del sistema attraverso l'agire degli addetti, essi stessi portatori di sapere.

Le proposte formative che verranno inoltrare al PRAP e ai singoli Istituti penitenziari verteranno su:  
A. Presentazione dell'organizzazione del Servizio per la Salute Mentale e del Programma di cui al presente Atto (Azioni di sistema per la promozione del benessere mentale e specifico PDTA).

B. Elementi sul trattamento dei disturbi mentali in ambito penitenziario:

- Elementi di psicologia e psicopatologia, caratteristiche del paziente con disturbo mentale in ambito penitenziario.
- Aggiornamento sulla riforma della sanità penitenziaria, anche in relazione alla chiusura OPG, e sulla normativa vigente in materia di trattamento dei disturbi mentali (TSO, ASO, ecc).
- Aggiornamento sui dati riguardanti le condizioni di salute dei detenuti, con una particolare attenzione ai dati sulla salute mentale, sul consumo ed abuso di sostanze e sui fenomeni di autolesionismo e suicidari. Compatibilità con il sistema carcerario.
- Approfondimento su modalità ed esperienze di gestione di casi complessi e di casi con rischio autolesivo e suicidario.
- Approfondimenti sui determinanti sociali della salute mentale e sui determinanti di contesto carcerario come elementi favorenti il disagio psichico ed i comportamenti autolesionistici e suicidari.
- Approfondimenti sulla gestione delle dinamiche e degli stili relazionali (tra operatori, tra detenuti, tra operatori e detenuti), con particolare riferimento alla gestione dell'aggressività e alle tecniche di de-escalation.
- Il gruppo di lavoro intersistemico e le modalità di collaborazione tra operatori sanitari, dell'Amministrazione penitenziaria e delle Istituzioni territoriali.

### **C. REALIZZAZIONE DEL PRODOTTO: PROCESSI OPERATIVI**

#### **C.1. Il percorso diagnostico terapeutico per adulti**

##### **Premessa**

La definizione del Percorso Diagnostico Terapeutico è finalizzata a garantire ai detenuti con problematiche di salute mentale una adeguata presa in carico, omogenea tra servizi e, al contempo, a supportare i professionisti sanitari nell'organizzazione del servizio e nelle scelte operative.

Obiettivo della presa in carico continuativa e globale è di assistere il detenuto, sia per prevenire possibili scompensi sintomatologici e comportamentali, particolarmente gravosi in ambiente detentivo, sia per assicurare il diritto alla salute nei casi in cui la patologia mentale aggravi le condizioni di vita del singolo soggetto.

Alcuni elementi favoriscono, come già illustrato, una maggiore esposizione della popolazione detenuta a disturbi mentali con rischio di scompenso, anche in considerazione di:

- Continui ingressi di Nuovi Giunti, quindi alto turnover della popolazione detenuta.
- Situazioni di stress connaturate all'esperienza della detenzione (fasi critiche dell'iter giudiziario, separazioni e allontanamenti affettivi, traumi situazionali legati alla convivenza forzata e confinata nonché alle conflittualità del sistema di vita carcerario e alle differenze culturali che caratterizzano la popolazione ristretta e facilitano le condizioni di maladattamento).
- Difficoltà di ricostruzione anamnestica della storia clinica dei detenuti.

Il percorso viene descritto nelle sue singole fasi dalla prima segnalazione alla dimissione.

Per ogni fase sono indicate le finalità, la descrizione del processo, le attività previste e la documentazione di riferimento e/o da produrre.

## **1. INTAKE**

### **Finalità**

Strutturare uno screening e/o una valutazione del rischio psicopatologico e/o del rischio autolesivo, eterolesivo, suicidario nei soggetti:

- in ingresso dalla libertà,
- trasferiti da altro Istituto,
- già ristretti (per richiesta di prima visita per disturbi psichici, per sopravvenuta problematica psicopatologica), al fine di individuare i casi da segnalare al Dipartimento di Salute Mentale per una valutazione multidisciplinare ed eventuale successivo trattamento.

### **Processo**

Per i soggetti in ingresso dalla libertà o trasferiti da altro Istituto, la valutazione iniziale viene effettuata da parte del Medico di Medicina Generale/Medico Incaricato e/o di Continuità Assistenziale, adeguatamente addestrati, tramite utilizzo della sezione di Intake/Primo ingresso della cartella clinica informatizzata, ovvero tramite utilizzo delle schede cartacee allegate al presente atto. La scheda relativa a questa fase prevede una integrazione con le valutazioni effettuate per rischio autolesivo e suicidario e per rischio di disturbo da uso di sostanze. Infatti le tre aree indagate tramite screening hanno molti aspetti di sovrapposizione in relazione alla tipologia dei fattori di rischio e/o predittivi che risultano essere identici per i tre diversi quadri clinici. Pertanto la scheda di screening integra e modifica esclusivamente le corrispondenti parti di:

– Determinazione Dirigenziale n. G11442 del 24 settembre 2015 "*Definizione di un percorso assistenziale integrato per la presa in carico e la cura dei detenuti tossicodipendenti degli istituti penitenziari della Regione Lazio*".

– DCA n. U00026 del 23 gennaio 2015 "*Recepimento Accordo n. 5/CU del 19 gennaio 2012 e approvazione documento recante "Programma operativo di prevenzione del rischio auto lesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale nella Regione Lazio*".

La bassa specificità dei fattori di rischio, anche laddove sensibili, è correlata alla evoluzione non lineare e non deterministica della patologia mentale, dei disturbi da uso di sostanze e degli episodi suicidari. In altri termini alcuni fattori predittivi e/o di rischio risultano essere correlati con tutti e tre i quadri indagati e quindi risulta importante cogliere la configurazione di insieme dei fattori presenti piuttosto che la presenza/assenza di ognuno di essi. Tale configurazione di insieme può essere adeguatamente valutata dal giudizio complessivo del clinico.

Lo screening, in quanto tale, deve quindi costituire il primo atto sanitario in ingresso che discrimini i soggetti i quali dovranno accedere ad una valutazione specialistica. Non rappresenta quindi l'atto con il quale si valuta lo specifico quadro clinico del soggetto, quanto l'atto che avvia il sistema di tutela per il soggetto a rischio di patologia o con particolari fragilità.

È inoltre da sottolineare che non vi siano “*dati di ricerca che consentano di affermare l'identificazione di variabili certe o clinicamente valide per identificare il rischio di suicidio, anche in persone che hanno già compiuto un tentativo di suicidio*”<sup>7</sup>. Ciò non esime certamente il sistema a mettere in atto tutti i programmi e le azioni che possano, da un lato rimuovere (o perlomeno contenere) i determinanti ambientali che impattano sul rischio suicidio e dall'altro monitorare nel migliore dei modi possibili le condizioni di sofferenza delle persone ritenute a rischio, a cui offrire un sostegno che contribuisca a contrastare i vissuti che possono condurre all'atto suicidario o a disturbo mentale.

7 M. Biondi, A. Iannitelli, S. Ferracuti *Sull'imprevedibilità del suicidio*, in *Rivista di Psichiatria* 2016; 51(5)

Pertanto la valutazione del Medico di Medicina Generale (MMG), al momento dell'ingresso in carcere o in concomitanza di screening periodici ovvero in concomitanza di eventi critici, deve essere finalizzata a individuare i soggetti che (più di altri) presentano un insieme di fattori concorrenti ad esporre maggiormente l'individuo ad un determinato rischio. L'osservazione del MMG ed il suo giudizio clinico daranno avvio al percorso di valutazione specialistica. In questo sistema, quindi, non può essere applicato un criterio di determinismo lineare (come per altri quadri clinici per i quali lo screening determina già la presenza/assenza di patologia).

Con queste premesse la *Scheda di screening* si articola in più parti, come di seguito indicato:

□ una prima parte è relativa ai dati socio anagrafici (questi dati in genere sono già rilevati in altra parte della cartella clinica individuale, ma vengono trascritti perché concorrono nel loro insieme a esprimere il giudizio clinico finale sul rischio);

□ una seconda parte è il vero e proprio **SCREENING** che deve essere compilato in ogni sua parte dal medico di prima visita. Deve essere prevista in ogni caso la compilazione di ogni campo (il *missing* – o non compilazione cartacea - non deve essere confuso con risposta negativa; pertanto deve eventualmente essere riportato “non rilevato” - NR);

□ una terza parte contiene le **CONCLUSIONI** della valutazione (una per ognuno dei tre screening). Queste conclusioni sono precedute dalla lista degli item correlati al possibile rischio, che non va quindi nuovamente compilata, ma funge solo da promemoria dei fattori da considerare. Non sussiste quindi alcun automatismo tra presenza/assenza di uno o più fattori di rischio e giudizio finale del clinico. Il clinico, in questa sezione, deve compilare

**ESCLUSIVAMENTE** le sue conclusioni di valutazione. Pertanto questa parte si conclude con 4 riquadri:

- VALUTAZIONE RISCHIO AUTOLESIVO E/O SUICIDARIO
- VALUTAZIONE RISCHIO DISTURBO MENTALE
- VALUTAZIONE RISCHIO DISTURBO DA USO SOSTANZE
- ULTERIORE ADOZIONE MISURE IMMEDIATE per urgenza/emergenza

Nella cartella informatizzata potranno comparire a video gli item risultati positivi della specifica lista di rischio.

Pertanto, la *Scheda per screening*, che accompagna la visita medica generale, deve intendersi come traccia, per il sanitario, al fine di esplorare alcune aree della vita della persona che giunge all'osservazione nel contesto carcerario, per individuare coloro che necessitino di una ulteriore e più approfondita analisi delle proprie condizioni psicofisiche.

□ I dati della sezione A (Anamnesi) rilevati, non vanno intesi, riduttivamente, come mera spunta di una check-list ma il frutto di un colloquio clinico che tenda a costruire una relazione con la persona, che si interessi della sua storia personale, che rilevi le informazioni in un confronto dialettico e non soltanto come risposta alle singole domande. Nel riquadro sui precedenti trattamenti sanitari (A1) si

riporterà se il dato è stato riferito dal paziente ovvero desunto dalla documentazione clinica disponibile.

I dati della sezione B (Esame obiettivo psicofisico) devono intendersi sia come esito di una accurata visita medica sia come la sintesi di un colloquio clinico che indaghi: abitudini di vita della persona, comportamenti, stati emotivi, condizione attuale, segni di un eventuale stato di malessere.

L'utilizzo della MINI8 sull'ideazione suicidaria è da intendersi come ulteriore ausilio per la valutazione complessiva del rischio suicidario; pertanto la valutazione e segnalazione per rischio suicidario non deve essere determinata esclusivamente dall'esito del punteggio rilevato dalla scala stessa.

L'individuazione della persona che necessita di una ulteriore e più approfondita analisi del proprio stato psicofisico non deve intendersi come somma algebrica di più elementi che compaiano alla fine del colloquio e della visita medica, bensì come la sintesi della valutazione clinica complessiva da parte del medico.

In ogni caso, al termine del colloquio clinico e della visita, va compilata da parte del medico ogni parte delle tre sezioni indicate nella scheda (dati anagrafici + scheda screening + conclusione valutazioni e ulteriori misure adottate).

Inoltre, il Medico laddove ravvisi una attualità di serio rischio etero-autolesivo e/o suicidario deve provvedere ad assumere immediate decisioni nelle more del successivo intervento di valutazione di secondo livello. In questi casi il Medico adotta provvedimenti per la tutela del paziente detenuto, anche attraverso la richiesta di Misure di Sorveglianza. Si rimanda a questo scopo quanto determinato dalla Regione alla luce della sperimentazione effettuata ai sensi del DCA n. U00026 del 23/01/2015. Per i soggetti già presenti in Istituto per i quali il personale sanitario (Medici di medicina generale/medico incaricato, medici specialisti, personale del Servizio per le Dipendenze) ravvisi durante la detenzione una problematica psicopatologica, il medesimo personale procede analogamente alla compilazione della *Scheda per screening*.

Gli esiti di questa prima valutazione (screening di ingresso o visite per sopravvenuti problemi psicopatologici durante la detenzione) saranno segnalati al personale del DSM, su apposito *Registro segnalazioni* (vedi Allegato n.2), che ne prenderà visione ad inizio turno.

Le segnalazioni di altro personale non sanitario (Direzione Istituto, Polizia Penitenziaria, Area Trattamento) saranno trasmesse alla Medicina di Base che adotterà le procedure già indicate.

Si raccomanda di prevedere modalità operative locali per accogliere eventuali segnalazioni di stati di disagio riferite all'area della sanità di base anche da altri detenuti, compagni di cella o di sezione.

I soggetti comunque segnalati usufruiranno di un piano di accoglienza (triage) ed eventuale percorso diagnostico, con particolare attenzione al rischio suicidario e alle gravi alterazioni psicopatologiche. Cionondimeno i Medici di medicina generale (Medico incaricato o Medici di Continuità Assistenziale) possono avviare direttamente provvedimenti per Misure di Sorveglianza.

#### **Attività previste**

a cura di Medicina di Base o Guardia Medica

o Visita medica

o Compilazione Sezione cartella informatizzata/Scheda di Screening

o Segnalazione su apposito Registro DSM

A cura del Servizio per le Dipendenze

o Segnalazione su apposito Registro DSM

A cura del DSM

o Controllo delle segnalazioni su Registro e firma per presa visione

8 The Mini International Neuropsychiatric Interview, Sheehan et al., 1998

#### **Documentazione**

Scheda di Screening (integrata per rischio autolesivo/suicidario e rischio di uso sostanze) (Allegato n.1)

Registro Segnalazioni DSM (Allegato n. 2)

## 2. ACCOGLIENZA

### Finalità

Effettuare prima valutazione (trriage) della pertinenza ed urgenza della segnalazione al fine di predisporre eventuale valutazione/trattamento in urgenza ovvero, di norma, di avviare la fase di valutazione diagnostica specialistica. Informare il paziente sull'offerta e l'organizzazione del servizio.

### Processo

Successivamente alla fase di screening e/o valutazione di rischio psicopatologico, tutti i soggetti segnalati sull'apposito registro segnalazioni saranno valutati dallo psicologo o psichiatra del DSM, che definirà con maggiore precisione la presenza di disagi psichici ed il livello di rischio comportamentale, individuando la pertinenza e l'urgenza degli interventi da adottare.

Per la valutazione dell'urgenza è opportuno prestare particolare attenzione agli elementi che hanno preceduto l'episodio critico, quale ad esempio:

- momenti significativi dell'iter giudiziario;
- eventi relativi al nucleo familiare di appartenenza;
- cambiamenti nei comportamenti abituali: riduzione interazioni sociali con gli altri detenuti o con il personale penitenziario, sanitario e non; comparsa o incremento di atteggiamenti rivendicativi; aumento o insorgenza di irritabilità e/o aggressività; manifestazioni di conflittualità con specifiche persone; emergenza di particolari difficoltà legate alla cultura di appartenenza.

In questa fase il sanitario che valuta il carattere di urgenza rileva elementi clinici specifici, anche in termini di rischio autolesivo.

L'analisi della specificità dell'urgenza viene descritta nel successivo paragrafo relativo alla "Valutazione diagnostica".

Nei casi in cui non si ravvisi il carattere di urgenza, durante il colloquio/visita di accoglienza lo psicologo/psichiatra compilerà la *Scheda di accoglienza*, indicando le proprie conclusioni, come specificato:

### CONCLUSIONI

- \_ non necessario, al momento, valutazione diagnostica e presa in carico
- \_ necessario l'avvio del percorso di valutazione diagnostica
- \_ necessario l'avvio di un trattamento in urgenza e di una valutazione diagnostica.

Nei casi reputati pertinenti, si predispone la fase di valutazione diagnostica: il personale DSM informa il paziente circa il percorso valutativo, con indicazione degli incontri / visite / trattamenti previsti. Al termine dell'incontro di accoglienza viene richiesto il consenso informato al trattamento sanitario e al trattamento dei dati sensibili.

Vengono fornite eventuali indicazioni particolari per la sorveglianza e nel caso di grave rischio psicopatologico si attiva la procedura specifica per l'urgenza (vedi fase 4. Trattamenti).

### Attività previste

- Colloquio psicologico e/o visita psichiatrica
- Valutazione di pertinenza e di urgenza
- Compilazione scheda di accoglienza e/o relativa parte della cartella clinica (informatizzata laddove adottata)
- Informazione al paziente con firma del consenso al trattamento sanitario e dei dati

### Documentazione

- Scheda di accoglienza da inserire in cartella clinica (o sezione cartella informatizzata) (Allegato n. 3)
- Modulo consenso informato (Allegato n. 4)

## 3. VALUTAZIONE DIAGNOSTICA

### Finalità

Individuare, attraverso il confronto multidisciplinare, un Profilo Clinico descrittivo dell'ipotesi diagnostica, intesa sia nelle sue componenti psicopatologiche sia nella sua manifestazione funzionale,

ovvero definire la necessità di un trattamento in emergenza/urgenza finalizzato a contenere i rischi clinici contingenti.

Definire la diagnosi nosografica con relativo codice, reinviabile solo in particolari situazioni di emergenza.

Proporre un appropriato Piano di Trattamento Individualizzato da esporre e concordare con il paziente.

### **Processo**

La valutazione in condizione di “emergenza”, quale “*situazione acuta e grave che richiede un intervento terapeutico immediato*” per grave rischio clinico, prevede un rapido orientamento diagnostico con l’individuazione delle condizioni compatibili con uno Stato di Necessità (art.54 C.P.), reinviando al primo momento utile il necessario ulteriore approfondimento diagnostico.

La valutazione diagnostica più approfondita può avvenire invece sia in condizioni di urgenza che in condizioni di non acuzie.

Per “urgenza” in ambito di disturbo psichico si fa riferimento alle condizioni di acuta sofferenza psichica che comporti la necessità di una valutazione clinica per impostare comunque un immediato programma terapeutico (“programma” e non “intervento”, come nel caso dell’emergenza).

Pertanto in ambito penitenziario i differenti percorsi diagnostici in condizioni di “urgenza” o in condizione di “non-acuzie” possono seguire le indicazioni di seguito riportate.

#### **CASO 1. Valutazione diagnostica in acuzie/urgenza**

Particolare attenzione va posta nei confronti delle richieste di interventi urgenti, su cui è necessario operare una attenta differenziazione tra situazioni pseudo-cliniche, situazioni di urgenza sanitaria organica con compromissione del quadro psichico e situazioni di urgenza prettamente clinica specialistica

Tutte le situazioni di urgenza si manifestano con comportamenti che, in diversa maniera, possono mettere in crisi il sistema penitenziario e possono porre rischi sulla incolumità del paziente, degli altri detenuti e del personale penitenziario e sanitario. Sono pertanto situazioni su cui la pressione ambientale (istituzionale e dei singoli operatori coinvolti nel sistema di sorveglianza-educazioneassistenza) ad “agire” può diventare molto elevata, soprattutto laddove il detenuto assuma comportamenti antisociali e/o manipolativi.

È quindi opportuno in prima istanza poter differenziare le tre tipologie di “urgenza” al fine di attuare successivi comportamenti professionali appropriati e corretti, non deformati dagli elementi confondenti legati alla contingenza della richiesta.

L’inquadramento clinico attraverso il colloquio, laddove possibile e, in ogni caso, attraverso l’osservazione clinica comportamentale, deve esitare nella identificazione di una delle seguenti fattispecie:

a) *Pseudo urgenza clinica*: situazione di crisi ambientale non legata a fattori propriamente clinici, evidenziabile anche con apporto delle osservazioni e dei riferiti del personale dell’amministrazione penitenziaria (polizia ed educatori); in questi quadri si possono ravvisare, anche in modo alternativo, eventi significativi delle ultime 24/48 ore (comunicazioni dai familiari, esiti di udienze, referti medici, provvedimenti penali, ecc), ovvero comportamenti agiti a scopo protestatario e/o manipolativo. Pertanto è basilare non solo una diretta osservazione comportamentale ma anche una ricostruzione anamnestica prossima rilevabile da differenti fonti dirette ed indirette, tra cui la cartella clinica.

b) *Urgenza Pseudopsichiatrica o Mista*: condizioni secondarie ad un disturbo organico, ovvero copresenza di sintomi somatici e psichici con priorità della componente somatica. In questo caso il sanitario valuta se si tratti di una condizione di Emergenza per la quale occorre invocare lo Stato di Necessità (art.54 C.P.). Per tale approfondimento diagnostico è opportuno fare riferimento ai dati clinico-organici rilevabili anche dalla cartella sanitaria individuale e alle fasi/momenti dell’esame obiettivo praticabile. In questo raggruppamento rientrano (a titolo esemplificativo, ma non esauriente) le seguenti condizioni cliniche:

- Intossicazione o astinenza da sostanze o alcool
- Distonie acute iatrogene

- Stati confusionali di origine organica: malattie neurologiche, diabete, insufficienza renale o epatica, BPCO.

c) *Urgenza di pertinenza dei Servizi per la Salute Mentale*, corrispondente ai quadri clinici direttamente correlati a disturbi mentali.

Di seguito vengono elencate le diagnosi nosografiche che più frequentemente possono corrispondere a tali quadri, evidenziabili in urgenza (acuzie):

- Gravi attacchi di panico con somatizzazioni
- Quadri di conversione somatica (urgenza pseudosomatica)
- Disturbo d'ansia generalizzato
- Reazioni acute da disadattamento: dissociazioni, stati crepuscolari
- Gravi sindromi depressive
- Disturbi di Personalità con discontrollo comportamentale
- Mania Acuta
- Psicosi delirante-allucinatoria (Bouffée Delirante)
- Psicosi Schizofrenica o Schizoaffettiva in fase di scompenso
- Psicosi paranoide
- Sindrome di Ganser (rara)
- Vertigine da Uscita (gravi stati d'ansia in prossimità della scarcerazione)
- Disturbi Alimentari con grave rischio attuale di vita

In tutte le condizioni di urgenza, la principale ed immediata attenzione va posta nei confronti dell'identificazione del rischio suicidario. E' consigliabile tener conto del fatto che, in caso di ideazione autosoppressiva manifesta o deducibile dal comportamento, il rischio è aumentato, anche in assenza di una progettualità suicidaria, in presenza di agitazione psicomotoria, tratti di impulsività, vissuti radicati e impermeabili alla critica sul versante della colpa- rovina- vergogna.

CASO 2. Valutazione diagnostica non in condizioni di acuzie/urgenza

Viene effettuata di norma dall'équipe multidisciplinare per conoscere / comprendere le condizioni del paziente in ordine ad alcune dimensioni e formula una ipotesi di funzionamento psichico (diagnosi funzionale, nosografica, strutturale).

Le dimensioni indagate riguardano:

- Salute individuale generale. La salute intesa nelle sue diverse componenti, sia come effettive condizioni fisiche attuali e pregresse, sia come consapevolezza e rappresentazione del proprio stato fisico
- Stato psichico
- Relazioni affettive familiari sociali
- Situazione Giuridico penale
- Relazione terapeutica

Per ogni dimensione si fa riferimento alle condizioni attuali e pregresse.

I metodi di indagine prevedono:

- a. colloquio clinico,
- b. osservazione diretta (con eventuale esame obiettivo),
- c. somministrazione di test e questionari,
- d. analisi documentale.

Le azioni comprendono una gamma di atti clinici, che possono concorrere a indagare sulle dimensioni selezionate.

Il quadro sinottico tra dimensioni e azioni, di seguito riportato, può fungere da supporto e guida ai singoli professionisti e all'intera équipe per verificare la completezza del proprio operato; per valutare ogni dimensione, i singoli professionisti e l'équipe nel complesso, utilizzeranno i diversi metodi di indagine disponibili.

VALUTAZIONE DIAGNOSTICA, in funzione delle dimensioni osservate e delle azioni

**DIMENSIONI AZIONI**

(riferibili ai diversi metodi di indagine: *colloquio clinico, osservazione diretta con eventuale esame obiettivo, somministrazione di test e questionari, analisi documentale*)

Salute individuale generale

Anamnesi prossima e remota individuale, con attenzione su storie di abuso o dipendenza da sostanze

Esame dei parametri vitali

Valutazione condizioni organiche patologiche (deficit neurologici)

Stato psichico

Rivalutazione rischio suicidario

Valutazione status

Valutazione pregressi atti autolesionistici

Scala diagnostica BPRS

Eventuali altri strumenti psicodiagnostici ritenuti utili per approfondimento clinico su singolo caso

Relazioni affettive familiari sociali

Anamnesi familiare, con attenzione su patologie psichiche e disturbi da uso di sostanze

Analisi reti e risorse esterne

Situazione Giuridico penale Anamnesi storia legale / detentiva

Relazione terapeutica

Analisi dei precedenti trattamenti e delle diagnosi già formulate

Richiesta di documentazione clinica presso altri servizi di salute mentale (CSM, Residenzialità e Semiresidenzialità, REMS, SPDC, TSMREE)

Modalità di relazione con il clinico

L'equipe multidisciplinare si rapporterà sul singolo caso, se lo ritiene necessario, sia con il Servizio per le Dipendenze (SERD) che con i medici del servizio di assistenza sanitaria in ambito penitenziario (Medicina di base, Continuità Assistenziale, Specialistica).

Durante la fase diagnostica è particolarmente opportuna la presenza di Mediatori culturali, al fine di consentire un corretto inquadramento delle problematiche e di favorire il rapporto fiduciario tra il paziente straniero ed il servizio.

Al termine della valutazione si elabora l'orientamento diagnostico per la definizione del profilo individuale (con riferimento a diagnosi funzionale, strutturale e nosografica) e del Piano di Trattamento Individualizzato, nel caso di presa in carico, con discussione in équipe per i Trattamenti integrati. In questo caso vengono individuate le singole figure professionali ed il relativo case manager.

L'orientamento diagnostico, almeno per ciò che concerne i principali inquadramenti nosografici, deve essere evidentemente riportato in cartella clinica e nelle eventuali relazioni cliniche laddove richieste. Pertanto la valutazione può esitare in:

## **CONCLUSIONI**

**Si propone**

### **PIANO DI INTERVENTO:**

CONSULENZA: (Eventuali consulenze su richiesta; non necessario, al momento, Trattamento terapeutico continuativo)

ASSUNZIONE IN CURA:

con Trattamento farmacologico sintomatico continuativo, con monitoraggio con Trattamento psicologico, con monitoraggio

PRESA IN CARICO INTEGRATA:

con Piano di Trattamento individualizzato ed integrato, con presa in carico multidisciplinare

### **\_ SPECIFICHE, PRESCRIZIONI, SUGGERIMENTI:**

- Richiesta invio/ trasferimento in sezioni specifiche ai sensi degli artt. 111, 112, 148

- Suggerimenti di collocazioni in particolari collocazioni in Istituto (cella liscia, cella con peer supporter, infermeria, ecc...)

- Richiesta di Misura di Sorveglianza

Nel caso di Presa in carico integrata, l'equipe di riferimento redige il Piano di Trattamento Individualizzato, comprensivo di obiettivi terapeutici, da comunicare e concordare con il paziente, laddove possibile. La condivisione dell'obiettivo di cura, infatti, aumenta il livello di compliance e di competenza del paziente rispetto al proprio stato di salute, tanto più in stato di restrizione della libertà. (ALLEGATO PTI)

Definizione degli Obiettivi di Trattamento (in funzione del Profilo clinico diagnostico) (Allegato n. 4):

- Area problema: **Relazione terapeutica** – Obiettivi: o Aumento compliance trattamento  
o Costruzione alleanza terapeutica
- Area problema: **Sintomatologia** – Obiettivi a breve e medio termine:
  - o Miglioramento sintomatologia psicotica
  - o Miglioramento equilibrio timico
  - o Miglioramento sintomatologia ansiosa
  - o Miglioramento controllo degli impulsi
  - o Miglioramento ritmo sonno-veglia
  - o Miglioramento sintomatologia da Disturbo Comportamento Alimentare (DCA)
- Area problema: **Sintomatologia** – Obiettivi lungo termine:
  - o Individuazione dei problemi connessi a sintomatologia iniziale
  - o Raggiungimento di un diverso equilibrio psichico
- Area problema: **Cognizione - affettività - relazionalità** – Obiettivi:
  - o Miglioramento relazioni con ambiente interno
  - o Miglioramento relazioni con ambiente esterno
  - o Miglioramento capacità/stabilità cognitivo-affettiva
- Area problema: **Progettualità** – Obiettivi:
  - o Apprendimento abilità tecnico professionali
  - o Partecipazione a programmi di reinserimento
- Area problema: **Gestione della salute fisica** – Obiettivi:
  - o Miglioramento cura del sé
  - o Miglioramento cura salute generale
  - o Riduzione misuso psicofarmaci

Le conclusioni valutative diagnostiche, la proposta del Piano di Trattamento Individualizzato collegata agli specifici obiettivi sono illustrati al paziente e condivisi con lo stesso.

Al termine della fase sono pertanto fissati gli appuntamenti previsti dal Piano di Trattamento Individualizzato.

#### **Attività previste**

- Colloquio e osservazione psicologica
- Visita e colloquio psichiatrico
- Somministrazione questionari/test
- Colloquio sociale
- Discussione del caso in equipe
- Redazione profilo individuale con diagnosi
- Contatto con servizi territoriali di riferimento
- Redazione Piano di Trattamento Individualizzato, con indicazione del Case Manager
- Restituzione della valutazione al paziente e condivisione Piano di Trattamento Individualizzato
- Richieste di invio/trasferimento in altri Istituti/sezioni

#### **Documentazione**

- Scale e strumenti psicodiagnostici
- Modulo PTI a cura delle ASL di competenza territoriali con definizione Obiettivi (vedi Allegato n. 4)
- Cartella clinica
- Modulo richiesta di invio/trasferimento

#### **4. PIANO DI TRATTAMENTO (Assunzione in cura, Presa in carico integrata, Trattamento di urgenza)**

##### **Finalità**

Assicurare ai soggetti assunti in cura o con presa in carico integrata, un trattamento appropriato che possa prevedere pertanto una assegnazione del caso a singola competenza professionale, ovvero una presa in carico multidisciplinare.

Nel caso di presa in carico integrata si realizza quanto previsto nel Piano di Trattamento Individualizzato, concordato (laddove possibile) con il paziente ed articolato per tipologia di interventi nell'ottica di risultato.

##### **Processo**

Al termine della Valutazione diagnostica il caso viene assegnato a specifici professionisti, con individuazione del case manager (in caso di presa in carico integrata).

Ogni trattamento, sia monoprofessionale sia integrato, prevede un raccordo con le restanti aree sanitarie: area medico infermieristica generale e Servizio per le Dipendenze (SerD)

##### **ASSUNZIONE IN CURA:**

Trattamento farmacologico sintomatico continuativo, con monitoraggio

Psichiatra:

- stabilisce il piano farmacologico, trascrivendolo anche nella cartella sanitaria generale del detenuto;
- comunica il piano prescritto al servizio infermieristico, al fine di assicurare la corretta somministrazione della terapia;
- stabilisce la frequenza delle visite/controlli, comunicando i successivi appuntamenti al paziente; per quanto possibile, garantisce la continuità del rapporto terapeutico;
- effettua le visite mediche, programmate o su richiesta;
- in ogni caso, ogni psichiatra in turno, risponde alle richieste emergenti negli intervalli tra gli appuntamenti, nel rispetto della relazione terapeutica laddove esistente; pertanto è raccomandata la comunicazione tra psichiatri per i cambiamenti terapeutici significativi;
- segnala allo psicologo eventuali necessità di consulenza occasionale o di necessità di nuova valutazione;
- prescrive accertamenti di laboratorio e strumentali, necessari al monitoraggio del Piano terapeutico;

Infermiere:

- prepara e somministra le terapie previste, assicurandosi della corretta assunzione;
- provvede a segnalare (con le modalità in essere in ogni Istituto penale) qualsiasi eventuale criticità / rifiuto / difficoltà nella somministrazione medesima; Trattamento esclusivamente psicologico, con monitoraggio

Psicologo:

- stabilisce il piano di trattamento psicologico, trascrivendolo nella cartella sanitaria generale del detenuto;
- stabilisce la frequenza dei colloqui, comunicando i successivi appuntamenti al paziente;
- effettua colloqui individuali, supportivi o strutturati in trattamento psicoterapeutico, anche breve e/o focale;
- predispone ed attua, laddove possibile, trattamenti terapeutici / supportivi in gruppo;
- segnala allo psichiatra eventuali necessità di consulenza specialistiche occasionale o di necessità di nuova valutazione.

##### **PRESA IN CARICO INTEGRATA**

Trattamento integrato, con presa in carico multidisciplinare

Nel Trattamento integrato, appropriato per i casi complessi, viene identificata la composizione dell'équipe e più figure professionali intervengono in modo coordinato tra loro, nel rispetto delle singole competenze.

Il trattamento è orientato ad obiettivi (vedi fase precedente di valutazione diagnostica) e contempla alcune linee di azioni ad essi collegati:

□ **Relazione terapeutica** – Obiettivi: Aumento compliance trattamento, Costruzione alleanza terapeutica.

Si raccomanda:

- attenzione verso strategie mirate a favorire la costruzione di una relazione terapeutica (modalità di ascolto e di feedback);
- individuazione di specifiche figure di riferimento, con eventuali colloqui congiunti;
- programmazione di appuntamenti articolati sulle caratteristiche di funzionamento psicorelazionale del paziente (resistenza, disponibilità, sospettosità, reattività agli stimoli);
- attivazione mediazione culturale (attraverso l'intervento del mediatore culturale o la collaborazione di operatori o detenuti utilizzabili in tal senso);
- cura nella comunicazione con altre aree per favorire risposte a bisogni sanitari e sociali.

□ **Sintomatologia** – Obiettivi a breve e medio termine: Miglioramento sintomatologia psicotica, equilibrio timico, ansia, controllo degli impulsi, ritmo sonno-veglia, disturbo del comportamento alimentare. Obiettivi lungo termine: Individuazione dei problemi connessi a sintomatologia iniziale, Raggiungimento di un diverso equilibrio psichico.

Si raccomanda:

- impostazione di un adeguato programma psicofarmacologico, con eventuale rivalutazione delle terapie farmacologiche precedenti, concordato, per quanto possibile, con il paziente nell'obiettivo di tenere in considerazione le eventuali necessità o intolleranze espresse dal detenuto stesso (rifiuto di specifici farmaci per precedenti esperienze, intolleranza alla sedazione, particolari timori di aumento ponderale);
- attenzione alla copresenza di altre patologie con conseguente necessità di polifarmacoterapia, con particolare riferimento a congiunti trattamenti in terapia agonista per oppiacei;
- impostazione di adeguato programma di supporto psicologico per sviluppo di capacità di gestione del sintomo e di controllo dei comportamenti disfunzionali;
- costante collegamento con le altre aree sanitarie (di base e specialistiche) e con le aree penitenziarie educative e della sorveglianza, per una gestione congiunta e coordinata del paziente complesso.

□ **Cognizione - affettività - relazionalità** – Obiettivi: Miglioramento relazioni con ambiente interno, con ambiente esterno, capacità/stabilità cognitivo-affettiva.

Si raccomanda:

- elaborazione di un progetto di sostegno psicologico e, laddove realizzabile, di percorso psicoterapeutico, orientato a processi di cambiamento contestualizzati nell'ambiente carcerario;
- programmi di terapia di gruppo quale strumento trasformativo e migliorativo della qualità delle relazioni personali di particolare utilità nell'ambiente collettivo di vita;
- impostazione di adeguato programma di supporto psicologico per attivazione delle risorse, elaborazione dei vissuti, sviluppo di capacità di coping, di gestione degli eventi stressanti;
- inserimento in liste di pazienti supportati da pari, che saranno formati, coordinati e supervisionati dagli specialisti in appositi programmi dedicati;
- costante collegamento con le aree penitenziarie educative e della sorveglianza, per una gestione congiunta e coordinata del paziente complesso, per realizzazione di processi di cambiamento.

□ **Progettualità** – Obiettivi: Apprendimento abilità tecnico professionali, Partecipazione a programmi di reinserimento.

Si raccomanda:

- programmazione di un Trattamento Riabilitativo, fino alla formazione professionale vera e propria, in collaborazione con l'Area Trattamentale e le Associazioni di volontariato per sviluppare abilità residue e riattivare capacità quiescenti o regredite, evenienza, quest'ultima, che si determina facilmente nel contesto restrittivo penitenziario. Nelle prime fasi è necessario sottoporre il paziente a stimoli progressivamente attivanti, dopo aver approfondito le capacità e le competenze in suo possesso, nonché la presenza di interessi specifici (ambito di attività manuali, piccole ambizioni

culturali) e di necessità terapeutiche quali, ad es. l'esigenza di migliorare la socializzazione e di superare la paura dell'Altro;

- supervisione clinica delle attività riabilitative, fondamentale per calibrare le stimolazioni e valutare le risposte individuali;

- collaborazione, laddove possibile, alla elaborazione del Piano annuale di Istituto e partecipazione alle attività coerenti con le finalità di cura del paziente psichiatrico.

**Gestione della salute fisica** – Obiettivi: Miglioramento cura del sé e della salute generale, Riduzione misuso psicofarmaci.

Si raccomanda:

- informazione ed educazione sanitaria alla cura di sé, anche con management infermieristico;

- rilevazione parametri vitali e prescrizione accertamenti sanitari, in accordo con Area Sanitaria;

- osservazione e monitoraggio, anche in collaborazione con personale di polizia Penitenziaria, dei comportamenti della vita quotidiana in relazione alla cura di sé e/o al misuso di farmaci;

- verifica e monitoraggio infermieristico sulla corretta assunzione degli psicofarmaci prescritti, e laddove necessario, somministrazione a vista degli stessi;

- collaborazione e coordinamento con i colleghi del SerD per verifica congiunta di misuso farmaci agonisti

Si raccomandano inoltre alcune linee di attività trasversali rispetto ai piani di intervento e di obiettivi specifici, quali:

organizzazione dei contatti con i servizi sanitari di riferimento esterni, per garantire la continuità delle cure;

cura dei rapporti con i familiari, previa autorizzazione da parte del paziente, per la comunicazione di notizie che lo riguardino; laddove necessario e possibile, supporto alla rete familiare per attivazione delle risorse di sostegno ambientale;

organizzazione dei contatti con le istituzioni non sanitarie del territorio, con particolare riferimento all'UEPE;

verifica e confronto sulla collocazione più idonea, a seconda delle fasi del disturbo: sezione comune, sezioni specifiche, cella con detenuto peer supporter;

promozione e partecipazione a riunioni periodiche dell'équipe interistituzionale intese come essenziali momenti di confronto e coordinamento tra tutte le figure istituzionali interessate: équipe per la salute mentale, équipe SerD, area sanitaria, area Educativa Trattamentale, Polizia Penitenziaria e, laddove possibile, direzione di Istituto. Si tratta di momenti cruciali per il raggiungimento degli obiettivi di cura perché non solo permettono un monitoraggio reale del decorso clinico ed una revisione dinamica e significativa del PTI ma diventano luogo virtuale, e insieme concretissimo, di condivisione di intenti, di formazione sul campo e di integrazione evolutiva di aree funzionali altrimenti isolate: quindi, quale luogo di promozione del benessere di detenuti e operatori.

### **Trattamento in Urgenza**

Linea aspecifica è rappresentata dagli interventi in regime di urgenza/emergenza che possono verificarsi sia in pazienti non già in carico sia in pazienti con trattamento monoprofessionale o integrato.

In funzione della valutazione effettuata in concomitanza dell'episodio in acuzie si delineano le seguenti tipologie di trattamento:

- Pseudo urgenza clinica (situazione di crisi ambientale non legata a fattori propriamente clinici): attraverso un intervento di ridefinizione del contesto, il sanitario può ricondurre l'ambiente ad una situazione di equilibrio, attraverso la decodificazione dell'evento critico in termini di reazione ad evento stressante, interno o esterno. Tale rilettura può essere condotta direttamente con il paziente, ma anche con il personale penitenziario (risignificazione del comportamento). Ciò può consentire al detenuto di ritrovare una condizione di padronanza comportamentale e al contesto di rilevare l'insussistenza di un fondamento psicopatologico e/o clinico in senso generale; tale intervento non esclude l'utilizzo contestuale e temporaneo di supporto psicofarmacologico.

- Urgenza Pseudopsichiatrica (condizioni secondarie ad un disturbo organico) o Mista (copresenza di sintomi somatici e psichici con priorità della componente somatica): il sanitario, a seguito della valutazione effettuata, attiva interventi sanitari di tipo non psichiatrico, che in condizione di Emergenza possano condurre ad invocare lo Stato di Necessità (art.54 C.P.) con accompagnamento coattivo del paziente c/o il nosocomio più vicino.

- Urgenza di pertinenza dei Servizi di salute mentale: o in caso di condizioni legate a patologia di tipo ansioso, con eventuali somatizzazioni: terapia farmacologica di tipo ansiolitico, laddove accettata, e/o colloquio psicologico-sanitario di supporto e tranquillizzazione. Successive valutazioni di area psicologico-psichiatrica; o in caso di condizioni legate a patologie di maggiore gravità, le opzioni decisionali possono essere orientate secondo il seguente schema:

a) *condizioni organiche accettabili e necessità di terapia psicofarmacologica urgente con consenso del paziente* e possibilità di rinvio ad un approfondimento diagnostico successivo per valutare la necessità di ricovero: se il paziente accetta la terapia, con esito positivo, o si riduce il livello di instabilità clinica grazie ad un colloquio psicologico mirato, si programma una Presa in carico integrata ed intensiva e si richiede una Misura di Sorveglianza (Grande, Grandissima o a Vista), possibilmente evitando la collocazione in cosiddetta “cella liscia” cioè priva di qualsiasi suppellettile od oggetto atto a procurarsi danno. Si dovrebbe, invece, richiedere la collocazione in cella con altro detenuto disponibile e, possibilmente, “formato” sul versante del supporto psicologico (detenuto peer supporter);

b) *condizioni organiche accettabili e necessità di terapia immediata in assenza di consenso del paziente*, per situazione di emergenza riconducibile allo Stato di Necessità: ricorso alla terapia farmacologica (vizio di consenso presunto) e richiesta di Misura di Grandissima Sorveglianza o Sorveglianza a Vista, con stretto monitoraggio clinico della situazione sindromica e dei parametri vitali;

c) *condizioni organiche accettabili e necessità di ricovero urgente con intervento dilazionabile*: si programma ricovero volontario o TSO e si richiede Grandissima Sorveglianza o Sorveglianza a Vista (vedi sopra);

d) *condizioni organiche sospette e/o condizioni psichiche gravemente alterate o non stabilizzate* dopo appropriata terapia di emergenza, con necessità di valutazione specialistica immediata (in caso di medico valutatore non psichiatra) oppure di ulteriore terapia da effettuare in condizioni di sicurezza o di monitoraggio clinico intensivo di tipo ospedaliero: richiesta di trasferimento in Pronto Soccorso, anche in assenza di consenso del paziente, con Ambulanza o raduzione a mezzo Polizia Penitenziaria. Ipotizzabile, in molti di questi casi, una contestuale programmazione di TSO.

Certamente l’obiettivo di qualsiasi presa in carico è l’ottenimento del consenso alle cure. Laddove esso sia irraggiungibile, ma si ravvisi la necessità di trattamento urgente, si deve ricorrere al Trattamento Sanitario Obbligatorio, come previsto dalla normativa vigente. L’iter procedurale per la realizzazione del TSO è analoga a quella prevista per tutte le urgenze psichiatriche territoriali ed ospedaliere e si compone dei seguenti passaggi:

- Proposta da parte di medico, anche non psichiatra.

- Convalida di medico struttura pubblica (dipendente, in convenzione specialistica interna, continuità assistenziale, medicina di base).

- Trasmissione delle certificazioni al Sindaco del comune su cui insiste l’Istituto.

- Ordinanza del Sindaco che provvede alla comunicazione al Giudice Tutelare e al Sindaco del comune di residenza dell’infermo, in caso il comune di residenza sia diverso.

- Comunicazione al Ministero dell’Interno e al consolato competente, tramite la prefettura, in caso l’infermo sia cittadino straniero o apolide (condizione molto frequente in ambito carcerario).

- Esecuzione dell’ordinanza a carico della Polizia Municipale.

- Trasporto del paziente al SPDC di riferimento territoriale, a mezzo ambulanza del 118 con la scorta della Polizia Locale (dal perimetro esterno dell’istituto in poi) e della Polizia Penitenziaria che

garantirà, salvo diversa disposizione dell'Autorità Giudiziaria competente, il Piantonamento in ospedale (SPDC o cella o reparto Protetto).

Per ogni trattamento realizzato in urgenza o in trattamento ordinario (consulenza, assunzione in cura, presa in carico integrata) devono, in ogni caso, essere garantite:

- elaborazione di relazioni su richiesta dell'Autorità Giudiziaria.
- redazione di relazioni cliniche e/o certificazioni su richiesta del paziente, o di suo delegato per la medesima richiesta.
- aggiornamento costante della cartella clinica e della scheda di sintesi del trattamento
- promozione di un'interlocazione stabile con l'Autorità Giudiziaria ed, in particolare, con la Magistratura di Sorveglianza.

#### **Attività previste**

- Compilazione cartella clinica
- Compilazione scheda terapia farmacologica
- Aggiornamento Scheda di Sintesi
- Proposta di attivazione di Misure di Sorveglianza
- Richiesta TSO
- Richiesta invio/trasferimento in Osservazione Psichiatrica o altre Sezioni specifiche

#### **Documentazione**

- Modulo richiesta trasferimento per art.112 DPR 230/2000
- Modulo richiesta di applicazione art.111 DPR 230/2000, ovvero art.148 c.p.
- Cartella clinica
- Scheda terapia farmacologica
- Modulo di proposta di attivazione Misure di Sorveglianza.
- Modulo richiesta TSO
- Relazione Sanitaria Clinica e /o di sintesi
- Certificazione su condizioni di salute

### **5. MONITORAGGIO**

#### **Finalità**

Valutare periodicamente l'andamento del Piano di Trattamento Individualizzato (in caso di Presa in carico per trattamento integrato) e dei trattamenti in caso di Assunzione in Cura (farmacologico e/o psicologico), al fine di apportare eventuali adeguamenti al trattamento in atto e/o modifiche agli obiettivi prefissati. Pertanto attraverso il monitoraggio si valuta periodicamente lo stato di salute dell'individuo, nonché la persistenza o meno dei fattori di rischio, anche autolesivo e/o suicidario.

#### **Processo**

Il monitoraggio periodico del quadro clinico del paziente deve avvenire attraverso una calendarizzazione delle visite fino al momento delle dimissioni (per motivi clinici o contestuali).

Nel caso di Presa in carico con PTI, occorre predisporre periodiche riunioni di équipe, al fine di individuare criticità emergenti, valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi fissati, attraverso la puntuale registrazione dei risultati clinici raggiunti.

Il monitoraggio può produrre:

- richieste di mantenimento / modifica / sospensione di Misure di Sorveglianza,
- revisione richieste di trasferimento per motivi sanitari, tra cui quelle per Osservazione Psichiatrica, ai sensi dell'art.112 DPR 230/2000,
- proposta di cambiamento di collocazione, laddove essa risulti dannosa per le condizioni cliniche del detenuto,
- modifiche aggiornamenti sul Piano di trattamento, da svolgersi anche in ambito extramurario, previa autorizzazioni di competenza,
- modifica / sostituzione dell'équipe di trattamento (o di alcune figure), in caso di criticità non superabili, finalizzata a garantire la migliore compliance o alleanza terapeutica.

Gli strumenti di monitoraggio devono comprendere:

- tutti gli strumenti già previsti nella prima fase di valutazione,

- rilevazione e segnalazione di manifestazioni/comportamenti sintomatici,
- osservazione e registrazione (con comunicazione diretta al medico) della corretta assunzione della terapia prescritta,
- rilevazione e registrazione in cartella dei parametri clinici/vitali e comportamentali per la valutazione delle condizioni psicofisiche correlabili anche a disturbo mentale o al suo trattamento (peso, P.A, tremori, variazioni BMI, temperatura corporea, rallentamento psicomotorio, distonie, alterazioni della sfera sessuale, ecc),
- prescrizione analisi e accertamenti periodici per monitorare alcuni effetti specifici delle terapie assunte (ad esempio ECG con misurazione del tratto QTc.).

Anche nella fase di monitoraggio, risulta spesso fondamentale coinvolgere tutte le aree istituzionali che partecipano alla gestione del paziente detenuto, che osserveranno in particolare i comportamenti quotidiani, quali:

- il comportamento alimentare,
- la socialità e, in generale, le relazioni tra pari e con il sistema penitenziario,
- la cura del sé,
- la reattività,
- l'eventuale presenza di comportamenti di autolesionismo,
- le modifiche caratteriali,
- i cambiamenti di abitudini anche in termini di richieste presentate all'area trattamentale e all'area della vigilanza.

#### **Attività previste**

- Discussione in équipe secondo necessità o tempi stabiliti nel piano di monitoraggio
- Conferma o modifica PTI
- Valutazione esiti

#### **Documentazione**

- PTI
- Cartella clinica

## **6. DIMISSIONI DAL PERCORSO TERAPEUTICO**

### **Finalità**

Accompagnare il paziente nella fase di superamento del disturbo, formalizzando l'avvenuta uscita dal piano di trattamento individualizzato che era stato impostato ed attuato, oppure nel passaggio ad altro contesto di cura. Fondamentale, infatti, è:

1. Promuovere la continuità informativa (*informational continuity*), che consiste nella trasmissione delle informazioni, cliniche e personologiche, che riguardano i pazienti come presupposto per un corretto coordinamento tra i diversi servizi che vengono in contatto con un dato paziente e, pertanto, per un'assistenza adeguata;
2. Favorire la permanenza del paziente in un sistema di cure. Nel caso di persone provenienti da un'esperienza detentiva, la scarcerazione, soprattutto, rischia di interrompere totalmente i percorsi di cura, considerando che, come è noto, le minoranze fragili hanno minor accesso ai servizi di salute mentale, hanno meno probabilità di ricevere l'assistenza necessaria da parte degli stessi servizi e spesso ricevono trattamenti meno efficaci e sono sottorappresentate nella ricerca sulla salute mentale.

### **Processo**

Al termine del percorso terapeutico, in relazione alla valida stabilizzazione clinica con superamento della criticità psicopatologica oggetto del trattamento impostato, oppure in relazione al trasferimento presso altro Istituto o, infine, in concomitanza con la scarcerazione, la dimissione dal trattamento (concordata o meno con il paziente) viene riportata sulla cartella clinica, oltre che comunicata direttamente al paziente medesimo.

Nel caso della scarcerazione (per fine pena o per concessione di arresti/detenzione domiciliare) di soggetti in trattamento, è cura degli operatori, allertare, se fattibile, i servizi di competenza territoriale (CSM e, se opportuno, Servizi Sociali) per eventuale presa in carico se il paziente è sconosciuto al

servizio o riassunzione in cura se è già conosciuto. I contatti con i CSM del territorio di residenza dovrebbero, peraltro, avvenire, laddove possibile, già durante le fasi precedenti del percorso trattamentale, favorendo, auspicabilmente, la conoscenza del detenuto da parte dei referenti dei servizi territoriali c/o l'Istituto di pena.

Se possibile, viene quantomeno concordato direttamente un appuntamento di contatto c/o il servizio ricevente, con rilascio al paziente di recapiti telefonici di riferimento.

Se ritenuto opportuno, con particolare attenzione ai casi socio-sanitari complessi, si redige una relazione clinica con una sintesi del piano terapeutico individuale impostato ed i trattamenti, farmacologici o integrati, messi in atto.

In ogni caso dovrebbe essere predisposta una Scheda di dimissione generale con sezioni specifiche per l'area della salute mentale dove riportare gli elementi essenziali di terapia e decorso clinico, preziosi per i servizi, penitenziari o territoriali, che accoglieranno il paziente.

#### **Attività previste**

- Segnalazione in cartella della dimissione
- Compilazione sezione Scheda Dimissioni
- Comunicazione al detenuto
- Contatti eventuali con Servizio Territoriale
- Informazione al paziente sulla eventuale necessità di prosecuzione del trattamento
- Comunicazione al paziente degli eventuali riferimenti territoriali in caso di scarcerazione
- Informazione su dati sanitari, qualora richiesta, al servizio per la salute mentale dell'Istituto sede del trasferimento

#### **Documentazione**

- Cartella clinica
- Scheda Dimissione

#### **C.2. Interventi di comunità e di rete**

Come già esposto in altre parti del documento, è necessario intervenire sui fattori che impattano sulla salute mentale in carcere, già individuati dall'OMS9 e che comprendono:

- Sovraffollamento
- Forme varie di violenza
- Isolamento forzato
- Mancanza di privacy
- Mancanza di attività significative
- Isolamento dalle reti sociali
- Incertezza sulle prospettive future, sul lavoro e sulle relazioni

Intervenire esclusivamente sui casi che presentano quadri patologici, o elementi di rischio, in un ambiente circoscritto quale il carcere, senza agire sui determinanti la salute/patologia psichica, rischia di equivalere sia ad un cattivo utilizzo delle esigue risorse disponibili che a non contrastare il burn out degli operatori e non contribuire al miglioramento della salute psichica della popolazione detenuta.

Le competenze per eliminare i fattori elencati dall'OMS non sono di stretta pertinenza sanitaria, ma è senz'altro competenza dei servizi per la Salute Mentale diffondere conoscenza sul fenomeno e contribuire, almeno in alcuni campi, a individuare le strategie per promuovere una qualità di vita durante la detenzione, non in antitesi con i principi di salubrità dell'ambiente.

Le competenze dei servizi per la Salute Mentale devono pertanto comprendere azioni volte a:

- Contribuire all'identificare percorsi per la costruzione di attività significative (tempi, spazi, relazioni, finalità dell'agire quotidiano);
- Contenere e contrastare l'utilizzo di isolamento forzato per gestire le problematiche connesse al disturbo mentale;
- Ri-costruire con il detenuto/ detenuti le aspettative, in base alle risorse interne ed esterne, al contesto di vita e ad un corretto esame di realtà;
- Garantire la riservatezza dei dati sanitari e contribuire a individuare strategie per la gestione

degli spazi e dei tempi maggiormente rispettosi della privacy.

Le azioni volte a promuovere una migliore relazionalità interna, anche lavorando con gruppi di detenuti (gestione delle dinamiche di gruppo tra pari, ri-costruzione delle regole e della fiducia, comunicazione e circolazione delle informazioni) costituiscono solo gli elementi di base su cui programmare un intervento di sistema.

Ogni azione che impatti sui fattori descritti deve essere, ovviamente, condivisa con l'Amministrazione Penitenziaria, ma è comunque centrale che il Servizio di Salute Mentale consideri propria competenza agire su queste tematiche.

Gli strumenti che possono essere adottati sono molteplici: analisi delle relazioni tra detenuti, formazione di peer supporter, gruppi di attività finalizzata, collaborazione con Area trattamentale volte a dare significato al tempo, collegamento con la rete delle risorse anche di volontariato interne, gruppi sulla gestione del comportamento aggressivo.

Parallelamente deve essere curata la collaborazione con la rete di risorse anche esterne, anche coordinando Organismi che concorrono ad offrire servizi, a titolo istituzionale o volontario, a favore di detenuti con disturbo psichico.

Prison and Health, 2014 WHO

Il lavoro di rete deve prevedere la collaborazione, oltre che con la Direzione ed il personale dell'Amministrazione penitenziaria del singolo istituto, con:

- Il garante dei diritti dei detenuti
- L'UEPE
- I servizi sociali comunali
- Le organizzazioni di volontariato

### **C.3.Coordinamento con altre partiture aziendali**

Il coordinamento costante con l'Area Sanitaria Penitenziaria è imprescindibile per la corretta gestione non solo del singolo caso in trattamento, ma per l'intera organizzazione del sistema di cura. La collaborazione, pertanto, non è da intendersi solo quale accordo tra responsabili di servizio (livello di programmazione organizzativa), ma anche tra singoli professionisti (livello di scambio operativo). Il passaggio delle informazioni cliniche e di trattamento deve essere inteso quale elemento su cui basare una corretta e appropriata gestione di ogni singolo caso. Analoga collaborazione deve essere realizzata con il Servizio per le Dipendenze, con il quale si co-gestiscono molti casi in trattamento.

Oltre a queste due principali strutture organizzative che operano nel medesimo tempo-spazio intramurario è necessario sviluppare un modello di coordinamento con altre partiture aziendali, quali:

- Pronto Soccorso, quale snodo di transito per i ricoveri in urgenza richiesti per problemi psichiatrici.
- SPDC, per la gestione dei casi critici e delle urgenze.
- CSM, per garantire la continuità assistenziale.
- Reparti ospedalieri, per la gestione di casi con patologia organica che presentino concomitante patologia psichica.

La collaborazione intraaziendale deve essere assicurata anche con i servizi che garantiscono la gestione

delle risorse (Personale) e della logistica (locali, strumentazione, attrezzature, ecc).

### **C.4.Interventi specifici in strutture dedicate**

La programmazione delle sezioni specialistiche per i detenuti affetti da disturbi mentali previste dall'Accordo in Conferenza Unificata del 22/1/2015, che andrà ad integrare quanto già stabilito con DGR 277/2012, è rimandata ad altro specifico atto da concordare e approvare congiuntamente con i competenti organismi dell'Amministrazione Penitenziaria.

## **D. RISULTATI: ANALISI, MONITORAGGIO, MIGLIORAMENTO**

### **D.1.Risultati attesi**

L'analisi dei risultati riguarda sia il grado di raggiungimento degli obiettivi del presente programma, sia di applicazione dello specifico PDTA.

Per quanto riguarda il primo livello si considerano gli indicatori di monitoraggio di seguito elencati:

## **Obiettivo generale: 1. Prevenzione e promozione del benessere mentale**

### **Obiettivi specifici Risultati attesi Indicatori**

1.1. Promozione del lavoro di rete, intra ed extra murario, con coinvolgimento delle Istituzioni, degli Enti ed Organismi territoriali, nonché delle famiglie dei detenuti

Definizione di protocolli operativi intersistemici

- n. riunioni intersistemiche,
- n. protocolli operativi locali redatti
- n. protocolli operativi approvati

1.2. Promozione di attività significative, che assumano valenza riabilitativa per la collettività  
Collaborazione al piano annuale di istituto per l'offerta trattamentale

- n. riunioni con Area trattamentale per Piano di Istituto

1.3. Prevenzione dei comportamenti di violenza ambientale

Attivazione di gruppi di auto mutuo aiuto

- n. Gruppi di auto mutuo aiuto attivati

1.4. Prevenzione e lotta allo stigma Programmi di formazione - n. Corsi di formazione interna

- n. Corsi di formazione per personale Amministrazione Penitenziaria

## **Obiettivo generale: 2. Miglioramento, cura dei quadri clinici patologici**

### **Obiettivi specifici Risultati attesi Indicatori**

2.1 Prevenzione del rischio autoeterolesivo e suicidario

Programma locale per rischio autolesivo e suicidario dei rischi di suicidio

Redazione e approvazione piano locale per prevenzione rischio autolesivo e suicidario

- n. Gruppi di peer supporter
- n. Gruppi di supporto per i detenuti di nuovo ingresso
- n. Gruppi focali a tema

2.2 Identificazione precoce dei pazienti con disturbi psichici gravi, con successiva presa in carico integrata e multidisciplinare, anche in connessione con i servizi ospedalieri psichiatrici di Diagnosi e Cura

- Osservazione puntuale nuovi giunti
- interventi di individuazione precoce dei disturbi mentali,

Report periodico con dati epidemiologici da valutazione

- n. interventi precoci attivati

2.3 Definizione ed attuazione dei percorsi clinici in relazione ai bisogni dei soggetti in carico

Definizione e realizzazione di PTI

- n. PTI redatti per pazienti in carico

2.4 Promozione della salute fisica del paziente con disturbo psichico

Collegamento con Area sanità penitenziaria e azioni congiunte

- n. protocolli operative e/o procedure attivare con Area Sanitaria

Per quanto riguarda il secondo livello si hanno i seguenti indicatori di monitoraggio di adeguata applicazione del PDTA:

### **Fase Azione Indicatori**

INTAKE Presa visione registro segnalazioni - n. pazienti visitati / n. pazienti segnalati

ACCOGLIENZA Primo colloquio informativo e valutazione pertinenza presa in carico

- Tempi di attesa per il primo colloquio

VALUTAZIONE

Diagnostica valutazione diagnostica e predisposizione piano di trattamento

- n. pazienti in consulenza
- n. pazienti in assunzione in cura e in presa in carico integrata con diagnosi completa e discussione di equipe
- n. pazienti in presa in carico integrata con PTI definito

TRATTAMENTO Erogazione dei trattamenti mirati - n. pazienti in carico che fruiscono il trattamento programmato (PTI)

#### MONITORAGGIO E DIMISSIONI

Valutazione periodica dei risultati

Conclusione del trattamento (dimissione, trasferimento, fine pena, ecc..) e connessione con servizi territoriali o in ambito penitenziario

- n. pazienti con valutazione periodica

- n. pazienti con invio/ rinvio ai servizi territoriali o in ambito penitenziario al termine della presa in carico

#### D.2. Sistema Informativo

A partire dal DPR 230/2000, per ogni detenuto è istituita una cartella personale la cui compilazione avviene al momento dell'ingresso in carcere di tutti coloro provenienti dalla libertà. I dati raccolti nella cartella, anche ai sensi del D. lgs. n.271 del 28/7/1989, hanno da sempre fornito indicazioni generali e particolari del trattamento, risultati, dati giudiziari, biografici e sanitari. Inoltre, la cartella segue il soggetto in caso di trasferimento.

Con il passaggio della Sanità Penitenziaria al SS, la normativa circa gli obblighi di compilazione, tenuta e gestione della documentazione sanitaria relativa ai pazienti incarico alle ASL si applica anche alla documentazione sanitaria riguardante i detenuti. Per garantire la continuità assistenziale, nel momento in cui il detenuto viene trasferito da un Istituto all'altro, è fondamentale che il detenuto sia accompagnato non solo da una relazione medica che contenga una sintesi degli accertamenti, trattamenti, terapie in corso, ma dall'intera documentazione sanitaria. La cartella clinica informatizzata garantisce la raccolta di tutti i dati sanitari a partire dal primo ingresso per tutta la storia detentiva dell'individuo in modo chiaro e tracciabile dall'accettazione, accoglienza, inquadramento, trattamento e dimissione compresi i trasferimenti.

#### ALLEGATI

1. Scheda per Screening ed invio al Dipartimento di Salute Mentale
2. Registro di Segnalazione del Servizio Sanitario (Medicina di Base, Continuità Assistenziale, Medicina Specialistica) al DSM per disturbo psichico / tutela salute mentale
3. Scheda di Accoglienza
4. Obiettivi di trattamento (in riferimento a piano di trattamento integrato)

**NB**

**SI FA RINVIO ALLA LETTURA INTEGRALE DEL TESTO**

|                 |
|-----------------|
| <b>BILANCIO</b> |
|-----------------|

#### PRESENTAZIONE

Le leggi regionali di bilancio, nonché le disposizioni collegate e le leggi di stabilità, si caratterizzano quale occasione finale per una rivisitazione della normativa che comprende molteplici campi di intervento e di competenza regionali, con modifiche e integrazioni che in effetti vanno a qualificarsi quali atti sostanziali di riferimento per lo svolgimento delle politiche regionali.

In particolare nel settore delle politiche sanitarie e sociali vengono definiti e disposti provvedimenti di estremo rilievo che vanno dall'organizzazione del servizio sociale comunale, del Friuli V.G., ad interventi volti alla tutela ed al contrasto delle violenze rivolte alla persona (donne, minori) – Puglia, Veneto - nonché alla individuazione e modifiche di particolari interventi sull'offerta dei servizi sociali e delle IPAB – Liguria, Puglia - a specifici interventi per la famiglia – Liguria – fino alla costituzione del reddito di libertà della Sardegna.

**FRIULI V.G.**

**L.R. 28.12.17, n. 46** - Bilancio di previsione 2018-2020. (BUR n. 1 del 5.1.18)

L.R. 28.12.17, n. 45 Legge di stabilità 2018. Il Consiglio regionale ha approvato Il Presidente della Regione promulga la seguente legge: Art. 1 disposizioni di carattere finanziario e in materia di entrate (BUR n. 1 del 5.1.18)

**NB**

**Si riportano gli articoli e i commi ritenuti di maggior interesse per PANORAMA LEGISLATIVO ISTISSS**

Art 1

63. In conformità alle disposizioni di cui agli articoli 55 e 56 del regolamento (UE) n. 651/2014 della Commissione, del 17 giugno 2014, che dichiara alcune categorie di aiuti compatibili con il mercato interno in applicazione degli articoli 107 e 108 del Trattato, pubblicato nella Gazzetta ufficiale dell'Unione europea serie L n. 187/1 di data 26 giugno 2014, l'Amministrazione regionale è autorizzata a concedere alla Cooperativa sociale F.A.I. - famiglie anziani infanzia - società cooperativa o.n.l.u.s. in sigla: "Cooperativa sociale FAI" - "coop. Fai onlus" - di Pordenone, un contributo in conto capitale per la realizzazione di una infrastruttura locale nel comune di Pordenone per l'insediamento di attività dedicate all'artigianato e al commercio, nonché per la creazione di spazi volti al miglioramento della vita sociale anche dedicati al coworking. 64. Gli interventi di cui al comma 63 sono: a) riconducibili alla programmazione previsionale generale degli interventi da attuare in base ai fabbisogni insediativi stimati in relazione alle prospettive di sviluppo socio-economico dell'area; b) destinati a imprese non individuabili ex ante ovvero infrastrutture non dedicate che la "Cooperativa sociale FAI" - "coop. Fai onlus" - può mettere a disposizione delle imprese interessate, su base aperta, trasparente, non discriminatoria e a prezzo di mercato. Il prezzo praticato per il suo uso o vendita corrisponderà al prezzo di mercato. 65. La "Cooperativa sociale FAI" - "coop. Fai onlus" - può affidare la costruzione e la gestione delle opere di cui al comma 63 con procedura di evidenza pubblica, non discriminatoria e trasparente, nel rispetto delle norme applicabili in materia di appalti. 66. Non sono ammissibili a contributo le spese relative alla manutenzione dell'infrastruttura durante il periodo di operatività. 67. Il contributo è concesso nei limiti, con le modalità, per le tipologie di intervento e alle condizioni di cui agli articoli 55 e 56 del regolamento (UE) n. 651/2014. 68. Il contributo è concesso nel rispetto delle soglie dimensionali indicate all'articolo 4, paragrafo 1, lettera cc), del regolamento (UE) n. 651/2014. 69. Il contributo di cui al comma 63 è concesso a seguito della presentazione della domanda alla Direzione centrale attività produttive, turismo e cooperazione - Servizio commercio e vigilanza sulle cooperative - da parte della "Cooperativa sociale FAI" - "coop. Fai onlus" - da effettuarsi entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge e comunque prima dell'avvio dei lavori per la realizzazione dell'infrastruttura, corredata della documentazione prevista dalla legge regionale 31 maggio 2002, n. 14 (Disciplina organica dei lavori pubblici), con distinzione tra gli interventi di cui rispettivamente agli articoli 55 e 56 del regolamento (UE) n. 651/2014. 70. La "Cooperativa sociale FAI" - "coop. Fai onlus" - produce all'atto della presentazione della domanda di contributo la documentazione attestante l'effetto incentivante di cui all'articolo 6 del regolamento (UE) 651/2014. 71. Con il decreto di concessione sono fissati i termini di esecuzione dell'intervento, le modalità di erogazione del finanziamento e di rendicontazione della spesa, secondo la disciplina della legge regionale 14/2002 e nel rispetto delle disposizioni del regolamento (UE) n. 651/2014. L'erogazione del finanziamento è subordinata alla presentazione, da parte della "Cooperativa sociale FAI" - "coop. Fai onlus" - , di una dichiarazione di non essere destinataria di un ordine di recupero pendente per effetto di una precedente decisione della Commissione europea che dichiara un aiuto illegale e incompatibile con il mercato interno. 72. Per le finalità previste dal comma 63 è destinata la spesa di 300.000 euro per l'anno 2018 a valere sulla Missione n. 14 (Sviluppo economico competitivo) - Programma n. 2 (Commercio, reti distributive, tutela dei consumatori) - Titolo n. 2 (Spese di investimento) dello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2018-2020, con riferimento alla corrispondente variazione prevista dalla Tabella B di cui al comma 114. 73. L'Amministrazione regionale è autorizzata a concedere un contributo a Friuli Innovazione Centro di Ricerca e di Trasferimento Tecnologico di Udine, nel rispetto della normativa in materia di aiuti di Stato, per la

realizzazione di un progetto finalizzato alla valorizzazione delle tecnologie additive quale fattore di vantaggio competitivo del territorio regionale. 74. La domanda di cui al comma 73 è presentata entro il 31 marzo 2018 alla Direzione centrale attività produttive, turismo e cooperazione corredata del progetto con gli interventi programmati e il preventivo

110. L'Amministrazione regionale è autorizzata a finanziare integralmente la graduatoria approvata nell'anno 2017 ai sensi degli articoli 10 e 14 della legge regionale 26 ottobre 2006, n. 20 (Norme in materia di cooperazione sociale), e del regolamento emanato con decreto del Presidente della Regione n. 198/Pres. del 30 agosto 2017 - misura di intervento 5 -, a favore dei Consorzi di cooperative sociali al fine di sostenere la realizzazione delle progettualità indicate, sulla base delle domande già presentate. 111. Per le finalità previste dal comma 110 è destinata la spesa di 19.000 euro per l'anno 2018 a valere sulla Missione n. 12 (Diritti sociali, politiche sociali e famiglia) - Programma n. 8 (Cooperazione ed associazionismo) - Titolo n. 1 (Spese correnti) dello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2018-2020, con riferimento alla corrispondente variazione prevista dalla Tabella B di cui al comma 114. 112. Al comma 37 dell'articolo 2 della legge regionale 27/2014 dopo le parole <<dei Consorzi di servizi turistici Soc. Cons. a.r.I.>> sono inserite le seguenti: <<e delle Cooperative di promozione territoriale e gestione turistica>>.

Art. 5 assetto del territorio e edilizia

1. In relazione alla nuova modalità di calcolo introdotta a decorrere dal 2017 del canone di locazione degli alloggi di edilizia sovvenzionata riferiti all'articolo 17 della legge regionale 19 febbraio 2016, n. 1 (Riforma organica delle politiche abitative e riordino delle Ater), le Ater applicano per gli anni 2018, 2019 e 2020 una riduzione dei canoni ai soggetti già assegnatari di alloggi alla data di entrata in vigore della presente legge che risultano unici occupanti con dimora abituale dell'alloggio e in possesso o di un valore ISEE fino a 10.000 euro o di un valore ISEE compreso tra 10.000,01 euro e 20.000 euro.

2. La riduzione del canone da applicare agli assegnatari di cui al comma 1 in possesso di un valore ISEE fino a 10.000 è pari, per il 2018, al 25 per cento e per gli anni 2019 e 2020 al 12,5 per cento.

3. La riduzione del canone da applicare agli assegnatari di cui al comma 1 in possesso di un valore ISEE -compreso tra 10.000,01 euro e 20.000 euro è pari, per il 2018, al 15 per cento e per gli anni 2019 e 2020 al 7,5 per cento.

4. L'Amministrazione regionale a sostegno delle minori entrate conseguenti alle disposizioni di cui ai commi 1, 2 e 3 è autorizzata a riconoscere alle Ater della regione un ulteriore finanziamento di complessivi 3.600.000 euro destinato al Fondo sociale istituito con l'articolo 44 della legge regionale 1/2016.

Art. 8 istruzione, lavoro, formazione e politiche giovanili

1. L'Amministrazione regionale intende sostenere il modello organizzativo della scuola primaria a tempo pieno di cui all'articolo 4 del decreto del Presidente della Repubblica 20 marzo 2009, n. 89 (Revisione dell'assetto ordinamentale, organizzativo e didattico della scuola dell'infanzia e del primo ciclo di istruzione ai sensi dell'articolo 64, comma 4, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133), per rispondere alle necessità di miglioramento del sistema scolastico attraverso lo stimolo alla costruzione di rapporti sociali e affettivi significativi alla base di ogni apprendimento, nonché per favorire la costruzione di una reale motivazione all'apprendimento anche attraverso attività ludiche, espressive e creative.

2. Per le finalità di cui al comma 1 l'Amministrazione regionale è autorizzata a concedere al Comune di Flaibano un contributo per la realizzazione di un progetto volto alla valorizzazione del modello organizzativo del tempo pieno negli istituti comprensivi della regione e al rafforzamento della rete degli istituti che lo realizzano.

3. La domanda per la concessione del contributo di cui al comma 2 è presentata entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge al Servizio competente in materia di istruzione, corredata del preventivo di spesa. Il contributo è concesso entro sessanta giorni dalla data di presentazione della domanda con contestuale erogazione dell'intera somma. Con il decreto di concessione del contributo sono stabiliti i termini e le modalità di rendicontazione.

4. Per le finalità previste al comma 1 è destinata la spesa di 25.000 euro per l'anno 2018 a valere sulla Missione n. 4 (Istruzione e diritto allo studio) - Programma n. 2 (Altri ordini di istruzione non universitaria) - Titolo n. 1 (Spese correnti) dello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2018-2020, con riferimento alla corrispondente variazione dalla Tabella H di cui al comma 115.
8. L'Amministrazione regionale è autorizzata a concedere un contributo all'Associazione "La Viarte" Onlus di Santa Maria la Longa per la realizzazione di attività educative e formative a favore dei giovani ospiti della struttura al fine di favorire lo sviluppo della loro autonomia e responsabilità e per agevolare il loro inserimento sociale.
9. La domanda per la concessione del contributo di cui al comma 8 è presentata entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge al Servizio competente in materia di formazione professionale, corredata del preventivo di spesa. Il contributo è concesso entro sessanta giorni dalla data di presentazione della domanda. Con il decreto di concessione del contributo sono stabiliti i termini e le modalità di rendicontazione. Sono ammissibili a contributo le spese sostenute dall'1 gennaio 2018.
11. L'Amministrazione regionale è autorizzata a stipulare un accordo con l'Università degli Studi di Trieste e con l'Università degli Studi di Udine per l'attivazione di tirocini extracurricolari formativi e di orientamento da realizzarsi presso le sedi regionali della Prefettura-Ufficio territoriale del Governo e riguardanti le materie del contenzioso del diritto d'asilo e della cittadinanza, nonché presso gli istituti penitenziari della regione, al fine di sviluppare conoscenze e competenze sul sistema penitenziario nazionale sotto il profilo amministrativo e giuridico.
15. L'Amministrazione regionale sostiene le azioni volte alla prevenzione e al contrasto delle discriminazioni fondate sull'orientamento sessuale e sull'identità di genere per affermare i principi delle pari opportunità e dell'uguaglianza, della prevenzione e del contrasto alla violenza di genere.
16. Per le finalità di cui al comma 15 l'Amministrazione regionale stipula accordi con altre pubbliche amministrazioni della regione, ai sensi dell'articolo 23 della Legge regionale 20 marzo 2000, n. 7 (Testo unico delle norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso), che hanno aderito alla Rete Nazionale delle Pubbliche Amministrazioni Anti Discriminazioni per orientamento sessuale e identità di genere - Re.A.Dy., per disciplinare lo svolgimento in collaborazione di attività di interesse comune riguardanti la prevenzione e il contrasto delle discriminazioni in ambito lavorativo e scolastico.
17. Con deliberazione della Giunta regionale è approvato lo schema di accordo di cui al comma 16 unitamente al progetto. L'accordo contiene la descrizione delle spese ammissibili, delle modalità di concessione e di liquidazione delle somme di cui al comma 18. Il progetto contiene la descrizione degli obiettivi, dei risultati attesi, delle attività da realizzare, dei soggetti partner, dei tempi di realizzazione delle attività. Le risorse destinate alla copertura delle attività di cui al comma 16 sono concesse all'ente capofila del progetto entro sessanta giorni dalla data di sottoscrizione dell'accordo, dal Servizio competente in materia di lavoro e pari opportunità.
18. Per le finalità di cui al comma 15 è destinata la spesa di 14.000 euro per l'anno 2018 a valere sulla Missione n. 15 (Politiche per il lavoro e la formazione professionale) - Programma n. 3 (Sostegno all'occupazione) - Titolo n. 1 (Spese correnti) dello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2018-2020, con riferimento alla corrispondente variazione prevista dalla Tabella H di cui al comma 115.
19. Per le finalità di cui al comma 15 l'Amministrazione regionale è autorizzata a concedere un contributo all'Associazione Arcigay Arcobaleno Trieste Gorizia Onlus di Trieste per la realizzazione del progetto "A scuola per conoscerci" volto a realizzare presso gli istituti scolastici della regione interventi didattici - educativi di formazione e aggiornamento per la prevenzione e il contrasto dell'omofobia e del bullismo omofobico a scuola.
20. La domanda per la concessione del contributo di cui al comma 19 è presentata entro il 31 maggio al Servizio competente in materia di istruzione, corredata del preventivo di spesa, dell'accordo di rete delle scuole aderenti al progetto e dell'accordo di collaborazione con la scuola capofila della rete. Il

contributo è concesso entro sessanta giorni dalla data di presentazione della domanda. Con il decreto di concessione del contributo sono stabiliti i termini e le modalità di rendicontazione.

90. Il comma 1 dell'articolo 19 della legge regionale 22 marzo 2012, n. 5 (Legge per l'autonomia dei giovani e sul Fondo di garanzia per le loro opportunità), è sostituito dal seguente: <<1. La Regione sostiene l'internazionalizzazione delle professioni, in aggiunta alle misure di cui all'articolo 28, attraverso la concessione di contributi a giovani per incentivare le esperienze professionali all'estero, di durata non superiore a ventiquattro mesi, da realizzarsi attraverso tirocini, praticantati, rapporti di lavoro subordinato a tempo determinato e collaborazioni presso studi professionali, imprese, enti o strutture pubbliche o private. Per tale finalità, nonché per il riconoscimento degli scambi culturali e delle esperienze professionali ai fini del periodo di pratica professionale richiesto, la Regione promuove la conclusione di accordi tra gli ordini o i collegi professionali, nonché tra le associazioni professionali non organizzate in ordini o collegi italiani e gli omologhi enti degli Stati membri dell'Unione europea e dei Paesi non appartenenti all'Unione europea, nel rispetto dell'autonomia loro attribuita.>>.

91. Per le finalità previste dal comma 1 dell'articolo 19 della legge regionale 5/2012, come sostituito dal comma 90, è destinata la spesa complessiva di 210.000 euro, suddivisa in ragione di 70.000 euro per ciascuno degli anni dal 2018 al 2020 a valere sulla Missione n. 15 (Politiche per il lavoro e la formazione professionale) - Programma n. 3 (sostegno all'occupazione) - Titolo n. 1 (spese correnti) dello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2018-2020, con riferimento alla corrispondente variazione prevista dalla Tabella H di cui al comma 115.

92. Il comma 1 bis dell'articolo 18 della legge regionale 5/2012 è sostituito dal seguente: <<1 bis. La Regione promuove progetti scolastici finalizzati all'introduzione o all'incremento dello studio dei principi di educazione alla cittadinanza ed all'introduzione o all'incremento dello studio dei principi di educazione economico-finanziaria, tramite l'attivazione di approfondimenti specifici e trasversali nelle diverse discipline, favorendo anche variazioni all'assetto curricolare dei singoli istituti, secondo i Piani dell'Offerta Formativa, ai sensi dell'articolo 3 del decreto del Presidente della Repubblica 8 marzo 1999, n. 275 (Regolamento recante norme in materia di autonomia delle istituzioni scolastiche, ai sensi dell'art. 21 della legge 15 marzo 1997, n. 59), e successive modificazioni, e percorsi educativi da parte di esperti in materie giuridiche, economico-finanziarie e sociali

94. Al fine di promuovere, anche in concorso con le istituzioni del territorio e con le parti sociali, il superamento sul territorio regionale delle condizioni di svantaggio delle persone attraverso azioni di solidarietà sociale, l'Amministrazione regionale è autorizzata ad avviare, secondo le modalità previste dal relativo statuto, la procedura per l'adesione della Regione autonoma Friuli Venezia Giulia alla Fondazione denominata "WELL FARE PORDENONE - Fondazione per il Microcredito e l'Innovazione Sociale" di Pordenone, con un conferimento al fondo di dotazione della Fondazione pari a 10.000 euro.

95. Con deliberazione della Giunta regionale, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, è approvato lo schema degli atti necessari ai fini dell'adesione alla Fondazione.

96. Per la finalità prevista dal comma 94 è destinata la spesa di 10.000 euro per l'anno 2018 a valere sulla Missione n. 12 (Diritti sociali, politiche sociali e famiglia) - Programma n. 4 (Interventi per soggetti a rischio di esclusione sociale) - Titolo n. 3 (Spese per incrementi di attività finanziarie) dello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2018-2020, con riferimento alla corrispondente variazione prevista dalla Tabella H di cui al comma 115.

97. Al fine di promuovere il dialogo interculturale dei diritti umani e l'interazione tra arte, memorie Art. 9 salute e politiche sociali

1. L'Amministrazione regionale è autorizzata a concedere alle Università degli studi di Trieste e di Udine un finanziamento a sostegno dei corsi attivati nell'ambito dei protocolli d'intesa per la formazione delle classi dei corsi di laurea delle professioni sanitarie infermieristiche e ostetrica/o, della riabilitazione, tecniche e della prevenzione. Il finanziamento è determinato con deliberazione della Giunta regionale in un importo fisso per ciascun anno dei corsi attivati nell'anno accademico.

2. Per le finalità di cui al comma 1, l'Amministrazione regionale comunica alle Università i corsi di

laurea ammissibili al sostegno finanziario, tenuto conto del fabbisogno formativo delle professioni sanitarie, determinato dalla Regione ai sensi dell'articolo 6 ter 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). Le Università trasmettono una relazione preventiva illustrativa dell'offerta formativa completa per i corsi dichiarati ammissibili al sostegno finanziario e corredata di piano finanziario, nel rispetto dei protocolli d'intesa per la formazione delle classi dei corsi di laurea delle professioni sanitarie.

3. Al fine di ottenere l'erogazione del finanziamento, entro il 30 ottobre di ogni anno le Università comunicano alla Direzione competente in materia di salute il numero degli anni di corso attivati per ciascun corso di laurea di area sanitaria tra quelli ammissibili al sostegno finanziario.

4. Ai fini della rendicontazione del finanziamento di cui al comma 1, entro il 30 giugno di ciascun anno le Università trasmettono una relazione finale illustrativa dei corsi di laurea attivati nell'anno accademico concluso, corredata del relativo rendiconto finanziario, nel rispetto dei protocolli d'intesa per la formazione delle classi dei corsi di laurea delle professioni sanitarie.

5. In sede di prima applicazione, le Università comunicano alla Direzione competente in materia di salute il numero degli anni di corso attivati per ciascun corso di laurea di area sanitaria entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

6. Per le finalità di cui al comma 1 è destinata la spesa complessiva di 5.182.500 euro, suddivisa in ragione di 1.930.000 euro per l'anno 2018, 1.608.750 euro per l'anno 2019 e 1.643.750 euro per l'anno 2020, a valere sulla Missione n. 13 (Tutela della salute) - Programma n. 1 (Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA) - Titolo n. 1 (Spese correnti) dello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2018-2020, con riferimento alla corrispondente variazione prevista dalla Tabella I di cui al comma 50.

7. L'Amministrazione regionale è autorizzata a finanziare le Università per l'attivazione di contratti di formazione specialistica dei medici, di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 6 luglio 2007 (Definizione schema tipo del contratto di formazione specialistica dei medici), aggiuntivi rispetto ai contratti finanziati dal Ministero dell'università e ricerca. I contenuti e l'entità del finanziamento del singolo contratto sono determinati ai sensi della normativa vigente.

8. Per le finalità di cui al comma 7, con deliberazione della Giunta regionale viene determinato il numero dei contratti di formazione specialistica dei medici che la Regione intende finanziare e l'assegnazione alle relative scuole di specialità medica delle Università, a decorrere dal primo anno di corso dell'anno accademico di riferimento e per gli anni successivi al primo fino al termine della durata legale del corso di studio.

9. Al fine di ottenere l'erogazione del finanziamento dei contratti aggiuntivi di formazione specialistica dei medici, le Università comunicano alla Direzione competente in materia di salute l'attribuzione dei nuovi contratti e l'avvenuta iscrizione agli anni successivi dei medici specializzandi titolari dei contratti aggiuntivi regionali degli anni precedenti, la relativa spesa sostenuta e le eventuali variazioni che potrebbero essere disposte come da contratto, con le seguenti scadenze: 30 aprile e 31 ottobre.

10. Per le finalità di cui al comma 7 è destinata la spesa complessiva di 7.500.000 euro, suddivisa in ragione di 2.500.000 euro per ciascuno degli anni dal 2018 al 2020, a valere sulla Missione n. 13 (Tutela della salute) - Programma n. 1 (Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA) - Titolo n. 1 (Spese correnti) dello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2018-2020, con riferimento alla corrispondente variazione prevista dalla Tabella I di cui al comma 50.

11. L'Amministrazione regionale è autorizzata a concedere all'Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente del Friuli Venezia Giulia un finanziamento a sostegno dei costi per i corsi attivati nell'ambito dei protocolli d'intesa per la formazione della classe dei corsi di laurea delle professioni sanitarie della prevenzione.

12. Per le finalità di cui al comma 11 l'Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente del Friuli Venezia Giulia presenta alla Direzione competente in materia di salute istanza di concessione del

finanziamento corredata di una relazione preventiva illustrativa delle risorse dedicate e del relativo piano finanziario, nel rispetto dei protocolli d'intesa per la formazione della classe dei corsi di laurea delle professioni sanitarie della prevenzione.

13. Ai fini della rendicontazione del finanziamento di cui al comma 11, entro il 30 giugno di ciascun anno l'Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente del Friuli Venezia Giulia trasmette una relazione finale illustrativa delle risorse dedicate ai corsi di laurea attivati nell'anno accademico concluso, corredata del relativo rendiconto finanziario, nel rispetto del protocollo d'intesa per la formazione della classe dei corsi di laurea delle professioni sanitarie della prevenzione.

14. In sede di prima applicazione, l'Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente del Friuli Venezia Giulia presenta alla Direzione competente in materia di salute l'istanza di concessione corredata di una relazione illustrativa delle risorse dedicate e del relativo piano finanziario entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

15. Per le finalità di cui al comma 11 è destinata la spesa complessiva di 552.500 euro, suddivisa in ragione di 212.500 euro per l'anno 2018 e di 170.000 euro per ciascuno degli anni 2019 e 2020, a valere sulla Missione n. 13 (Tutela della salute) - Programma n. 1 (Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA) - Titolo n. 1 (Spese correnti) dello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2018-2020, con riferimento alla corrispondente variazione prevista dalla Tabella I di cui al comma 50.

16. All'articolo 9 della legge regionale 11 ottobre 2012, n. 20 (Norme per il benessere e la tutela degli animali di affezione), sono apportate le seguenti modifiche: a) nella rubrica le parole <<e pericolosi>> sono soppresse; b) al comma 1 le parole <<, anche pericolosi>> sono soppresse; c) al comma 3, lettera b), le parole <<anche pericolosi>> sono soppresse; d) al comma 3, lettera e), dopo la parola <<Università>> sono inserite le seguenti: <<per controlli sanitari su animali esotici>>; e) al comma 3, lettera f), le parole <<anche pericolosa>> sono soppresse; f) al comma 3, lettera g), le parole <<e/o pericolosi>> sono soppresse; g) al comma 3, dopo la lettera g) è aggiunta la seguente: <<g bis) pregresse collaborazioni documentabili con associazioni che si occupano di animali esotici.>>; h) al comma 4, lettera b), dopo la parola <<animali>> sono inserite le seguenti: <<, spese di gestione>>.

17. Per le finalità di cui all'articolo 9, comma 4, lettera b), della legge regionale 20/2012, come modificato dal comma 16, lettera h), è destinata la spesa complessiva di 75.000 euro, suddivisa in ragione di 25.000 euro per ciascuno degli anni dal 2018 al 2020, a valere sulla Missione n. 13 (Tutela della salute) - Programma n. 7 (Ulteriori spese in materia sanitaria) - Titolo n. 1 (Spese correnti) dello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2018-2020, con riferimento alla corrispondente variazione prevista dalla Tabella I di cui al comma 50.

18. Alla lettera a) del comma 18 dell'articolo 8 della legge regionale 11 agosto 2016, n. 14 (Assestamento del bilancio per l'anno 2016), dopo le parole <<dei suddetti soggetti>> sono aggiunte le seguenti: <<, nonché per gli interventi per la riclassificazione delle medesime strutture ai sensi del regolamento di cui all'articolo 31 della legge regionale 31 marzo 2006, n. 6 (Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale)>>.

19. Alle finalità di cui all'articolo 8, comma 18, lettera a), della legge regionale 14/2016, come modificato dal comma 18, si provvede a valere sullo stanziamento della Missione n. 12 (Diritti sociali, politiche sociali e famiglia) - Programma n. 3 (Interventi per gli anziani) - Titolo n. 2 (Spese in conto capitale) dello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2018-2020.

20. Al fine di contenere le rette a carico delle famiglie per l'accesso ai nidi d'infanzia, l'Amministrazione regionale è autorizzata a erogare al Comune di Basiliano e al Comune di Tarvisio, per la gestione rispettivamente dei nidi d'infanzia comunali "Pollicino" e "Il cucciolo", e alla Cooperativa sociale "Le Pagine", per la gestione del nido d'infanzia "Nido degli scriccioli" di Udine, un contributo straordinario di misura non superiore alla differenza tra le spese e i costi per la gestione del nido d'infanzia nell'anno educativo 2016/2017.

21. Per accedere al contributo di cui al comma 20, i destinatari devono presentare domanda, completa delle informazioni necessarie a procedere alla ripartizione delle risorse, alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia entro e non oltre il 15 febbraio 2018.

22. Per la ripartizione delle risorse disponibili per le finalità di cui al comma 20 e per l'erogazione e la concessione dei contributi, si applicano le previsioni di cui all'articolo 4 e all'articolo 7 del decreto del Presidente della Regione 31 maggio 2011, n. 0128/Pres (Regolamento per la determinazione dei criteri di ripartizione e delle modalità di concessione, erogazione e rendicontazione dei contributi ai gestori pubblici, privati e del privato sociale dei nidi d'infanzia di cui all'articolo 9, commi 18 e 19, della legge regionale 29 dicembre 2010, n. 22 (Legge finanziaria 2011)).

23. Per le finalità di cui al comma 20 è destinata la spesa di 95.000 euro per l'anno 2018 a valere sulla Missione n. 12 (Diritti sociali, politiche sociali e famiglia) - Programma n. 1 (Interventi per l'infanzia e i minori e per asili nido) - Titolo n. 1 (Spese correnti) dello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2018-2020, con riferimento alla corrispondente variazione prevista dalla Tabella I di cui al comma 50.

24. Al fine di sostenere i Comuni nell'avvio dei procedimenti atti al rilascio dell'accreditamento previsto all'articolo 20 della legge regionale 18 agosto 2005, n. 20 (Sistema educativo integrato dei servizi per la prima infanzia), la Regione attiva apposite azioni di accompagnamento e di supervisione.

25. Per le finalità di cui al comma 24 è destinata la spesa di 40.000 euro per l'anno 2018 a valere sulla Missione n. 12 (Diritti sociali, politiche sociali e famiglia) - Programma n. 7 (Programmazione e governo della rete dei servizi sociosanitari e sociali) - Titolo n. 1 (Spese correnti) dello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2018-2020, con riferimento alla corrispondente variazione prevista dalla Tabella I di cui al comma 50.

26. Per l'anno 2018, la quota di cui all'articolo 39, comma 2, della legge regionale 31 marzo 2006, n. 6 (Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale), è determinata in 8.700.000 euro, nella seguente misura: a) 1 milione di euro per il consolidamento del sistema associato di governo del sistema locale degli interventi e dei servizi sociali in linea con quanto previsto all'obiettivo 2/2013-2015 delle Linee guida per la predisposizione dei Piani di Zona di cui alle deliberazioni della Giunta regionale 22 marzo 2012, n. 458 e 24 febbraio 2017, n. 301; b) 7.700.000 euro per il rafforzamento dei servizi e degli interventi riferiti al macro-livello 1 "Servizi per l'accesso e la presa in carico da parte della rete assistenziale" e all'obiettivo di servizio "Interventi/Misure per facilitare inclusione e autonomia" del macro-livello 5 "Misure di inclusione sociale - sostegno al reddito" di cui all'Allegato 1 del decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, 10 ottobre 2016, prioritariamente destinati all'area di utenza "Povertà ed esclusione sociale" al fine di garantire l'attuazione dei livelli essenziali di cui agli articoli 5 e 6 e gli interventi e servizi sociali per il contrasto alla povertà di cui all'articolo 7 del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147 (Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà).

27. Le risorse di cui al comma 26, lettera a), sono ripartite proporzionalmente tra le Unioni territoriali intercomunali sulla base della popolazione residente in ogni Unione, garantendo a ognuna un contributo minimo pari a 35.000 euro.

28. Le risorse di cui al comma 26, lettera b), sono ripartite tra le Unioni territoriali intercomunali per il 70 per cento su base parametrica secondo i criteri e le modalità di cui al decreto del Presidente della Regione 14 aprile 2011, n. 76/Pres. (Regolamento per la ripartizione tra i Comuni singoli e associati delle risorse di cui all'articolo 39 comma 3 della legge regionale 31 marzo 2006 n. 6), e per il 30 per cento in base al numero delle domande di Misura attiva di sostegno al reddito di cui all'articolo 2 della legge regionale 10 luglio 2015, n. 15 (Misure di inclusione attiva e di sostegno al reddito), in corso di concessione nel bimestre maggio-giugno come risultanti dal sistema informatico previsto dall'articolo 7, comma 3, del decreto del Presidente della Regione 15 ottobre 2015, n. 216/Pres. (Regolamento per l'attuazione della Misura attiva di sostegno al reddito, di cui all'articolo 2 della legge regionale 10 luglio 2015, n. 15).

29. Alla finalità di cui al comma 26 si provvede a valere sullo stanziamento della Missione n. 12 (Diritti sociali, politiche sociali e famiglia) - Programma n. 7 (Programmazione e governo della rete

dei servizi sociosanitari e sociali) - Titolo n. 1 (Spese correnti) dello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2018-2020.

30. Al comma 18 dell'articolo 9 della legge regionale 4 agosto 2017, n. 31 (Assestamento del bilancio per gli anni 2017-2019), le parole <<in via straordinaria per l'anno 2017>> sono soppresse.

31. Per le finalità di cui all'articolo 9, comma 18, della legge regionale 31/2017, come modificato dal comma 30, è destinata la spesa complessiva di 3.937.500 euro, suddivisa in ragione di 1.312.500 euro per ciascuno degli anni dal 2018 al 2020, a valere sulla Missione n. 12 (Diritti sociali, politiche sociali e famiglia) - Programma n. 2 (Interventi per la disabilità) - Titolo n. 1 (Spese correnti) dello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2018-2020, con riferimento alla corrispondente variazione prevista dalla Tabella I di cui al comma 50.

32. Al fine di superare le barriere della comunicazione nonché per la promozione dell'inclusione sociale delle persone con diverse disabilità sensoriali cognitive motorie o neuropsicologiche, l'Amministrazione regionale è autorizzata a erogare un contributo di 150.000 euro a favore di progettualità condotte in collaborazione tra associazioni, servizi sociali dei Comuni e aziende sanitarie, mirate a: a) agevolare l'utilizzo di metodologie di comunicazione aumentativa o alternativa adeguate nelle diverse situazioni di disabilità; b) agevolare in particolare l'apprendimento della lingua dei segni e la promozione dell'identità linguistica della comunità dei non udenti; c) agevolare l'apprendimento del Braille, della scrittura alternativa, delle modalità, mezzi, forme e sistemi di comunicazione alternativi e migliorativi, di abilità all'orientamento e alla mobilità e a facilitare il sostegno tra pari e il mentoring per le persone con disabilità visiva; d) agevolare la partecipazione ad attività di espressione artistica e sportiva.

33. Le modalità di presentazione della domanda e i criteri per la concessione ed erogazione del contributo di cui al comma 32 sono determinati con specifico regolamento, da approvare previo parere della Commissione consiliare competente. Il regolamento terrà conto della rispettiva popolazione di riferimento territoriale.

34. Per le finalità di cui al comma 32 è destinata la spesa di 150.000 euro per l'anno 2018 a valere sulla Missione n. 12 (Diritti sociali, politiche sociali e famiglia) - Programma n. 2 (Interventi per la disabilità) - Titolo n. 1 (Spese correnti) dello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2018-2020, con riferimento alla corrispondente variazione prevista dalla Tabella I di cui al comma 50.

35. L'Amministrazione regionale è autorizzata a concedere al Consorzio per l'Assistenza Medico PsicoPedagogica con sede legale a Cervignano del Friuli un contributo di 200.000 euro a sostegno di interventi relativi alla messa in sicurezza del Centro Residenziale di Sottoselva di Palmanova.

36. La domanda per la concessione del contributo di cui al comma 35 è presentata alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. Il contributo è erogato in via anticipata e in un'unica soluzione nei limiti della spesa effettivamente documentata.

37. Per le finalità di cui al comma 35 è destinata la spesa di 200.000 euro per l'anno 2018 a valere sulla Missione n. 12 (Diritti sociali, politiche sociali e famiglia) - Programma n. 2 (Interventi per la disabilità) - Titolo n. 2 (Spese in conto capitale) dello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2018-2020, con riferimento alla corrispondente variazione prevista dalla Tabella I di cui al comma 50.

38. L'Amministrazione regionale è autorizzata a concedere contributi a favore dei Comuni che abbiano attivato sportelli anti violenza, nonché istituito centri per donne in difficoltà, per garantire l'operatività degli stessi.

39. Con deliberazione della Giunta regionale, da adottarsi entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono determinati la misura, i criteri, le condizioni e le modalità di concessione dei contributi di cui al comma 38.

40. Per le finalità di cui al comma 38 è destinata la spesa di 80.000 euro per l'anno 2018 a valere sulla Missione n. 12 (Diritti sociali, politiche sociali e famiglia) - Programma n. 4 (Interventi per soggetti a rischio di esclusione sociale) - Titolo n. 1 (Spese correnti) dello stato di previsione della spesa del

bilancio per gli anni 2018-2020, con riferimento alla corrispondente variazione prevista dalla Tabella I di cui al comma 50.

41. L'Amministrazione regionale è autorizzata a concedere un contributo straordinario di 20.000 euro all'Associazione Famiglie Diabetici della Bassa Friulana di San Giorgio di Nogaro per lo svolgimento delle attività istituzionali.

42. Per le finalità di cui al comma 41 l'Associazione Famiglie Diabetici della Bassa Friulana di San Giorgio di Nogaro presenta apposita domanda alla Direzione centrale competente in materia di politiche sociali, corredata del relativo preventivo di spesa entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. Con il decreto di concessione del contributo sono stabiliti i termini e le modalità di liquidazione del contributo medesimo e di rendicontazione della spesa.

43. Per le finalità di cui al comma 41 è destinata la spesa di 20.000 euro per l'anno 2018 a valere sulla Missione n. 12 (Diritti sociali, politiche sociali e famiglia) - Programma n. 5 (Interventi per le famiglie) - Titolo n. 1 (Spese correnti) dello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2018-2020, con riferimento alla corrispondente variazione prevista dalla Tabella I di cui al comma 50.

44. L'Amministrazione regionale è autorizzata a concedere alla cooperativa sociale Il Seme di Fiume Veneto un contributo straordinario di 30.000 euro per il perseguimento dei fini istituzionali.

45. La domanda per la concessione del contributo di cui al comma 44 è presentata alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, corredata di un preventivo di massima delle spese e di una relazione illustrativa delle attività, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. Con il decreto di concessione sono stabiliti i termini e le modalità di rendicontazione del contributo.

46. Per le finalità di cui al comma 44 è destinata la spesa di 30.000 euro per l'anno 2018 a valere sulla Missione n. 12 (Diritti sociali, politiche sociali e famiglia) - Programma n. 8 (Cooperazione ed associazionismo) - Titolo n. 1 (Spese correnti) dello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2018-2020, con riferimento alla corrispondente variazione prevista dalla Tabella I di cui al comma 50.

47. L'Amministrazione regionale è autorizzata a concedere all'associazione di volontariato Il Samaritan Onlus di Ragogna un contributo straordinario di 15.000 euro per il perseguimento dei fini istituzionali.

48. La domanda per la concessione del contributo di cui al comma 47 è presentata alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, corredata di un preventivo di massima delle spese e di una relazione illustrativa delle attività, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. Con il decreto di concessione sono stabiliti i termini e le modalità di rendicontazione del contributo.

49. Per le finalità di cui al comma 47 è destinata la spesa di 15.000 euro per l'anno 2018 a valere sulla Missione n. 12 (Diritti sociali, politiche sociali e famiglia) - Programma n. 8 (Cooperazione ed associazionismo) - Titolo n. 1 (Spese correnti) dello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2018-2020, con riferimento alla corrispondente variazione prevista dalla Tabella I di cui al comma 50.

50. Ai sensi dell'articolo 4, comma 3, della legge regionale 26/2015, sono disposte le variazioni relative alle Missioni e ai Programmi dello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2018-2020 di cui all'allegata Tabella I.

**L.R. 28.12.17, n. 44** - Legge collegata alla manovra di bilancio 2018-2020. (BUR n. 1 del 5.1.18)

**NB**

**Si riportano gli articoli e i commi ritenuti di maggior interesse per PANORAMA LEGISLATIVO ISTISSS**

Art. 8 salute e politiche sociali

1. Il comma 2 dell'articolo 24 della legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17 (Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione

sanitaria e sociosanitaria), è sostituito dal seguente: <<2. La Regione, al fine di adeguare i servizi e gli interventi sociosanitari agli effettivi bisogni assistenziali: a) determina il fabbisogno massimo di strutture residenziali e semiresidenziali per minori, minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo, persone con disturbi mentali, persone con disabilità, persone con dipendenze patologiche e persone non autosufficienti e definisce le modalità per l'accreditamento di dette strutture, tenendo conto del processo di presa in carico della persona e della valutazione multidimensionale dei bisogni; b) emana, con riferimento alle persone indicate alla lettera a), indirizzi per la promozione e la realizzazione di forme sperimentali di abitare inclusivo e per l'introduzione e l'utilizzo del budget personale; c) emana indirizzi volti a omogeneizzare a livello territoriale i criteri della valutazione multidisciplinare come punto unico per indirizzare il cittadino al percorso sociosanitario e socio-assistenziale e l'articolazione del piano di lavoro personalizzato, secondo quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502).>>.

2. Al comma 60 dell'articolo 9 della legge regionale 4 agosto 2017, n. 31 (Assestamento del bilancio per gli anni 2017-2019), le parole <<e finanziate>> sono soppresse.

3. Al comma 4 bis dell'articolo 50 della legge regionale 17/2014 le parole <<31 dicembre 2017>> sono sostituite dalle seguenti: <<28 febbraio 2018>>.

4. Il comma 61 dell'articolo 8 della legge regionale 11 agosto 2016, n. 14 (Assestamento del bilancio per l'anno 2016), è sostituito dal seguente: <<61. I contratti di formazione specialistica dei medici, di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 6 luglio 2007 (Definizione schema tipo del contratto di formazione specialistica dei medici), finanziati dalla Regione autonoma Friuli Venezia Giulia, sono riservati a favore di medici residenti sul territorio regionale da almeno tre anni alla data di scadenza per la presentazione della domanda di partecipazione al concorso e il relativo finanziamento regionale resta attribuito alla stessa Università per l'intera durata del corso.>>.

5. All'articolo 44 della legge regionale 12 dicembre 2014, n. 26 (Riordino del sistema Regione-Autonomie locali nel Friuli Venezia Giulia. Ordinamento delle Unioni territoriali intercomunali e riallocazione di funzioni amministrative), sono apportate le seguenti modifiche: a) al comma 4 le parole <<la Regione si avvale della>> sono sostituite dalle seguenti: <<la Regione opera mediante la>> e le parole <<per i quali si applica l'articolo 7 della legge regionale 17/2014>> sono sostituite dalle seguenti: <<ai sensi dell'articolo 7 della legge regionale 17/2014>>; b) al comma 4 bis dopo le parole <<provvede alle acquisizioni di beni e servizi>> sono inserite le seguenti: <<destinati al Servizio sanitario regionale e>> e le parole <<anche avvalendosi delle strutture competenti di EGAS, di cui all'articolo 7 della legge regionale 17/2014, o di altro soggetto competente per materia sulla base di specifico rapporto di avvalimento>> sono sostituite dalle seguenti: <<per il tramite dell'EGAS, di cui all'articolo 7 della legge regionale 17/2014, quale soggetto delegato a tale scopo>>; c) il comma 4 ter è abrogato.

6. Alla legge regionale 31 marzo 2006, n. 6 (Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale), sono apportate le seguenti modifiche: a) l'articolo 17 è sostituito dal seguente: <<Art. 17 Servizio sociale dei Comuni 1. L'esercizio in forma associata delle funzioni comunali di cui all'articolo 10, ivi comprese le attività, gli interventi e i servizi di cui all'articolo 6, per il tramite delle Unioni territoriali intercomunali (UTI) ai sensi dell'articolo 26, comma 1, lettera b), della legge regionale 12 dicembre 2014, n. 26 (Riordino del sistema Regione-Autonomie locali nel Friuli Venezia Giulia. Ordinamento delle Unioni territoriali intercomunali e riallocazione di funzioni amministrative), assume la denominazione di Servizio sociale dei Comuni (SSC) e costituisce condizione per accedere ai finanziamenti regionali.

2. Con riguardo alle funzioni comunali di cui all'articolo 10, comma 1, lettera d), il SSC svolge attività di supporto al rilascio delle autorizzazioni, alla vigilanza e all'accreditamento, nonché alle verifiche delle segnalazioni certificate di inizio attività.

3. Nell'ambito di quanto disposto, in materia di aree territoriali adeguate per l'esercizio in forma associata di funzioni, dal Piano di riordino territoriale definito dall'allegato C bis di cui all'articolo 4

ter della legge regionale 26/2014, le funzioni del Servizio sociale dei Comuni sono esercitate con riguardo a un bacino demografico non inferiore ai 45.000 abitanti, ridotto a 25.000 abitanti per le Unioni aventi più di metà della popolazione residente nel territorio di comuni montani o parzialmente montani ai sensi della legge regionale 20 dicembre 2002, n. 33 (Istituzione dei Comprensori montani del Friuli Venezia Giulia), con esclusione delle Unioni con Comuni rientranti nella zona omogenea del Carso.

4. In relazione al disposto di cui al comma 3, in alternativa al ricorso a progetti di fusione ai sensi dell'articolo 7 bis della legge regionale 26/2014, le UTI con popolazione inferiore alle soglie ivi stabilite sono tenute a convenzionarsi con UTI contigue appartenenti alla medesima Azienda per l'assistenza sanitaria per l'esercizio unitario delle funzioni del SSC. In tal caso, sono previsti uffici in comune e un unico Responsabile ai sensi dell'articolo 17 bis, comma 5, incardinati nell'organizzazione dell'Unione più popolosa se non diversamente stabilito nella convenzione.

5. La convenzione di cui al comma 4 è stipulata con decorrenza operativa dal termine della gestione transitoria di cui all'articolo 56 ter della legge regionale 26/2014. La convenzione disciplina le modalità di esercizio delle funzioni del SSC, la gestione degli interventi e dei servizi e regola i rapporti finanziari fra le Unioni.

6. A fini di economicità e semplificazione gestionale e di omogeneizzazione dei servizi, due o più Unioni appartenenti alla medesima Azienda per l'assistenza sanitaria possono stipulare accordi per gestire in comune uno o più servizi del SSC.>>; b) dopo l'articolo 17 è inserito il seguente: <<Art. 17 bis principi organizzativi del Servizio sociale dei Comuni 1. Con regolamento approvato dall'Assemblea di cui all'articolo 20 è disciplinata l'organizzazione del Servizio sociale dei Comuni nel rispetto delle disposizioni del presente articolo e degli ulteriori standard stabiliti dalla Regione, al fine di assicurare sul territorio regionale uniformità nei livelli minimi di offerta e omogeneità di risposta ai bisogni della popolazione. 2. Il Servizio sociale dei Comuni garantisce l'informazione, l'orientamento e l'accesso agli interventi e ai servizi del sistema integrato con la presenza diffusa sul territorio della gestione associata del servizio di Segretariato sociale e del Servizio sociale professionale. 3. Il Servizio sociale dei Comuni garantisce sul territorio della gestione associata una presenza numerica di operatori professionali adeguata agli standard stabiliti dalla Regione. In particolare è prevista la presenza di almeno un assistente sociale ogni 3.000 abitanti, che le Unioni territoriali intercomunali garantiscono con utilizzo degli spazi assunzionali disponibili e con ricorso ad affidamenti esterni. 4. Ai fini del comma 3, l'Assemblea di cui all'articolo 20, in sede di programmazione delle risorse assegnate dalla Regione a valere sul Fondo sociale regionale ai sensi dell'articolo 39, comma 3, destina in via prioritaria la quota di risorse utile al conseguimento degli standard previsti, dandone comunicazione alla Regione. 5. Il Servizio sociale dei Comuni è diretto da un Responsabile, con compiti di coordinamento e raccordo funzionale, organizzativo e gestionale del Servizio ed è articolato in modo da assicurare: a) il supporto alla pianificazione e la progettazione locale del sistema integrato, mediante attività di elaborazione, monitoraggio, controllo e valutazione delle attività, degli interventi e dei servizi sociali; b) il presidio professionale e il coordinamento delle attività, degli interventi e dei servizi sociali per aree di utenza, con particolare riguardo a minori e famiglia, soggetti a rischio di esclusione sociale e persone con disabilità o non autosufficienti; c) il presidio amministrativo e finanziario-contabile delle attività, degli interventi e dei servizi sociali; d) il supporto informativo alle attività di cui alla lettera a) e il soddisfacimento dei fabbisogni informativi locali, regionali e nazionali, ottimizzando l'impiego dei sistemi informativi in uso. 6. Il supporto tecnico all'Assemblea e alla Commissione di cui all'articolo 20 è assicurato da un ufficio di direzione, programmazione e controllo, presieduto dal Responsabile del Servizio sociale dei Comuni e composto dai referenti delle articolazioni previste ai sensi del comma 5. 7. Costituiscono requisiti per la nomina a Responsabile del Servizio sociale dei Comuni: il possesso del diploma di laurea almeno quadriennale o l'iscrizione alla sezione A dell'albo professionale dell'Ordine degli assistenti sociali, nonché l'aver svolto attività direttiva o di coordinamento per un periodo non inferiore a cinque anni nel settore socioassistenziale.>>; c) l'articolo 18 è sostituito dal seguente: <<Art. 18 gestione del Servizio sociale dei Comuni 1. Le Unioni territoriali intercomunali gestiscono in forma diretta il

Servizio sociale dei Comuni. 2. Le Unioni possono delegare la gestione delle attività, degli interventi e dei servizi di cui all'articolo 6 all'Azienda per l'assistenza sanitaria di riferimento o a un'Azienda pubblica di servizi alla persona con sede legale e strutture sul territorio dell'Unione. La delega può essere parziale e in tal caso va prevista per aree omogenee d'intervento. 3. Nel rispetto delle linee guida emanate dalla Regione sentita la Commissione consiliare competente, con regolamento approvato dall'Assemblea di cui all'articolo 20 sono stabilite le funzioni, gli interventi e i servizi in gestione dell'Unione e sono disciplinati in particolare: a) i criteri generali e le modalità di esercizio della gestione; b) i criteri generali per l'accesso ai servizi; c) i criteri generali per la compartecipazione degli utenti al costo dei servizi e delle prestazioni; d) i rapporti finanziari con i Comuni del territorio dell'Unione, ivi compresi i criteri di quantificazione e le modalità del conferimento delle risorse dovute a titolo di compartecipazione alla spesa, in modo da garantire copertura finanziaria alla programmazione della spesa su base triennale; e) l'eventuale scelta di delega ai sensi del comma 2, stabilendone la durata e l'oggetto, i criteri di regolazione dei rapporti con l'Azienda delegata, ivi compresi quelli per la quantificazione delle risorse finanziarie necessarie per la gestione, nonché le modalità di indirizzo e verifica delle attività delegate; f) le modalità di informazione ai Consigli comunali sull'andamento annuale della gestione. 4. Qualora l'articolazione territoriale dei distretti di cui all'articolo 19 della legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17 (Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria), non coincida con un'Unione territoriale intercomunale, ma rappresenti un multiplo ovvero una frazione del territorio di una o più Unioni, il regolamento di cui al comma 3 individua le modalità per garantire l'integrazione sociosanitaria nell'ambito della programmazione e della realizzazione del sistema integrato.>> d) l'articolo 19 è abrogato a decorrere dall'1 gennaio 2019; e) l'articolo 21 è abrogato. 7. La lettera h) del comma 14 dell'articolo 19 della legge regionale 17/2014 è sostituita dalla seguente: <<h) assistenza residenziale e semiresidenziale a favore delle persone non autosufficienti, delle persone con disabilità e delle persone nella fase terminale della vita, per la quale il distretto svolge funzioni di governo o di committenza, attraverso le strutture intermedie di cui all'articolo 23, anche collocate nel territorio di altri distretti dell'azienda di riferimento o di altre aziende;>>. 8. Per gli affidamenti dei contratti di concessione e di appalto di lavori e servizi diversi da quelli aventi natura intellettuale, con particolare riguardo a quelli relativi a contratti ad alta intensità di manodopera, i bandi di gara, gli avvisi e gli inviti devono contenere clausole sociali ai sensi dell'articolo 50 del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 (Codice dei contratti pubblici). 9. Fermo restando quanto previsto dalle normative vigenti in materia di figure professionali del sistema integrato dei servizi sociali, ivi compresi i servizi di integrazione sociosanitaria, il personale già operante a qualunque titolo nella suddetta area alla data di entrata in vigore della presente legge, continua a svolgere le relative funzioni fino al collocamento in quiescenza, salvo l'obbligo di frequenza dei percorsi formativi organizzati o autorizzati dall'Amministrazione regionale.

## **LAZIO**

**L.R. 29.12.17, n. 12** - Rendiconto generale della Regione Lazio per l'esercizio finanziario 2016

**L.R. 29.12.17, n. 14** - Autorizzazione all'esercizio provvisorio del bilancio per l'esercizio finanziario 2018

## **LIGURIA**

**L.R. 28.12.17 n. 29** - Disposizioni collegate alla legge di stabilità per l'anno 2018.(BUR n. 18 del 29.12.17)

## **NB**

**Si riportano gli articoli e i commi ritenuti di maggior interesse per PANORAMA LEGISLATIVO ISTISSS**

Articolo 20 (Disposizioni urgenti in materia di Centri per l'impiego) 1

. Dopo la lettera h) del comma 2 dell'articolo 3 della legge regionale 30 novembre 2016, n. 30 (Istituzione della Agenzia regionale per il Lavoro, la Formazione e l'Accreditamento (ALFA) e adeguamento della normativa regionale), è inserita la seguente: "h bis) attività gestionali in materia di servizi e politiche attive del lavoro con particolare riferimento alle funzioni dei Centri per l'impiego;"

2. Le competenze assegnate ad ALFA ai sensi del comma 1 decorrono dalla data di trasferimento del personale delle province e della Città metropolitana di Genova con rapporto di lavoro a tempo indeterminato in servizio presso i Centri per l'impiego e delle risorse necessarie, come individuati e con le modalità previste dall'emananda disciplina statale in sede di approvazione del bilancio dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020. Dalla medesima data il personale a tempo indeterminato è trasferito ad ALFA e la medesima Agenzia succede nei rapporti di lavoro a tempo determinato e di collaborazione coordinata e continuativa ai sensi della sopracitata normativa statale in corso di approvazione.

3. I contratti di lavoro a tempo determinato del personale in servizio presso i Centri per l'impiego in essere alla data del 31 dicembre 2017 sono prorogati fino al 31 dicembre 2018, ovvero, in caso di avvio entro tale ultima data delle procedure di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75 (Modifiche e integrazioni al decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ai sensi degli articoli 16, commi 1, lettera a), e 2, lettere b), c), d) ed e) e 17, comma 1, lettere a), c), e), f), g), h), l) m), n), o), q), r), s) e z), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche), fino alla conclusione di tali procedure.

4. Con apposita legge regionale, in relazione alle nuove competenze di cui al comma 1, si provvederà al riordino della normativa di settore e, ove necessario, alla riorganizzazione, anche strutturale, di ALFA.

5. Entro novanta giorni ALFA procede alla stesura di un programma di stabilizzazione prevedendo la progressiva assunzione dei lavoratori precari operanti presso la stessa in possesso dei requisiti previsti dal d.lgs. 75/2017.

6. I Comuni che fruiscono dei servizi dei Centri per l'impiego mettono a disposizione, anche in convenzione tra loro, gratuitamente i locali sede dei medesimi ai sensi della normativa statale vigente.

7. In prima attuazione di quanto previsto dal presente articolo, il personale trasferito continua a operare nella sede e con la dotazione strumentale in esercizio. Con apposita convenzione sono disciplinati i rapporti tra Regione, Città metropolitana e province al fine di garantire la continuità del servizio all'utenza.

Articolo 21 (Modifiche alla legge regionale 9 aprile 2009, n. 6 (Promozione delle politiche per i minori e i giovani))

1. Dopo il comma 2 dell'articolo 37 della l.r. 6/2009 e successive modificazioni e integrazioni, è aggiunto il seguente: "2 bis. La Regione promuove, altresì, interventi per prevenire e contrastare i fenomeni del bullismo e del cyberbullismo in attuazione di quanto previsto dalla legge 29 maggio 2017, n. 71 (Disposizioni a tutela dei minori per la prevenzione ed il contrasto del fenomeno del cyberbullismo)."

2. Dopo l'articolo 37 della l.r. 6/2009 e successive modificazioni e integrazioni, è inserito il seguente: "Articolo 37 bis (Interventi contro il bullismo e il cyberbullismo) 1. La Regione, in attuazione di quanto previsto dall'articolo 37, comma 2 bis, e nei limiti di quanto previsto dalle disposizioni della l. 71/2017, promuove e sostiene interventi per la diffusione della cultura della legalità e del rispetto della dignità personale, nonché interventi per la tutela dell'integrità psico-fisica dei giovani, in particolare nell'ambito scolastico e nei luoghi di aggregazione giovanile. Promuove e sostiene, inoltre, interventi finalizzati all'uso consapevole degli strumenti informatici e della rete internet. 2. La Giunta regionale istituisce, definendone altresì le modalità di funzionamento, la Consulta regionale sul bullismo e cyberbullismo con la finalità di prevenire e contrastare ogni forma di bullismo e di raccogliere informazioni sulle problematiche suddette. 3. Per gli interventi di cui al comma 1 la Regione può avvalersi degli organismi di coordinamento previsti dagli articoli 35 e 36."

3. La rubrica dell'articolo 41 della l.r. 6/2009 e successive modificazioni e integrazioni, è sostituita dalla seguente: “(Interventi sperimentali e diretti)”.

4. Dopo il comma 1 dell'articolo 41 della l.r. 6/2009 e successive modificazioni e integrazioni, è aggiunto il seguente: “1 bis. La Regione, per le finalità di cui all'articolo 36, comma 1, realizza direttamente, anche avvalendosi dell'Agenzia regionale per il lavoro, la formazione e l'accreditamento (ALFA) di cui alla legge regionale 30 novembre 2016, n. 30 (Istituzione dell'Agenzia regionale per il lavoro, la formazione e l'accreditamento (ALFA) e adeguamento della normativa regionale), interventi e azioni finalizzati a promuovere:

1. attività di orientamento e di valorizzazione delle competenze giovanili;
2. attività dirette alla valorizzazione della crescita culturale giovanile, anche finalizzata alla prevenzione del disagio;
3. attività dirette al sostegno dei giovani talenti.”.

Articolo 22 (Pacchetto giovani)

1. La Regione istituisce il Pacchetto Giovani, finalizzato ad investire sui giovani e a promuovere interventi straordinari interdisciplinari per favorire l'occupazione di qualità e lo sviluppo produttivo del territorio.

2. Ai fini di cui al comma 1 sono attivate misure di politiche attive del lavoro, dalla formazione all'avviamento, e misure di sostegno agli investimenti finalizzati alla creazione d'impresa per favorire l'inserimento dei giovani nel tessuto produttivo ligure.

3. Gli interventi sono rivolti a giovani in possesso di diploma di scuola secondaria di secondo grado o qualifiche equivalenti o in possesso di laurea specialistica o magistrale che intraprendano i percorsi mirati di cui al comma 2.

4. L'attivazione delle misure prevede l'utilizzo coordinato del Fondo Sociale Europeo (FSE), per la parte formazione e politiche attive del lavoro, del Fondo Europeo di Sviluppo Regionale (FESR), per favorire l'autoimprenditorialità nei settori nei quali sono attivate le azioni del FSE, e del Programma di Sviluppo Rurale (PSR), per l'avviamento delle imprese agricole. 5. Gli interventi di cui al presente articolo possono essere attuati mediante misure differenziate per tipologie di utenza, per ambiti occupazionali e per settori prioritari del mercato del lavoro.

Articolo 23 (Lavoratori espulsi dal processo produttivo)

1. La Regione interviene a sostegno dei lavoratori non più giovani espulsi dal processo produttivo per favorirne il reintegro o la ricollocazione, mediante misure di politiche attive del lavoro e misure di sostegno agli investimenti finalizzati alla creazione d'impresa.

2. L'attivazione degli interventi è realizzata dalla Regione utilizzando in modo coordinato le misure previste dai Fondi strutturali comunitari.

Articolo 25 (Spese di formazione dei Direttori delle Aziende sociosanitarie liguri e degli Istituti del Servizio Sanitario Regionale)

1. Il trattamento economico del Direttore generale delle Aziende sociosanitarie liguri e degli Istituti del Servizio Sanitario Regionale è integrato fino ad un importo massimo di euro 5164,57 in relazione a corsi di formazione manageriale e ad iniziative di studio e aggiornamento, promosse dalla Regione e alle quali il Direttore generale abbia partecipato per esigenze connesse al proprio ufficio.

2. Il trattamento economico dei Direttori amministrativo, sanitario e sociosanitario delle Aziende sociosanitarie liguri e degli Istituti del Servizio Sanitario Regionale è integrato fino ad un importo massimo di euro 3615,20 in relazione a corsi di formazione manageriale e ad iniziative di studio e aggiornamento, promosse dalla Regione e alle quali i Direttori abbiano partecipato per esigenze connesse al proprio ufficio.

Articolo 26 (Tutela legale dei Direttori delle Aziende sociosanitarie liguri e degli Istituti del Servizio Sanitario Regionale)

1. Le Aziende sociosanitarie liguri e gli Istituti del Servizio Sanitario Regionale assumono a proprio carico gli oneri di difesa sostenuti dai Direttori generali e dai Direttori amministrativi, sanitari e sociosanitari in relazione a procedimenti di responsabilità penale, civile, amministrativa e contabile, avviati nei loro confronti con riguardo ad atti direttamente connessi con l'esercizio delle loro funzioni.

2. Le Aziende sociosanitarie liguri e gli Istituti del Servizio Sanitario Regionale possono anticipare gli oneri di difesa di cui al comma 1 sin dall'apertura del procedimento e per tutti i gradi del medesimo, a condizione che non sussista conflitto d'interessi.

3. In caso di sentenza definitiva di condanna per fatti commessi con dolo o colpa grave, le Aziende sociosanitarie liguri e gli Istituti del Servizio Sanitario Regionale ripetono tutti gli oneri sostenuti in ogni grado del giudizio per la difesa del Direttore generale e dei Direttori amministrativo, sanitario e sociosanitario.

Articolo 28 (Modifiche alla legge regionale 7 dicembre 2006, n. 41 (Riordino del Servizio Sanitario Regionale) e disposizioni di coordinamento)

1. Al comma 2 dell'articolo 77 della l.r. 41/2006 e successive modificazioni e integrazioni, le parole: "Il comitato etico si articola in tre distinte sezioni alle quali" sono sostituite dalle seguenti: "Al Comitato etico".

2. Il comma 4 dell'articolo 77 della l.r. 41/2006 e successive modificazioni e integrazioni, è abrogato.

3. Al comma 5 dell'articolo 77 della l.r. 41/2006 e successive modificazioni e integrazioni, dopo la parola: "disciplina" sono inserite le seguenti: "la composizione," e le parole: "e delle sue sezioni. La Giunta regionale determina, altresì, la composizione del comitato etico e delle sue sezioni, prevedendo, per ciascun componente, uno o più sostituti" sono soppresse.

4. Agli articoli 7, 13, 16, 20, 21, 26, 28, 28 bis, 28 ter, 28 quater, 28 quinquies e 77 della l.r. 41/2006 e successive modificazioni e integrazioni, le parole: "IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino - IST - Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro" sono sostituite dalle seguenti: "IRCCS "Ospedale Policlinico San Martino"". 5. Ogniqualvolta in una legge regionale compaiono le parole: "IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino - IST - Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro" si deve intendere: "IRCCS "Ospedale Policlinico San Martino"".

Articolo 29 (Modifiche alla legge regionale 15 novembre 2014, n. 33 (Disciplina delle Aziende pubbliche di servizi alla persona e fondazioni derivanti dalla trasformazione delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza))

1. Dopo il comma 1 dell'articolo 4 della l.r. 33/2014 e successive modificazioni e integrazioni, è aggiunto il seguente: "1 bis. Le Aziende possono, con apposita modifica statutaria, prevedere in Statuto la possibilità di optare, in luogo del Consiglio di amministrazione e del Presidente di cui al comma 1, per la nomina, quale organo amministrativo, di un Amministratore unico e la costituzione di un'Assemblea composta da rappresentanti degli enti già competenti alla nomina dei consiglieri di amministrazione di cui al comma 1, lettera a). Lo Statuto in tal caso dovrà prevedere, altresì, le modalità per l'esercizio dell'opzione.".

2. Dopo l'articolo 6 della l.r. 33/2014 e successive modificazioni e integrazioni, sono inseriti i seguenti: "Articolo 6 bis (Assemblea degli enti) 1. L'Assemblea degli enti, ai sensi dell'articolo 4, comma 1 bis, è composta dai rappresentanti degli enti già competenti alla nomina dei consiglieri di amministrazione. Per la Regione partecipa l'Assessore competente alle politiche sociali o suo delegato. L'Assemblea si dota di un Presidente, individuato tra i suoi componenti. 2. Per la partecipazione all'Assemblea e per lo svolgimento delle funzioni di Presidente non sono previsti compensi, indennità o forme di rimborso, comunque denominate. 3. L'Assemblea degli enti nomina all'unanimità l'Amministratore unico di cui all'articolo 4, comma 1 bis, e svolge ogni altra funzione prevista nello Statuto. 4. L'Assemblea degli enti è organo permanente dell'Azienda, non soggetto a rinnovi per scadenze temporali. Articolo 6 ter (Amministratore unico) 1. L'Amministratore unico, ai sensi dell'articolo 4, comma 1 bis, ha la rappresentanza legale dell'Azienda, esercita le funzioni attribuite dallo Statuto e, in particolare, svolge funzioni di indirizzo e di verifica dell'azione amministrativa e gestionale dell'Ente, definisce gli obiettivi e i programmi di attività, nomina il Direttore sulla base dei criteri e secondo le modalità stabilite dallo Statuto, approva i bilanci, le modifiche dello Statuto e i regolamenti interni. 2. L'Amministratore unico è nominato dall'Assemblea degli enti tra persone che siano in possesso di competenza ed esperienza in materia gestionale o nei settori in cui si esplicano le finalità istituzionali dell'Ente e non si trovino in alcuna delle cause di incompatibilità e ineleggibilità previste per i consiglieri comunali, nonché nelle condizioni di

inconferibilità e incompatibilità previste dal decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 (Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190) e successive modificazioni e integrazioni, per quanto applicabili. 3. L'incarico di Amministratore unico ha una durata di tre anni ed è rinnovabile. 4. In attuazione della normativa statale vigente in materia, l'incarico di Amministratore unico è svolto a titolo gratuito e dà diritto solo al rimborso delle spese sostenute e documentate. 5. Nel caso in cui l'Amministratore unico sia in possesso dei relativi requisiti previsti dallo Statuto, l'Assemblea degli enti può attribuirgli l'incarico di Direttore dell'Azienda. 3. Dopo il comma 1 dell'articolo 8 della l.r. 33/2014 e successive modificazioni e integrazioni, è aggiunto il seguente: "1 bis. Nel caso in cui l'Azienda abbia optato per la possibilità di cui all'articolo 4, comma 1 bis, l'Assemblea dei soci elegge un proprio rappresentante per la partecipazione all'Assemblea degli enti." 4. Al comma 2 dell'articolo 9 della l.r. 33/2014 e successive modificazioni e integrazioni, le parole: "dal Consiglio" sono sostituite dalle seguenti: "dall'organo". 5. Al comma 3 dell'articolo 9 della l.r. 33/2014 e successive modificazioni e integrazioni, le parole: "dal Consiglio" sono sostituite dalle seguenti: "dall'organo". 6. Al primo periodo del comma 4 dell'articolo 9 della l.r. 33/2014 e successive modificazioni e integrazioni, le parole: "del Consiglio" sono sostituite dalle seguenti: "dell'organo" e nel secondo periodo le parole "dal Consiglio" sono sostituite dalle seguenti: "dall'organo". 7. Al comma 5 dell'articolo 9 della l.r. 33/2014 e successive modificazioni e integrazioni, le parole: "il Consiglio" sono sostituite dalle seguenti: "l'organo". 8. Al comma 4 dell'articolo 13 della l.r. 33/2014 e successive modificazioni e integrazioni, dopo le parole: "delle Aziende" sono inserite le seguenti: "o revoca l'Amministratore unico, sentita l'Assemblea degli enti,". 9. Al comma 5 dell'articolo 13 della l.r. 33/2014 e successive modificazioni e integrazioni, dopo le parole: "delle Aziende" sono inserite le seguenti: "o revocare l'Amministratore unico, sentita l'Assemblea degli enti,". 10. Al comma 6 dell'articolo 13 della l.r. 33/2014 e successive modificazioni e integrazioni, dopo le parole: "di amministrazione" sono inserite le seguenti: "o membro dell'Assemblea degli enti".

**L.R. 28.12.17 n. 30** - Legge di stabilità della Regione Liguria per l'anno finanziario 2018.

**NB**

**Si riportano gli articoli e i commi ritenuti di maggior interesse per PANORAMA LEGISLATIVO ISTISSS**

Articolo 5 (Patto per la residenzialità e family support)

1. In un contesto di rilevante sofferenza economica e di forte calo demografico, la Regione ritiene improcrastinabile intervenire a sostegno della collettività ligure, mettendo in campo misure di carattere fiscale e di supporto sociale, quali il "Patto per la residenzialità" e il "family support", che consentano uno sgravio della pressione fiscale e diano impulso agli investimenti e ai consumi.

2. Ai fini di cui al comma 1, la Regione vara il "Patto per la residenzialità", mirato a favorire il radicamento sul territorio ligure di nuclei familiari e cittadini comunitari provenienti da altre zone italiane o estere; a tal fine, alle persone fisiche di età inferiore a 45 anni che trasferiscono la propria residenza in un comune ligure, l'aliquota dell'addizionale regionale all'Irpef è fissata nella misura prevista dall'articolo 50, comma 3, primo periodo, del decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446 (Istituzione dell'imposta regionale sulle attività produttive, revisione degli scaglioni, delle aliquote e delle detrazioni dell'Irpef e istituzione di una addizionale regionale a tale imposta, nonché riordino della disciplina dei tributi locali) e successive modificazioni e integrazioni e dall'articolo 6, comma 1, del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68 (Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario) e successive modificazioni e integrazioni, senza alcuna maggiorazione regionale, a condizione che il trasferimento della residenza in un comune ligure avvenga nel corso del 2018 e sia mantenuto per tutto il periodo di vigenza dell'agevolazione; detta agevolazione fiscale si applica per l'anno d'imposta 2018 e per i due successivi.

3. Sempre nell'ambito del "Patto per la residenzialità", la Regione può promuovere accordi con i comuni in collaborazione con l'Associazione nazionale comuni italiani (ANCI), affinché gli stessi adottino agevolazioni sulla fiscalità locale (Imu, Tari, Tasi) a beneficio dei nuovi soggetti residenti, a fronte di misure compensative regionali, fra cui il riconoscimento di priorità nell'attribuzione di contributi o altri vantaggi economici e il riconoscimento di forme di premialità nell'ambito dell'attuazione dei patti di solidarietà regionale.

4. Ai fini di cui al comma 1, la Regione adotta misure di sostegno alla famiglia, denominate nel loro complesso "family support" e declinate nelle seguenti azioni:

a) esenzione dalla maggiorazione regionale all'addizionale Irpef per le famiglie numerose comunitarie; pertanto, per l'anno d'imposta 2018, per i soggetti con reddito imponibile fino a euro 55.000,00 aventi fiscalmente a carico almeno quattro figli, l'aliquota dell'addizionale regionale all'Irpef è fissata nella misura prevista dall'articolo 50, comma 3, primo periodo, del d.lgs. 446/1997 e successive modificazioni e integrazioni e dall'articolo 6, comma 1, del d.lgs. 68/2011 e successive modificazioni e integrazioni, senza alcuna maggiorazione regionale;

b) per l'anno d'imposta 2018, per i soggetti comunitari con reddito imponibile fino a 28.000,00 euro, aventi fiscalmente a carico almeno un figlio nato nel 2018, l'aliquota dell'addizionale regionale all'Irpef è fissata nella misura prevista dall'articolo 50, comma 3, primo periodo, del d.lgs. 446/1997 e successive modificazioni e integrazioni e dall'articolo 6, comma 1, del d.lgs. 68/2011 e successive modificazioni e integrazioni, senza alcuna maggiorazione regionale.

Articolo 10 (Esenzione dalla tassa automobilistica regionale per particolari categorie di veicoli)

1. Fatto salvo quanto previsto dall'articolo 17 (Esenzioni permanenti) del decreto del Presidente della Repubblica 5 febbraio 1953, n. 39 (Testo unico delle leggi sulle tasse automobilistiche), sono esentati dal pagamento della tassa automobilistica regionale gli autoveicoli adibiti ad ambulanze di trasporto o soccorso, al trasporto di organi e sangue o al trasporto di persone in particolari condizioni, di proprietà o da essi utilizzati ai sensi dell'articolo 7, comma 2, della legge 23 settembre 2009, n. 99 (Disposizioni per lo sviluppo e l'internazionalizzazione delle imprese, nonché in materia di energia) e successive modificazioni e integrazioni di:

a) organizzazioni di volontariato e organizzazioni di promozione sociale iscritte nel Registro regionale di cui alla legge regionale 12 dicembre 2012, n. 42 (Testo unico del Terzo Settore) e successive modificazioni e integrazioni;

b) enti locali;

c) Aziende sanitarie locali.

Articolo 11 (Funzioni degli enti di area vasta e definizione dei rapporti finanziari)

1. Fermo restando quanto già stabilito dall'articolo 4 della legge regionale 10 aprile 2015, n. 15 (Disposizioni di riordino delle funzioni conferite alle province in attuazione della legge 7 aprile 2014, n. 56) le funzioni diverse da quelle di cui al comma 2 disciplinate da leggi regionali sono esercitate dalle Province e dalla Città metropolitana, quali enti di area vasta, ai sensi dell'articolo 1, commi 85 e 87, della legge 7 aprile 2014, n. 56 (Disposizioni sulle città metropolitane, sulle province, sulle unioni e fusioni di comuni).

2. Le province e la Città metropolitana esercitano le seguenti funzioni non fondamentali delegate dalla Regione:

a) diritto allo studio, già disciplinata con legge regionale 11 maggio 2009, n. 18 (Sistema educativo regionale di istruzione, formazione e orientamento), all'articolo 6, comma 1, lettera c);

b) opere in conglomerato cementizio armato, già disciplinata con legge regionale 26 novembre 1984, n. 52 (Delega alle Province delle funzioni regionali relative alle opere di conglomerato cementizio armato normale e precompresso e a struttura metallica) e legge regionale 22 gennaio 1999, n. 3 (Conferimento agli enti locali di funzioni e compiti amministrativi della Regione in materia di edilizia residenziale pubblica, opere pubbliche, espropriazioni, viabilità, trasporti e aree naturali protette);

c) costruzioni in zone sismiche, già disciplinata con legge regionale 21 luglio 1983, n. 29 (Costruzioni in zone sismiche - Deleghe e norme urbanistiche particolari);

d) pubblico spettacolo, già disciplinata dall'articolo 21 della legge regionale 24 dicembre 2008, n. 44 (Disposizioni collegate alla legge finanziaria 2009);

e) controllo attività edilizia, già disciplinata con legge regionale 6 giugno 2008, n. 16 (Disciplina dell'attività edilizia), articoli 52 e 53;

f) tutela del paesaggio, già disciplinata con legge regionale 6 giugno 2014, n. 13 (Testo unico della normativa regionale in materia di paesaggio), articolo 13;

g) aree protette, già disciplinata con legge regionale 22 febbraio 1995, n. 12 (Riordino delle aree protette), legge regionale 22 gennaio 1999, n. 3 (Conferimento agli enti locali di funzioni e compiti amministrativi della Regione in materia di edilizia residenziale pubblica, opere pubbliche, espropriazioni, viabilità, trasporti e aree naturali protette), legge regionale 10 luglio 2009, n. 28 (Disposizioni in materia di tutela e valorizzazione della biodiversità) e legge regionale 28 dicembre 2009, n. 65 (Istituzione della riserva naturale regionale "Adelasia" nel comune di Cairo Montenotte ed altre disposizioni in materia di aree naturali protette).

3. Fermo restando il principio della copertura degli oneri nei limiti dei trasferimenti statali contenuto nelle diverse discipline normative regionali di settore e fatto salvo quanto previsto al comma 4, alla copertura dei costi delle funzioni di cui al comma 2 si provvede con la somma di euro 630.000,00 a decorrere dal 1° gennaio 2018, allocata alla Missione 18 - Programma 18.001, nel bilancio 2018 - 2020.

4. La copertura dei costi delle funzioni di cui alle lettere b) e c) del comma 2 è assicurata tramite gli oneri istruttori determinati dagli enti di area vasta anche ai sensi di quanto previsto dall'articolo 4 comma 4 della l.r. 15/2015.

5. Ad integrale e definitiva chiusura dei reciproci rapporti finanziari pregressi al 31 dicembre 2017, nonché al fine di agevolare il raggiungimento dell'equilibrio di bilancio degli enti di area vasta, la Giunta regionale è autorizzata a stipulare con i medesimi enti accordi che prevedono:

a) la corresponsione della somma complessiva una tantum di euro 1.000.000, 00, allocata alla Missione 18 - Programma 18.001, nel bilancio 2017 - 2019, da assegnare proporzionalmente ai costi ammessi con riferimento al personale impegnato nella funzione come dichiarato dagli enti;

b) in via eccezionale, solo per l'esercizio 2017, lo svincolo delle seguenti somme, già nella disponibilità degli enti stessi: 1. i canoni delle concessioni del demanio idrico e fluviale introitati dal 1° gennaio 2015 al 31 dicembre 2015, con esclusione delle somme accertate dalla Regione, per l'importo complessivo di euro 476.450,06; 2. le economie di spesa conseguite sugli interventi di manutenzione realizzati entro il 30 giugno 2015 dalle province e dalla Città metropolitana nell'esercizio delle funzioni di difesa del suolo a valere sui proventi dei canoni demaniali, per l'importo complessivo di euro 2.989.007,12 mediante svincolo delle stesse; 3. le somme rinvenienti dalle azioni di recupero poste in essere dalle province e dalla Città metropolitana relativamente al mancato versamento dei canoni demaniali di cui al punto 1, precedenti al 31 dicembre 2015 per l'importo complessivo di euro 4.436.035,79.

## **LOMBARDIA**

**L.R. 28.12.17 - n. 42** - Legge di stabilità 2018 – 2020. (BUR n. 52 del 31.12.17)

**L.R. 28.12.17 - n. 43** - Bilancio di previsione 2018 – 2020. (BUR n. 52 del 31.12.17)

## **MOLISE**

**L.R. 22 .12.17, n. 23** - Autorizzazione all'esercizio provvisorio del bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2018.

**L.R. 30.12.17, n. 27** - Rendiconto consolidato della Regione Molise per l'esercizio finanziario 2016. Integrazioni alla legge regionale 18 dicembre 2017, n. 21 (Rendiconto generale della Regione Molise per l'esercizio finanziario 2016).

## **PUGLIA**

**L.R. 29.12.17 , n. 67** - Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2018 e bilancio pluriennale 2018-2020 della Regione Puglia (legge di stabilità regionale 2018). (BUR n. 149 del 30.12.17)

### **NB**

### **Si riportano gli articoli e i commi ritenuti di maggior interesse per PANORAMA LEGISLATIVO ISTISSS**

**Art. 8 Contributi in favore degli atleti paralimpici**

1. Alla legge regionale 4 dicembre 2006, n. 33 (Norme per lo sviluppo dello sport per tutte e per tutti), dopo l'articolo 9 è aggiunto il seguente: "Art. 9 bis. Sostegno alla partecipazione atleti paralimpici ad attività agonistica

1. Al fine di favorire e sostenere la partecipazione di atleti paralimpici nello svolgimento di attività agonistica di rilievo almeno provinciale, anche con riferimento alle finalità di cui alla presente legge, la Regione concede contributi per l'acquisto da parte di atleti paralimpici di attrezzature destinate alla specialità sportiva espletata.

2. Per le finalità di cui al comma 1, nel bilancio regionale autonomo, nell'ambito della missione 6, programma 1, titolo 2, è assegnata una dotazione finanziaria per l'esercizio finanziario 2018, in termini di competenza e cassa, di euro 300 mila. La medesima dotazione finanziaria è assegnata, in termini di competenza, per ciascuno degli esercizi finanziari 2019 e 2020.

3. Possono usufruire di tale finanziamento esclusivamente atleti residenti anagraficamente e sportivamente nella regione Puglia, previa certificazione relativa alla specialità sportiva e alla natura dell'attività agonistica da svolgersi, da parte del Comitato paralimpico (CIP) regionale.

4. I contributi saranno erogati dalla competente struttura regionale, secondo quanto stabilito con provvedimento della Giunta regionale."

**Art. 9 Finanziamento delle attività sociali dell'Agenzia regionale strategica per la salute e il sociale**

1. Al fine di finanziare le attività sociali previste dall'articolo 3 della legge regionale 24 luglio 2017, n.29 (Istituzione dell'Agenzia regionale per la salute e il sociale (A.Re.S.S.)), nel bilancio regionale autonomo, nell'ambito della missione 12, programma 10, titolo 1, è assegnata una dotazione finanziaria per l'esercizio finanziario 2018, in termini di competenza e cassa, di euro 300 mila. La medesima dotazione finanziaria è assegnata, in termini di competenza, per ciascuno degli esercizi finanziari 2019 e 2020.

**Art. 18 Contributi concessi ai comuni per il sostegno all'accesso delle abitazioni in locazione legge 9 dicembre 1998, n. 431**

1. Al fine di supportare i comuni nel sostegno all'accesso per le abitazioni in locazione da parte dei cittadini meno abbienti, come previsto dalla legge 9 dicembre 1998 n. 431 (Disciplina delle locazioni e del rilascio degli immobili adibiti ad uso abitativo), nel bilancio regionale autonomo, nell'ambito della missione 12, programma 6, titolo 1, è assegnata una dotazione finanziaria per l'esercizio finanziario 2018, in termini di competenza e di cassa, di euro 500 mila. La medesima dotazione finanziaria è assegnata, in termini di competenza, per ciascuno degli esercizi finanziari 2019 e 2020.

**Art. 20 Disposizioni per incentivare l'abbattimento delle barriere architettoniche e gli interventi di messa in sicurezza delle scuole primarie e strutture pubbliche**

1. Al fine di assicurare l'abbattimento delle barriere architettoniche e gli interventi di messa in sicurezza e riqualificazione degli edifici che ospitano le scuole primarie pubbliche, la Regione Puglia, previa pubblicazione di apposito avviso pubblico, concede specifici contributi straordinari a favore dei comuni.

2. Con deliberazione della Giunta regionale sono stabiliti i criteri per l'assegnazione dei contributi di cui al comma 1, riconoscendo priorità a quei progetti che riguardino edifici di interesse storico e culturale e che siano collocati nei centri storici.

3. Per il conseguimento degli obiettivi previsti dal presente articolo, nel bilancio regionale autonomo, nell'ambito della missione 8, programma 2, titolo 2, è assegnata una dotazione finanziaria per

l'esercizio finanziario 2018, in termini di competenza e cassa, di euro 400 mila. La medesima dotazione finanziaria, in termini di competenza, è assegnata per ciascuno degli esercizi finanziari 2019 e 2020".

4. Al fine di assicurare in egual modo a tutti i cittadini residenti sul territorio pugliese l'accesso alle strutture pubbliche permettendo il superamento delle barriere architettoniche, nel bilancio regionale autonomo, nell'ambito della missione 8, programma 2, titolo 2, è assegnata una dotazione finanziaria per l'esercizio finanziario 2018, in termini di competenza e cassa, di euro 100 mila, da destinare ai comuni della regione quale contributo straordinario a valere su capitolo di nuova istituzione.

Art. 21 Contributi per l'abbattimento di barriere architettoniche nelle abitazioni private

1. Per la realizzazione di opere direttamente finalizzate al superamento e all'eliminazione di barriere architettoniche in edifici già esistenti, adibiti a civile abitazione, in cui risiedano una o più persone con disabilità motoria, sono concessi contributi a fondo perduto con le modalità di cui al comma 2.

2. Il contributo è concesso a fronte di apposita istanza di accesso al beneficio, da presentare entro il 28 febbraio di ciascun anno, dalla persona con disabilità o da altro componente dello stesso nucleo familiare, a condizione che siano in possesso dei seguenti requisiti minimi: a) residenza nella medesima unità abitativa da almeno sei mesi; b) spesa già sostenuta con relativi titoli di pagamento quietanzati; c) ISEE familiare non superiore a euro 20 mila; d) disabilità motoria permanente ovvero cecità permanente.

3. Il contributo è concesso, a fronte di apposita istanza corredata da relazione illustrativa delle opere da realizzare ovvero delle tecnologie o impianti da realizzare, e dai relativi titoli di pagamento quietanzati, in misura pari a: a) 80 per cento della spesa sostenuta, per interventi dal valore complessivo non superiore a euro 2.500; b) 50 per cento della spesa sostenuta, per interventi dal valore complessivo compreso tra euro 2.501 ed euro 5.000; c) 30 per cento della spesa sostenuta, per interventi dal valore complessivo superiore a euro 5.000.

4. I comuni associati in ambiti territoriali raccolgono entro il 28 febbraio di ciascun anno le istanze di accesso al contributo finanziario per l'abbattimento di barriere architettoniche in edifici privati adibiti ad abitazione. A fronte della dotazione finanziaria assegnata a ciascun ambito territoriale, a valere sulla dotazione di cui al comma 5 ripartita su base demografica, i fabbisogni finanziari che non dovessero essere soddisfatti dalla suddetta dotazione finanziaria, sono comunicati con dichiarazione unica di ambito territoriale entro il 31 marzo 2017, al fine di concorrere alla dichiarazione di fabbisogno inevaso per il quale richiedere l'assegnazione di quota parte del fondo speciale per l'eliminazione e il superamento delle barriere architettoniche negli edifici privati istituito presso il Ministero dei lavori pubblici, ai sensi dell'articolo 10, comma 1 della legge 9 gennaio 1989, n. 13 (Disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati).

5. Per i contributi a fondo perduto per il superamento e per l'eliminazione di barriere architettoniche in edifici già esistenti, adibiti a civile abitazione, nel bilancio regionale autonomo, nell'ambito della missione 12, programma 6, titolo 2, è assegnata una dotazione finanziaria per l'esercizio finanziario 2018, in termini di competenza e cassa, di euro 250 mila. La medesima dotazione finanziaria, in termini di competenza, è assegnata per ciascuno degli esercizi finanziari 2019 e 2020.

Art. 29 Funzionamento Consulta femminile

1. Al fine di garantire l'operatività e il pieno funzionamento della Consulta femminile istituita con legge regionale 9 giugno 1980 n. 70 (Istituzione della Consulta regionale femminile) e per il conseguimento delle finalità previste dall'articolo 3 della Costituzione italiana e dallo Statuto della Regione Puglia, nel bilancio autonomo regionale, nell'ambito della missione 1, programma 1, titolo 1, è assegnata una dotazione finanziaria per l'esercizio finanziario 2018, in termini di competenza e cassa, di euro 20 mila. La medesima dotazione finanziaria è assegnata, in termini di competenza, per ciascuno degli esercizi finanziari 2019 e 2020.

Art. 38 Contributi per la diffusione dei piccoli Gruppi educativi o Nidi in famiglia

1. Al fine di incentivare la diffusione sul territorio pugliese dei piccoli Gruppi educativi o Nidi in Famiglia previsti dall'articolo 101, comma 3, del regolamento regionale 18 gennaio 2007 n. 4 (legge

regionale 10 luglio 2006, n. 19 – Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini di Puglia), la Regione Puglia concede, previo apposito avviso pubblico, contributi ai soggetti titolari del servizio finalizzati all’allestimento ottimale degli spazi destinati ai bambini e all’acquisto di materiale ludico e didattico utile per lo svolgimento dell’attività.

2. Con deliberazione della Giunta regionale sono stabiliti i criteri per l’assegnazione e la rendicontazione dei contributi di cui al comma 1, riconoscendo priorità agli interventi promossi in contesti densamente popolati e privi di adeguati servizi rivolti all’infanzia, ovvero rivolti a minori extracomunitari o in condizioni di disagio sociale e familiare.

3. Per il conseguimento degli obiettivi previsti dal presente articolo, nel bilancio regionale autonomo, nell’ambito della missione 12, programma 1, titolo 1, è assegnata una dotazione finanziaria per l’esercizio finanziario 2018, in termini di competenza e cassa, di euro 200 mila. La medesima dotazione finanziaria è assegnata, in termini di competenza, per ciascuno degli esercizi finanziari 2019 e 2020.

Art. 64 Istituzione Ufficio sanitario del Porto di Taranto

1. Al fine di dare impulso alle attività del Porto di Taranto e dell’Aeroporto di Grottaglie, attraverso l’istituzione dell’Ufficio sanitario del porto fruibile alle aziende esportatrici e per le attività aereo portuali, nel bilancio autonomo regionale, nell’ambito della missione 13, programma 2, titolo 1, è assegnata una dotazione finanziaria per l’esercizio finanziario 2018, in termini di competenza e cassa, di euro 200 mila.

Art. 75 Contributo in favore delle donne vittime di violenza

1. Al fine di sostenere il disagio delle donne, residenti in Puglia, vittime di violenza psicofisica-fisica, la Regione Puglia concede un contributo da destinare a parziale ristoro di spese legali erogate, sulla base della documentata attività svolta dal professionista e nei limiti dei minimi previsti dalla normativa. L’erogazione delle somme di cui al presente comma potrà avvenire, esclusivamente, all’esito di sentenza civile o penale, all’accoglimento di domanda risarcitoria o di condanna in sede penale, a integrazione di quanto eventualmente liquidato dalla Autorità giudiziaria, con il provvedimento che definisce il giudizio.

2. Per le finalità di cui al presente articolo nel bilancio regionale autonomo, nell’ambito della missione 12, programma 10, titolo 1, è assegnata una dotazione finanziaria per l’esercizio finanziario 2018 in termini di competenza e cassa di euro 150 mila. La medesima dotazione finanziaria è assegnata, in termini di competenza per ciascuno degli esercizi finanziari 2019 e 2020.

Art. 76 Modifiche alla legge regionale 15 novembre 2017, n. 45

1. Alla legge regionale 15 novembre 2017, n. 45 (Interventi a sostegno dei coniugi separati o divorziati che versano in particolari condizioni di disagio economico) sono apportate le seguenti modifiche: a) al comma 1 dell’articolo 2 le parole: “da almeno cinque anni,” sono soppresse; b) all’articolo 3, dopo il comma 1, è inserito il seguente: “1 bis. Gli eventuali interventi di natura sanitaria derivanti dalla stipula dei protocolli d’intesa stipulati con le aziende sanitarie locali sono resi a invarianza di spesa.”; c) il comma 2 dell’articolo 3 è sostituito dal seguente: “2. Ai fini delle azioni previste dal comma 1, le priorità tra gli aventi titolo vengono stabilite dalla Giunta regionale, sentita la competente Commissione assembleare.”.

Art. 81 Risorse per la promozione della pratica sportiva per i minori a rischio esclusione sociale

1. Ai fini dell’integrazione dei minori in situazioni di disagio economico e sociale e del benessere psico-fisico, della diffusione dei valori del fair play e del rispetto delle regole e per il riconoscimento dei voucher per l’accesso alla pratica sportiva destinati a minori a rischio di esclusione sociale, per il tramite delle istituzioni scolastiche, nel bilancio regionale autonomo, nell’ambito della missione 6, programma 1, titolo 1, è assegnata una dotazione finanziaria per l’esercizio finanziario 2018, in termini di competenza e di cassa, di euro 200 mila. La medesima dotazione finanziaria, in termini di competenza, è assegnata per ciascuno degli esercizi 2019 e 2020.

Art. 84 Disposizioni per l’adeguamento dei parchi gioco comunali alle esigenze dei bambini con disabilità

1. Al fine di ampliare il numero dei comuni beneficiari del finanziamento di cui all'articolo 18 della legge regionale 9 agosto 2016, n. 23 (Assestamento e variazione al bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2016 e pluriennale 2016-2018), destinato al rimborso delle spese sostenute e documentate da parte degli stessi per l'adeguamento dei parchi gioco comunali alle esigenze dei bambini con disabilità, mediante l'acquisto e la posa in opera di giochi da essi fruibili, al capitolo di spesa 511012 "Spese per la redazione di progetti e realizzazione di lavori per la piena accessibilità ai parco giochi comunali dei bambini disabili. Articolo 18, l.r. 9.8.2016, n. 23 (assestamento bilancio 2016)", missione 8, programma 2, titolo 2, è assegnata una dotazione finanziaria per l'esercizio finanziario 2018, in termini di competenza e cassa, di euro 152 mila.

Art. 85 Interventi in favore dei diversamente abili

1. Al fine di dotare i 69 comuni costieri pugliesi di sedie attrezzate per favorire l'accesso in mare dei cittadini diversamente abili in totale sicurezza, nel bilancio regionale autonomo, nell'ambito della missione 1, programma 5, titolo 2, è assegnata una dotazione finanziaria per l'esercizio finanziario 2018, in termini di competenza e di cassa, di euro 250 mila.

2. Con deliberazione di Giunta regionale sono stabilite le modalità di attuazione del presente articolo.

Art. 96 Contributo per gli osservatori regionali sulle legalità

1. Al fine di sostenere gli osservatori per la legalità presenti sul territorio regionale e impegnati nella promozione di campagne e iniziative su questioni attinenti la legalità, nonché per sensibilizzare l'opinione pubblica e le istituzioni sulle infiltrazioni della criminalità organizzata nell'economia locale, nel bilancio regionale autonomo, nell'ambito della missione 3, programma 2, titolo 1, è assegnata una dotazione finanziaria per l'esercizio finanziario 2018, in termini di competenza e cassa, di euro 20 mila.

2. Alla definizione dei criteri di riparto delle risorse di cui al comma 1 si provvede, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con deliberazione della Giunta regionale.

Art. 97 Attuazione Progetto obiettivo salute mentale

1. Il percorso assistenziale dei soggetti rivenerenti dal superamento del residuo manicomiali, ancorché anziani ultra sessantacinquenni, è in capo al Dipartimento di salute mentale delle aziende sanitarie locali, in attuazione del Progetto obiettivo salute mentale.

Art. 98 Modifiche alla legge 30 settembre 2004, n. 15

1. All'articolo 24 della legge regionale 30 settembre 2004, n. 15 (Riforma delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB) e disciplina delle aziende pubbliche dei servizi alle persone) sono apportate le seguenti modifiche: a) il comma 4 è sostituito dal seguente: "4. Le aziende redigono annualmente, prima della presentazione del bilancio consuntivo, il bilancio sociale delle attività e, sulla base di indirizzi e criteri stabiliti con atto della Giunta regionale, si dotano dei seguenti documenti contabili: a) il piano programmatico; b) il bilancio pluriennale di previsione; c) il bilancio economico preventivo con allegato il documento di budget; d) il bilancio consuntivo con allagata la relazione del direttore generale sulla situazione dell'azienda, sull'andamento della gestione con particolare riguardo agli investimenti, ai ricavi, ai proventi, ai costi e agli oneri di esercizio."; b) il comma 6 è sostituito dal seguente: "6. Il bilancio preventivo annuale è approvato entro il 31 gennaio dell'esercizio a cui si riferisce. Le aziende, sulla base di uno schema tipo predisposto con atto della Giunta regionale, si dotano di un regolamento di contabilità con cui si introduce la contabilità economica e si provvede all'adozione di criteri uniformi volti ad assicurare omogeneità nella rilevazione, valutazione, classificazione e aggiornamento dei valori contabili e nella stesura e contenuto del bilancio.".

**L.R. 29.12.17, n. 68** - Bilancio di previsione della Regione Puglia per l'esercizio finanziario 2018 e pluriennale 2018 - 2022".

**SARDEGNA**

**L.R. 11.1.18 n. 1** - Legge di stabilità 2018.(BUR n. 3 del 12.1.18)

**NB**

## **Si riportano gli articoli e i commi ritenuti di maggior interesse per PANORAMA LEGISLATIVO ISTISSS**

### **Art. 7**

Disposizioni in materia di sanità e assistenza

1. Lo stanziamento di cui al comma 6 dell'articolo 5 della legge regionale n. 5 del 2017, pari ad euro 17.036.000 è rideterminato in euro 19.312.831,26.

2. Qualora in seguito a rendicontazioni di spesa da parte delle aziende del Servizio sanitario regionale si determini l'esigenza di recuperare maggiori erogazioni, le somme incassate sono reiscritte nel bilancio regionale e destinate alla copertura del disavanzo delle aziende sanitarie nell'anno di riferimento.

3. Il Fondo regionale per la non autosufficienza di cui all'articolo 34 della legge regionale n. 2 del 2007, alla cui dotazione finanziaria concorrono le risorse europee, statali e regionali iscritte in conto della missione 12 - programmi 02, 04 e 07, e per l'accesso ai benefici del quale si fa in ogni caso riferimento all'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE), è destinato all'attuazione dei seguenti interventi nei limiti delle risorse stanziate:

- a) programmi personalizzati a favore di persone con grave disabilità;
- b) interventi di potenziamento dell'assistenza domiciliare a favore di persone in condizione di non autosufficienza, fatta eccezione per quelli già finanziati attraverso il fondo unico di cui all'articolo 10 della legge regionale n. 2 del 2007;
- c) programma "Ritornare a casa";
- d) azioni di integrazione socio-sanitaria;
- e) interventi rivolti a persone affette da particolari patologie previsti dalla legge regionale 26 febbraio 1999, n. 8 (Disposizioni in materia di programmazione e finanziamenti per i servizi socio-assistenziali. Modifiche ed integrazioni alla legge regionale 25 gennaio 1988, n. 4 "Riordino delle funzioni socio-assistenziali"), dalla legge regionale 3 dicembre 2004, n. 9 (Modifiche ed integrazioni alla legge regionale 11 maggio 2004, n. 6 (legge finanziaria 2004), alla legge regionale 9 giugno 1999, n. 24 (Istituzione dell'Ente foreste della Sardegna, soppressione dell'Azienda delle foreste demaniali della Regione sarda e norme sulla programmazione degli interventi regionali in materia di forestazione), variazioni di bilancio e disposizioni varie), e dall'articolo 18, comma 3, della legge regionale 30 giugno 2011, n. 12 (Disposizioni nei vari settori di intervento), fatto salvo quanto previsto all'articolo 6, comma 13, della legge regionale n. 5 del 2016.

Rispetto agli interventi della lettera e) hanno priorità di finanziamento i rimborsi spese riconosciuti per usufruire delle prestazioni sanitarie legate alla patologia.

4. Gli enti locali riconoscono i sussidi economici previsti dalla legge regionale 27 agosto 1992, n. 15 (Disposizioni finanziarie e seconda variazione al bilancio 2017/2019) solo qualora il piano d'intervento di cui agli articoli 6 e 10 della legge regionale n. 15 del 1992, attesti l'impossibilità di partecipare ad interventi di inclusione socio-lavorativa di cui all'articolo 6, comma 17, della legge regionale n. 5 del 2016. Qualora il progetto di inserimento socio-lavorativo non garantisca lo stesso beneficio economico si usufruisce del sussidio previsto dalla legge regionale n. 15 del 1992 per differenza rispetto all'importo massimo riconoscibile ai sensi di detta norma. Con l'entrata in vigore della presente legge sono rivalutate le condizioni per l'erogazione dei sussidi.

5. Il secondo paragrafo dell'articolo 92 della legge regionale 28 maggio 1985, n. 12 (legge finanziaria 1985), è così modificato: "Gli enti locali erogano le somme di cui sopra alle persone con disabilità previa presentazione di apposita richiesta e relativa documentazione comprovante le spese sostenute. Il limite di reddito per l'accesso ai rimborsi spese, espresso in termini di ISEE, è fissato in euro 15.000. La Giunta regionale con propria deliberazione, previo parere della Commissione consiliare competente, può aggiornare annualmente il limite di reddito."

6. Gli enti locali, nell'ambito del percorso di riordino della materia sulle provvidenze economiche a favore di persone affette da particolari patologie di cui all'articolo 48 della legge regionale 23 dicembre 2005, n. 23 (Sistema integrato dei servizi alla persona. Abrogazione della legge regionale n. 4 del 1988 (Riordino delle funzioni socio-assistenziali)) e successive modifiche ed integrazioni, e

nelle more del suo completamento, sono tenuti ad acquisire l'indicatore ISEE ordinario e/o socio-sanitario e a comunicarlo all'Amministrazione regionale a partire dalla rendicontazione 2017.

7. È autorizzata per l'anno 2018 la spesa di euro 1.000.000 per il potenziamento dei Punti unici di accesso e delle Unità di valutazione territoriale ai fini della valutazione multidimensionale dei bisogni e della gestione degli interventi per la non autosufficienza in ambito PLUS. Il finanziamento è assegnato per euro 500.000 all'Azienda per la tutela della salute (ATS), in favore delle otto aree socio-sanitarie, e per euro 500.000 agli enti gestori degli ambiti PLUS. La ripartizione avviene in ragione della popolazione residente. L'intervento si intende ad integrazione degli altri finanziamenti finalizzati al potenziamento dei Punti unici di accesso e delle Unità di valutazione territoriale (missione 12 - programma 02 - titolo 1).

8. Allo scopo di assicurare la continuità del Programma di interventi per la prevenzione dell'istituzionalizzazione (P.I.P.P.I.), finanziato in via sperimentale fino al 2017 con risorse nazionali con la finalità di innovare le pratiche di intervento nei confronti delle famiglie multiproblematiche, con l'intento di ridurre il rischio di allontanamento dei bambini dal nucleo familiare d'origine, è autorizzata la spesa complessiva di euro 75.000, in ragione di euro 25.000 per ciascuna delle annualità 2018, 2019 e 2020 (missione 13 - programma 07 - titolo 1).

9. Al fine di dare continuità all'attività e nelle more dell'adozione delle procedure di cui all'articolo 7, commi 4 e 5, della legge regionale n. 5 del 2016, le strutture ammesse a finanziamento nel 2016 e nel 2017 a seguito di avviso pubblico, sono da intendersi provvisoriamente accreditate fino all'attuazione del sistema di accreditamento dei servizi e delle strutture sociali. Gli enti che gestiscono le strutture di cui al periodo precedente e che abbiano rendicontato le spese sostenute per le attività finanziate nel 2016 e 2017, beneficiano nel 2018 di un contributo, sulla base di un programma annuale di intervento assistenziale, per un importo massimo di euro 200.000 per comunità, nei limiti delle spese sostenute nel corrente anno, a valere sulle risorse del Fondo per le comunità per l'accoglienza di giovani adulti e adulti sottoposti a misure restrittive della libertà personale (missione 12 - programma 04 - titolo 1).

10. Al comma 17 dell'articolo 16 della legge regionale 27 luglio 2016, n. 17 (Istituzione dell'Azienda per la tutela della salute (ATS) e disposizioni di adeguamento dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale. Modifiche alla legge regionale 28 luglio 2006, n. 10 (Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione della legge regionale 26 gennaio 1995, n. 5) e alla legge regionale 17 novembre 2014, n. 23 (Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale), modificato dall'articolo 5, comma 12, lettera b) della legge regionale n. 5 del 2017, le parole "sono prorogate in conformità a quanto previsto dall'articolo 4, comma 4, del decreto legge 31 agosto 2013, n. 101, convertito in legge 30 ottobre 2013, n. 125 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 agosto 2013, n. 101, recante disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni)", sono sostituite dalla seguenti: "è prorogata sino al 30 settembre 2018".

11. È autorizzata per l'anno 2020 la spesa di euro 244.000 per la prosecuzione delle finalità di cui all'articolo 1, comma 5, della legge regionale n. 23 del 2017. Le somme possono essere destinate anche al rafforzamento delle attività di cui all'articolo 26, comma 1, della legge regionale 28 luglio 2006, n. 10 (Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione della legge regionale 26 gennaio 1995, n. 5), e successive modifiche ed integrazioni (missione 01 - programma 03 - titolo 1).

12. In considerazione del particolare disagio derivante dalle condizioni di insularità e delle difficoltà dei trasporti via mare, è autorizzata per l'anno 2018 la spesa di euro 150.000 per la concessione e l'erogazione di un contributo alle partorienti residenti nelle isole minori del territorio della Regione che, per mancanza anche temporanea del punto nascita nella propria isola, partoriscono in un altro punto nascita del Servizio sanitario regionale. Le modalità e le procedure per l'erogazione del contributo sono stabilite con decreto dell'Assessore regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale, da emanarsi entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge (missione 12 - programma 05 - titolo 1).

13. È autorizzata per l'anno 2018 la spesa di euro 20.000 a favore del Centro di aiuto alla vita - Uno di noi (CAV) di Cagliari al fine di sostenere i progetti di aiuto alla vita (missione 12 - programma 10 - titolo 1).

14. È autorizzata per l'anno 2018 la spesa di euro 35.000 a favore delle associazioni senza scopo di lucro aventi sede e operanti sul territorio regionale a sostegno dei pazienti cardiopatici in età pediatrica, per il perseguimento degli scopi istituzionali (missione 13 - programma 02 - titolo 1).

15. Per l'erogazione di cure termali è autorizzata per l'anno 2018, in favore dell'ATS, la spesa complessiva di euro 1.000.000 da ripartire per euro 450.000 nel territorio della ASSL di Sassari, euro 350.000 nel territorio della ASSL di Sanluri, euro 200.000 nel territorio della ASSL di Oristano (missione 13 - programma 02 - titolo 1).

16. Per il finanziamento degli accordi integrativi regionali per la medicina generale, per la pediatria di libera scelta e per l'emergenza sanitaria territoriale, a decorrere dall'anno 2018 è autorizzata, a favore dell'Azienda per la tutela della Salute (ATS), la spesa di euro 15.034.000 annui (missione 13 - programma 03 - titolo 1).

17. È autorizzata la spesa di euro 3.000.000 per l'anno 2019 e di euro 4.900.000 per l'anno 2020, per far fronte agli investimenti di ristrutturazione e messa a norma strutturale ed impiantistica realizzati nel presidio ospedaliero SS. Trinità dall'Azienda per la tutela della Salute ATS - ASSL Aree socio-sanitarie locali di Cagliari, quale finanziamento integrativo di interventi aventi analogo oggetto a valere sulla programmazione del Fondo di sviluppo e coesione 2007-2013 (missione 13 - programma 05 - titolo 2).

#### Art. 8

Interventi a favore dell'istruzione, della cultura, del settore sociale e del lavoro

1. È autorizzata la spesa di euro 70.000 per l'anno 2018 ed euro 140.000 per l'anno 2019 per l'istituzione di tre borse di studio biennali per la frequenza dei Collegi del mondo unito (UWC United World Colleges) per un valore complessivo di euro 70.000 annui a favore di studenti residenti in Sardegna o figli di lavoratori emigrati dalla Regione, che risultino vincitori di concorsi per merito indetti dalla Commissione italiana per i Collegi del mondo unito per il biennio 2018-2020 (missione 04 - programma 02 - titolo 1).

2. È autorizzata per l'anno 2018 la spesa di euro 100.000 per le finalità di cui all'articolo 8, comma 2, lettera a), della legge regionale n. 5 del 2017, concernenti lo sviluppo di un progetto volto a promuovere la qualità nell'ambito dei servizi alla persona e a migliorare il profilo professionale degli assistenti sociali assicurandone la formazione teorico-pratica di base e continua (missione 04 - programma 04 - titolo 1).

16. È autorizzata per ciascuno degli anni 2018 e 2019 la spesa di euro 175.000 quale contributo straordinario all'Unione italiana dei ciechi e ipovedenti onlus - Nuoro per la realizzazione di un progetto sperimentale di lettura multimediale (missione 05 - programma 02 - titolo 1).

17. È autorizzata per l'anno 2018 la spesa di euro 100.000 quale contributo straordinario all'Unione italiana ciechi e degli ipovedenti Onlus Consiglio regionale per la Sardegna - Cagliari per la realizzazione di un progetto volto alla realizzazione di un corso per formatori di orientamento mobilità e autonomia personale (missione 05 - programma 02 - titolo 1).

19. È autorizzata per l'anno 2018 la spesa di euro 50.000 in favore dell'Associazione socio-culturale Andromeda con sede in Sassari per la realizzazione di laboratori teatrali, laboratori di danza, movimento terapia e logopedia, laboratori musicali ed artistici e di lungometraggi con soggetti portatori di disabilità psichiche (missione 05 - programma 02 - titolo 1).

29. È autorizzata per l'anno 2018 la spesa di euro 100.000 in favore della Associazione onlus "Mondo X - Sardegna" quale contributo per la prosecuzione dei programmi di inclusione sociale nei confronti dei soggetti emarginati e disadattati (missione 12 - programma 04 - titolo 1).

30. La Regione può destinare ai comuni richiedenti che effettuano direttamente con proprie procedure l'erogazione delle risorse ai destinatari del reddito di inclusione sociale previsto dalla legge regionale 2 agosto 2016, n. 18 (Reddito di inclusione sociale. Fondo regionale per il reddito di inclusione sociale - "Agiudu torrau"), contributi per il rimborso dei costi di gestione sostenuti, fino

allo svolgimento del procedimento da parte degli uffici di piano nell'ambito del PLUS territorialmente competente. Ai relativi oneri si fa fronte nei limiti delle risorse disponibili così come individuate all'articolo 7, comma 2, della legge regionale n. 18 del 2916 (missione 12 - programma 04 - titolo 1 - capitolo SC05.5068).

32. Per le finalità di cui all'articolo 19 della legge regionale 22 aprile 1997, n. 16 (Norme per la promozione e lo sviluppo della cooperazione sociale), in materia di contributi in conto occupazione in favore delle cooperative sociali iscritte alla sezione B (annualità 2017), è autorizzata per l'anno 2018 la spesa di euro 1.000.000 per lo scorrimento della graduatoria - Allegato A) alla determinazione n. 9573 del 21 marzo 2017 dell'Assessorato regionale del lavoro, formazione professionale, cooperazione e sicurezza sociale (missione 15 - programma 03 - titolo 1).

Art. 10

Istituzione del reddito di libertà

1. La Regione, anche in attuazione dell'articolo 33 della legge regionale n. 23 del 2005, istituisce il reddito di libertà (RDL) quale misura specifica di sostegno per favorire l'indipendenza economica delle donne vittime di violenza fisica o psicologica e in condizioni di povertà.

2. Il RDL è uno strumento che adottano i comuni per assicurare il rispetto dei diritti di ogni donna violata nella persona e ridotta in condizioni di dipendenza e sudditanza anche psicologica. Il RDL consiste in un patto tra la Regione e la beneficiaria e prevede il sostegno e la partecipazione a un percorso finalizzato all'indipendenza economica della donna vittima di violenza, con o senza figli minori, affinché sia in seguito in grado di adoperarsi per garantire a sé e ai propri figli un'autosufficienza economica.

3. Possono accedere alla misura prevista dal comma 1 le donne vittime di violenza residenti nel territorio della Regione, senza reddito, disoccupate, inoccupate o con un reddito, calcolato secondo il metodo dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE), inferiore alla soglia indicata nella deliberazione di cui al comma 4.

4. Con deliberazione della Giunta regionale, su proposta dell'Assessore competente in materia di politiche sociali, da adottare entro trenta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, previo parere della competente Commissione consiliare, sono stabiliti criteri, requisiti e modalità per l'attuazione del presente articolo.

5. Per le finalità di cui al presente articolo è autorizzata, in via sperimentale, per l'anno 2018 la spesa di euro 300.000. A decorrere dall'anno 2019, ai sensi dell'articolo 38, comma 1, del decreto legislativo n. 118 del 2011 la Regione attua gli interventi di cui al presente articolo nei limiti delle risorse stanziare annualmente in bilancio alla missione 12 - programma 04 - titolo 1.

## **SICILIA**

**L.R.29.12.17, n. 19.** Autorizzazione all'esercizio provvisorio del bilancio della Regione per l'esercizio finanziario

## **UMBRIA**

**L.R. 28.12.17, n. 18** - Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2018-2020 della Regione Umbria (Legge di stabilità regionale 2018).(BUR n. 57 del 29.12.17)

## **NB**

**Si riportano gli articoli e i commi ritenuti di maggior interesse per PANORAMA LEGISLATIVO ISTISSS**

art. 2 (esenzioni in materia di tassa automobilistica)

1. a decorrere dal 1° gennaio 2018, ai sensi del comma 7 dell'articolo 82 del decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117 (Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106), sono esentati dal pagamento delle tasse automobilistiche regionali i veicoli di proprietà delle organizzazioni di volontariato aventi sede legale in Umbria iscritte nel registro regionale delle organizzazioni di volontariato al settore sanitario e al settore sociale, adibiti

esclusivamente ad ambulanze, ad automediche, al trasporto di organi e sangue, al trasporto specifico di persone in particolari condizioni e distinte da una particolare attrezzatura idonea a tale scopo. la destinazione, l'uso nonché gli adattamenti del veicolo devono risultare dalla carta di circolazione.

2. Sono, altresì, esenti dal pagamento delle tasse automobilistiche regionali i veicoli di proprietà della regione, degli enti locali e delle aziende sanitarie che risultano immatricolati nella carta di circolazione come veicoli adibiti esclusivamente a servizi di protezione civile.

3. al finanziamento della minore entrata stimata in euro 80.000,00 a decorrere dal 2018, del Titolo 1, Tipologia 01 "Imposte, tasse e proventi assimilati", si fa fronte con pari riduzione dello stanziamento della legge regionale 23 dicembre 2011, n. 18 (riforma del sistema amministrativo regionale e delle autonomie locali e istituzione dell'agenzia forestale regionale. Conseguenti modifiche normative) di cui alla Missione 18 "relazioni con le altre autonomie territoriali e locali", Programma 01 "relazioni finanziarie con le altre autonomie territoriali", Titolo 1 "Spese correnti", del Bilancio di previsione 2018-2020.

art. 6 (riconoscimento patrocinio legale e rimborso delle spese legali ai dipendenti e agli amministratori regionali)

1. nel rispetto della legislazione statale e della contrattazione collettiva di lavoro, la giunta regionale adotta, su proposta dell'avvocatura regionale, un regolamento che disciplina i presupposti e le modalità per l'ammissione e il riconoscimento del patrocinio legale o del rimborso delle spese legali in favore dei dipendenti e degli amministratori regionali nei confronti dei quali siano stati aperti procedimenti per responsabilità civile, penale o amministrativa. Il regolamento si conforma ai seguenti principi: a) il rimborso delle spese sostenute è ammesso soltanto in caso di esito favorevole o di assenza di responsabilità accertata in sede giudiziale; b) il patrocinio legale è assunto fin dall'inizio dall'ente, con integrale assunzione di spese, per i dipendenti per i quali non si ravvisi conflitto di interessi e con rimborso postumo per gli amministratori, nonché per i dipendenti per i quali si sia ravvisato un potenziale conflitto di interessi con l'amministrazione al momento dell'instaurazione del procedimento; c) nei giudizi davanti alla Corte dei conti l'ente non assume la difesa, ma provvede al rimborso delle spese legali in caso di definitivo proscioglimento.

2. Per il finanziamento degli oneri di cui al comma 1, stabiliti, per l'anno 2018, in euro 20.000,00, si fa fronte con gli stanziamenti previsti alla Missione 01, "Servizi istituzionali, generali e di gestione", Programma 05 "gestione dei beni demaniali e patrimoniali", Titolo 1 "Spese correnti" del Bilancio di previsione 2018-2020. 3. Per gli anni successivi al 2018, la spesa è determinata annualmente con legge di bilancio, ai sensi dell'articolo 38 del d.lgs. 118/2011.

art. 10 (Contributo a sostegno dell'acquisto di parrucche a favore di pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia)

1. la regione Umbria riconosce ai pazienti affetti da patologie oncologiche lo stato patologico della perdita dei capelli in conseguenza di trattamenti chemioterapici connessi alle stesse patologie.

2. ogni paziente oncologico residente in Umbria, affetto da alopecia a seguito di chemioterapia, ha diritto a ottenere dall'azienda unità sanitaria locale di riferimento un contributo di euro 300,00 per l'acquisto di una parrucca.

3. la giunta regionale, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, con propria deliberazione definisce le modalità operative per la concessione del contributo.

4. Per le finalità di cui al presente articolo è autorizzata per l'anno 2018 la spesa di euro 80.000,00, in termini sia di competenza che di cassa, con gli stanziamenti della Missione 13 "Tutela della salute", Programma 02 "Servizio sanitario regionale - Finanziamento aggiuntivo corrente per i livelli di assistenza superiori ai lea", Titolo 1 "Spese correnti", del Bilancio di previsione 2018-2020 della regione Umbria.

5. Per gli anni successivi al 2018, la spesa è determinata annualmente con legge di bilancio, ai sensi dell'articolo 38 del d.lgs. 118/2011.

**L.R. 28.12.17, n. 19.** - Bilancio di previsione della Regione Umbria 2018-2020, (BUR n. 57 del 29.12.17)

**VENETO**

**L.R. 29.12.17, n. 45** - Collegato alla legge di stabilità regionale 2018.(BUR n. 128 del 29.12.17)

**NB**

**Si riportano gli articoli e i commi ritenuti di maggior interesse per PANORAMA LEGISLATIVO ISTISSS**

## Art. 36

Modifica all'articolo 29 della legge regionale 30 dicembre 2016, n. 30 "Collegato alla legge di stabilità regionale 2017".

1. Il comma 4 dell'articolo 29 della legge regionale 30 dicembre 2016, n. 30 è così sostituito: *"4. I risparmi conseguiti dagli enti del servizio sanitario regionale ai sensi del comma 3 possono essere destinati annualmente dalla Regione nell'importo massimo del 50 per cento per la contrattazione integrativa del personale dell'azienda costituita ai sensi dell'articolo 1 della legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19."*

2. Agli oneri derivanti dall'applicazione del presente articolo, quantificati in euro 500.000,00 annui, si fa fronte con le risorse del Fondo Sanitario Regionale allocate alla Missione 13 "Tutela della salute", Programma 01 "Servizio sanitario regionale - Finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA", Titolo 1 "Spese correnti" del bilancio di previsione 2018-2020.

## Art. 37

Modifica all'articolo 4 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 "Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517".

1. Il comma 3 bis dell'articolo 4 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56, come introdotto dal comma 1 dell'articolo 30 della legge regionale 30 dicembre 2016, n. 30 è così sostituito: *"3 bis. Ai professori e ricercatori universitari inseriti in assistenza è riconosciuto il trattamento economico previsto dall'articolo 6 del decreto legislativo n. 517/1999. Le concrete modalità di riconoscimento del trattamento economico in parola sono definite nei protocolli di cui al comma 2, lettera a) del presente articolo, avuto riguardo anche alle determinazioni della contrattazione collettiva e ai principi di cui all'articolo 36 della Costituzione."*

## Art. 41

Interventi per il sostegno ai trapiantati con valvole cardiache prodotte dalla Ditta "Tri Technologies" presso l'Azienda Ospedaliera di Padova.

1. Ai fini di cui all'articolo 3, comma 6, lettera b) e dell'articolo 15 bis della legge regionale 15 dicembre 1982, n. 55 "Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale", la Giunta regionale è autorizzata a intervenire a sostegno di quanti hanno effettuato, presso l'Azienda Ospedaliera di Padova, un intervento di impianto di valvole cardiache prodotte dalla Ditta "Tri Technologies", e che versano in difficoltà economica; in caso di loro decesso, la misura è riconosciuta a favore dei familiari ed eredi.

2. La Giunta regionale, per il conseguimento delle finalità di cui al presente articolo, riconoscendo priorità alle famiglie divenute monoparentali per il decesso di uno dei genitori causato dall'impianto delle valvole cardiache, adotta entro e non oltre trenta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, un provvedimento con cui determina l'entità del contributo, i beneficiari, i criteri e le modalità di erogazione, in considerazione anche delle spese personali sostenute in pendenza delle iniziative giudiziarie.

3. Agli oneri derivanti dall'applicazione della presente legge, quantificati in euro 300.000,00 per l'esercizio 2018, si fa fronte con le risorse allocate alla Missione 12 "Diritti sociali, Politiche sociali e Famiglia", Programma 05 "Interventi per le famiglie", Titolo 1 "Spese correnti" del bilancio di previsione 2018-2020.

## Art. 42

Disposizioni in materia di prevenzione, contrasto e riduzione del rischio di bullismo e cyberbullismo.

1. La Regione del Veneto promuove interventi finalizzati alla prevenzione, al contrasto e alla riduzione del rischio di bullismo e di cyberbullismo, previa stipula di accordi di collaborazione nel rispetto delle rispettive competenze e attribuzioni istituzionali, con i comuni, le forze dell'ordine, le istituzioni scolastiche, le aziende ULSS del territorio regionale e le organizzazioni senza scopo di lucro afferenti al terzo settore e operanti nel campo del disagio sociale, del sostegno alla famiglia e alla genitorialità, nonché nel campo del disagio minorile.
2. La Giunta regionale, entro trenta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, promuove un tavolo di lavoro regionale, in collaborazione con i soggetti di cui al comma 1, finalizzato al coordinamento degli interventi di prevenzione, contrasto e riduzione del rischio di bullismo e di cyberbullismo e al monitoraggio del fenomeno a livello regionale.
3. Le aziende ULSS, anche in via sperimentale, attuano le iniziative stabilite dal tavolo di cui al comma 2.
4. Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge la Giunta regionale invia alla commissione consiliare competente una relazione sullo stato di attuazione del presente articolo, al fine dell'eventuale adozione di un provvedimento più articolato che consenta di superare la fase sperimentale.
5. Agli oneri derivanti dall'applicazione del presente articolo, quantificati in euro 200.000,00 per l'esercizio 2018 si fa fronte con le risorse allocate nella Missione 12 "Diritti sociali, politiche sociali e famiglia", Programma 01 "Interventi per l'infanzia e i minori e per asili nido", Titolo 1 "Spese correnti" del bilancio di previsione 2018-2020.

## Art. 43

Modifiche alla legge regionale 18 novembre 2005, n. 18 "Istituzione del servizio civile regionale volontario".

1. L'articolo 6 della legge regionale 18 novembre 2005, n. 18 è sostituito dal seguente:  
"Art. 6

*Spese per l'attuazione dei progetti d'impiego dei giovani a carico degli enti gestori.*

*1. Ai giovani in servizio civile regionale viene corrisposta dalla Regione un'indennità di servizio definita secondo le modalità stabilite dalla Giunta regionale.*

*2. Sono a carico degli enti gestori:*

- a) le spese per la formazione e l'aggiornamento dei responsabili e degli operatori di cui all'articolo 17;*
- b) le spese per la formazione dei giovani;*
- c) le spese di trasporto, vitto e alloggio dei giovani, quando siano presupposti necessari all'attuazione del progetto d'impiego;*
- d) le spese di assicurazione dei volontari di cui all'articolo 5, comma 3."*

2. L'articolo 8 della legge regionale 18 novembre 2005, n. 18 è abrogato.

3. Agli oneri derivanti dall'applicazione del presente articolo, quantificati in euro 700.000,00 per l'esercizio 2018 si fa fronte con le risorse allocate nella Missione 12 "Diritti sociali, politiche sociali e famiglia", Programma 08 "Cooperazione e associazionismo", Titolo 1 "Spese correnti" del bilancio di previsione 2018-2020.

## Art. 44

Fondo regionale di rotazione per le strutture e gli impianti del settore sociale e socio-sanitario.

1. È istituito un fondo regionale per la concessione di finanziamenti in conto capitale a rimborso graduale, secondo quote annuali costanti, senza oneri per interessi, nonché in conto capitale a fondo perduto, allo scopo di sostenere i progetti di investimento per la realizzazione degli interventi edilizi di cui all'articolo 3, comma 1, lettere da a) ad e) del decreto del Presidente della Repubblica 6 giugno 2001, n. 380, "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia edilizia (Testo A)" e successive modifiche ed integrazioni sul patrimonio immobiliare, di proprietà di

soggetti pubblici o soggetti privati non a scopo di lucro di cui all'articolo 128 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11, destinato a servizi sociali e socio-sanitari, da realizzarsi nel territorio della Regione del Veneto.

2. Sono destinatari dei finanziamenti del fondo i proprietari degli immobili oggetto di intervento o altro avente titolo, nonché i gestori dei servizi sociali o socio sanitari purché appartengano alle categorie dei soggetti pubblici o dei soggetti privati non a scopo di lucro di cui al comma 1.

3. La Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare che si esprime entro il termine di trenta giorni decorso il quale si prescinde, determina con proprio provvedimento le tipologie di intervento e di strutture sociali e socio-sanitarie oggetto dei finanziamenti, i criteri e le modalità procedurali per la presentazione delle domande e per l'erogazione e rimborso dei finanziamenti, nel rispetto dei seguenti indirizzi:

- a) devono essere previamente acquisiti tutti i provvedimenti e le autorizzazioni previsti dalla normativa vigente, ivi compresa l'autorizzazione alla realizzazione ai sensi delle disposizioni di cui alla legge regionale 16 agosto 2002, n. 22 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali" e successive modificazioni, ove richiesta, necessarie ad assicurare l'immediata cantierabilità;
- b) la ripartizione delle quote del fondo da destinare a finanziamento in conto capitale a fondo perduto ed a finanziamento in conto capitale a rimborso;
- c) il finanziamento è concesso nel limite dell'80 per cento delle spese riconosciute ammissibili e necessarie per la realizzazione dei progetti. Con riferimento alle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, l'ammontare del finanziamento può coprire interamente le spese, sulla base di criteri predeterminati volti a premiare la gestione efficiente dell'ente;
- d) sull'immobile oggetto del finanziamento regionale deve essere costituito un vincolo di destinazione d'uso per i servizi sociali e socio-sanitari per una durata non inferiore a quindici anni, a partire dalla data della segnalazione certificata di agibilità. Detto immobile può essere alienato in costanza di vincolo di destinazione d'uso solo ai soggetti di cui al comma 2;
- e) la restituzione del finanziamento può avere una durata massima di dieci anni;
- f) deve essere garantita dal richiedente la restante copertura finanziaria per la realizzazione dell'intero progetto;
- g) il finanziamento è erogato successivamente all'inizio dei lavori e per stati di avanzamento.

4. La Giunta regionale approva, altresì, uno schema di convenzione che i soggetti beneficiari del finanziamento devono stipulare con la struttura regionale competente, che deve prevedere, tra l'altro:

- a) il cronoprogramma del progetto con l'indicazione della data di inizio e fine lavori;
- b) il piano di rimborso del finanziamento, con la decorrenza della restituzione a partire dalla data di fine lavori, come indicata dal cronoprogramma, indipendentemente da eventuali proroghe concesse;
- c) l'obbligo per il beneficiario di prestare specifica garanzia fideiussoria a favore della Regione del Veneto di valore almeno pari al finanziamento regionale e che non può essere inferiore alla durata del piano di rimborso;
- d) la durata della convenzione stessa, che non può essere inferiore a dieci anni e le eventuali revoche.

5. L'ammissione al finanziamento è revocata:

- a) nel caso di mancato rispetto del cronoprogramma, delle relative tempistiche e delle altre clausole stabilite dalla convenzione;
- b) nei casi in cui il beneficiario del finanziamento non si adegui entro il termine assegnato alle eventuali prescrizioni formulate dalla struttura regionale competente;
- c) negli altri casi stabiliti dalla Giunta regionale con il provvedimento di cui al comma 3.

6. Nel caso di revoca, le somme eventualmente erogate devono essere restituite entro il termine massimo di tre mesi dalla data di notifica dell'atto di revoca, anche mediante escussione della

fideiussione. La Giunta regionale può prevedere, con il provvedimento di cui al comma 3, ulteriori modalità di restituzione.

7. Il fondo di cui al presente articolo può, altresì, finanziare progetti di carattere innovativo secondo modalità definite con provvedimento della Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare.

8. Il fondo è alimentato dagli stanziamenti disposti dalla Regione. La sua dotazione può essere integrata da apporti provenienti dalle fondazioni bancarie e da altri istituti di credito sulla base di specifiche convenzioni, nonché da altri soggetti pubblici e privati.

9. La Giunta regionale svolge attività di monitoraggio e controllo sul rispetto delle disposizioni di cui al presente articolo attraverso la struttura regionale competente la quale, a tal fine, si avvale anche delle aziende ULSS nel cui ambito è collocato l'immobile oggetto di finanziamento.

10. Agli oneri derivanti dall'attuazione del presente articolo, quantificati in euro 10.000.000,00 per ciascun esercizio del triennio 2018-2020, si fa fronte con le risorse allocate nella Missione 12 "Diritti sociali, politiche sociali e famiglia", Programma 03 "Interventi per gli anziani", Titolo 3 "Spese per incremento attività finanziarie" e le somme derivanti dalle quote rimborsate dai soggetti titolari degli interventi vengono introitate al Titolo 5 "Entrate da riduzione di attività finanziarie", Tipologia 300 "Riscossione di crediti a medio-lungo termine" del bilancio di previsione 2018-2020. Art. 46

Modifiche alla legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112".

1. Dopo il comma 1 dell'articolo 129 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 sono aggiunti i seguenti:

*"1 bis. Spettano, altresì, alla Regione le funzioni relative agli interventi sociali a favore di persone sorde, cieche e ipovedenti, compresi i servizi di integrazione di tali soggetti nelle scuole di ogni ordine e grado e nei centri di formazione professionale accreditati in relazione ai percorsi per l'assolvimento del diritto-dovere all'istruzione e formazione nonché ai percorsi di primo e secondo livello dell'istruzione degli adulti.*

*1 ter. La Giunta regionale individua, nell'ambito della propria organizzazione, una struttura per lo studio e la ricerca sulle disabilità sensoriali, per la formazione del personale, e per i servizi di consulenza, di controllo e di supporto sistematico dell'evoluzione linguistica e cognitiva delle persone con disabilità sensoriale.*

*1 quater. Spettano, infine, alla Regione le funzioni relative agli interventi sociali a favore dei figli minori riconosciuti dalla sola madre, con priorità per quelli accolti in comunità."*

2. Il comma 1 dell'articolo 131 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 è abrogato.

3. Dopo il comma 1 dell'articolo 138 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11, è inserito il seguente:

*"1bis. I servizi di supporto organizzativo del servizio di istruzione degli alunni portatori di handicap spettano:*

*a) alla Regione, per quanto attiene gli alunni portatori di handicap frequentanti la scuola secondaria superiore e i centri di formazione professionale accreditati in relazione ai percorsi per l'assolvimento del diritto-dovere all'istruzione e formazione;*

*b) ai comuni, per gli altri gradi inferiori dell'istruzione scolastica."*

4. La lettera c) del comma 2 dell'articolo 138 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 è abrogata.

5. Agli oneri derivanti dall'esercizio delle funzioni riallocate in capo alla Regione in materia di politiche sociali, quantificati in euro 11.000.000,00, per l'esercizio 2018 e in euro 9.000.000,00, per ciascun esercizio 2019 e 2020 si fa fronte:

a) nell'esercizio 2018, per euro 7.000.000,00, con le risorse allocate alla Missione 18 "Relazioni con le altre autonomie territoriali e locali", Programma 01 "Relazioni finanziarie con le altre autonomie territoriali", Titolo 1 "Spese correnti", per euro 3.500.000,00 con le risorse allocate alla Missione 12 "Diritti sociali, politiche sociali e famiglia", Programma 02 "Interventi per la

disabilità”, Titolo 1 “Spese correnti” e per euro 500.000,00 con le risorse allocate alla Missione 12 “Diritti sociali, politiche sociali e famiglia”, Programma 01 “Interventi per l’infanzia e i minori e per asili nido”, Titolo 1 “Spese correnti”, del bilancio di previsione 2018-2020;

b) negli esercizi 2019 e 2020, per euro 8.020.000,00 con le risorse allocate alla Missione 12 “Diritti sociali, politiche sociali e famiglia”, Programma 02 “Interventi per la disabilità”, Titolo 1 “Spese correnti” e per euro 980.000,00 con le risorse allocate alla Missione 12 “Diritti sociali, politiche sociali e famiglia”, Programma 01 “Interventi per l’infanzia e i minori e per asili nido”, Titolo 1 “Spese correnti”, del bilancio di previsione 2018-2020.

Art. 47

Finanziamento dei consultori familiari pubblici.

1. La Giunta regionale è autorizzata a finanziare lo sviluppo dei consultori familiari pubblici, per garantire i livelli essenziali di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”, articolo 24 recante “Assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie”.

2. Agli oneri derivanti dalla realizzazione del progetto di cui al comma 1, quantificati in euro 1.000.000,00 per l’esercizio 2018, in euro 1.000.000,00 per l’esercizio 2019 e in euro 1.000.000,00 per l’esercizio 2020, si fa fronte con le risorse del Fondo Sanitario Regionale, allocate alla Missione 13 “Tutela della Salute”, Programma 01 “Servizio Sanitario Regionale - Finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA”, Titolo 1 “Spese correnti” del bilancio di previsione 2018-2020.

Art. 48

Progetto regionale “InOltre”.

1. La Giunta regionale è autorizzata a finanziare la prosecuzione, da parte dell’Azienda ULSS 7, del progetto “InOltre, la salute dell’imprenditore”, per il triennio 2018-2020, estendendolo ai cittadini veneti danneggiati dalle banche operanti nel territorio della Regione del Veneto.

2. Agli oneri derivanti dalla realizzazione del progetto di cui al comma precedente, quantificati in euro 100.000,00 per l’esercizio 2018, in euro 200.000,00 per l’esercizio 2019 e in euro 200.000,00 per l’esercizio 2020, si fa fronte con le risorse del Fondo Sanitario Regionale, allocate alla Missione 13 “Tutela della Salute”, Programma 01 “Servizio Sanitario Regionale - Finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA”, Titolo 1 “Spese correnti” del bilancio di previsione 2018-2020.

Art. 49

Modifiche all’articolo 11 recante “Interventi per l’assistenza legale e psico-sociale destinati ai cittadini veneti danneggiati dalle banche operanti nel territorio della Regione del Veneto” della legge regionale 23 febbraio 2016, n. 7 “Legge di stabilità regionale 2016”.

1. La rubrica dell’articolo 11 della legge regionale 23 febbraio 2016, n. 7 è sostituita come segue: *“Interventi destinati ai cittadini veneti danneggiati dalle banche operanti nel territorio della Regione del Veneto”*.

2. Dopo il comma 2 ter dell’articolo 11 della legge regionale 23 febbraio 2016, n. 7 è inserito il seguente:

*“2 quater. La Giunta regionale istituisce il Fondo per finalità sociali a favore dei cittadini residenti nel Veneto che vivono situazioni di disagio socio-economico a seguito dell’acquisto di prodotti finanziari presso sedi o filiali di Istituti bancari autorizzati ad operare nel territorio Veneto in conformità alla normativa vigente.”*

3. Agli oneri derivanti dall’applicazione del presente articolo, quantificati in euro 300.000,00 per l’esercizio 2018, si fa fronte con le risorse allocate alla Missione 12 “Diritti sociali, Politiche sociali e famiglia”, Programma 05 “Interventi per le famiglie” Titolo 1 “Spese correnti” del bilancio di previsione 2018-2020.

Art. 50

Modifica alla legge regionale 28 dicembre 2012, n. 48 “Misure per l’attuazione coordinata delle politiche regionali a favore della prevenzione del crimine organizzato e mafioso, della corruzione nonché per la promozione della cultura della legalità e della cittadinanza responsabile”.

1. All'articolo 15 della legge regionale 28 dicembre 2012, n. 48, dopo il comma 7 è aggiunto il seguente:

*“7 bis. Ai componenti dell'Osservatorio non spetta alcuna indennità di carica, né un gettone di presenza, fatto salvo il solo rimborso delle spese sostenute e documentate e degli oneri di parcheggio, secondo quanto previsto dall'articolo 187 della legge regionale 10 giugno 1991, n. 12, relativamente alle sedute dell'organo stesso.”.*

2. Agli oneri conseguenti alle disposizioni di cui al comma 1, quantificati in euro 3.000,00 per ciascuno degli esercizi 2018, 2019 e 2020, si fa fronte con le risorse afferenti il bilancio del Consiglio regionale, allocate nella Missione 01 “Servizi istituzionali, generali e di gestione”, Programma 01 “Organi istituzionali”, Titolo 1 “Spese correnti” del bilancio di previsione 2018-2020.

Art. 54

Norme in materia di servizi per il lavoro.

1. Nelle more della riforma organica della disciplina regionale in materia di mercato del lavoro per l'adeguamento ai principi sul riordino delle funzioni stabiliti dalla legge regionale 30 dicembre 2016, n. 30, “Collegato alla legge di stabilità regionale 2017” che completerà il nuovo assetto normativo e organizzativo, il presente articolo regola il trasferimento del personale addetto ai centri per l'impiego e l'esercizio delle funzioni in ambito regionale in materia di servizi per il lavoro, riallocate in capo alla Regione con l'articolo 1, comma 1, della legge regionale 30 dicembre 2016, n. 30.

2. Il personale dipendente dalle province e dalla Città Metropolitana di Venezia addetto ai centri per l'impiego del Veneto, per il quale la legislazione statale di attuazione della riforma del mercato del lavoro di cui al decreto legislativo n. 150 del 14 settembre 2015, preveda il trasferimento alla regione o agenzia o ente regionale costituito per la gestione dei servizi per l'impiego, è collocato nei ruoli dell'ente regionale Veneto Lavoro. Il trasferimento dalle province e dalla Città Metropolitana di Venezia all'ente regionale Veneto Lavoro ha effetto dalla data fissata in apposita convenzione da stipularsi tra Regione del Veneto, Veneto Lavoro, le province del Veneto e la Città Metropolitana di Venezia. Fino a tale data è prorogata la validità delle convenzioni stipulate tra Regione del Veneto, Province e Città Metropolitana di Venezia in attuazione dell'articolo 5, comma 4, della legge regionale 29 ottobre 2015, n. 19 “Disposizioni per il riordino delle funzioni amministrative provinciali”, fatta salva la possibilità della stipula di convenzioni integrative.

3. A decorrere dalla data del trasferimento del personale a Veneto Lavoro di cui al comma 2, l'ente regionale medesimo subentra nelle funzioni attribuite alle province e alla Città Metropolitana di Venezia nella materia dei servizi per l'impiego. Da tale data sono trasferite a Veneto Lavoro le risorse finanziarie in precedenza attribuite dalla Regione alle province e alla Città Metropolitana di Venezia per la corresponsione del trattamento economico dei rispettivi dipendenti addetti ai centri per l'impiego.

4. La Regione svolge funzioni di indirizzo e vigilanza, anche mediante apposite convenzioni, sull'esercizio delle funzioni attribuite a Veneto Lavoro.

5. Il personale trasferito all'ente regionale Veneto Lavoro conserva il trattamento economico fondamentale e accessorio, ove più favorevole, limitatamente alle voci fisse e continuative, corrisposto dall'amministrazione di provenienza al momento del trasferimento, mediante l'erogazione di un assegno ad personam riassorbibile con i successivi miglioramenti economici a qualsiasi titolo conseguiti.

6. A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge, l'ente regionale Veneto Lavoro è autorizzato a subentrare nei rapporti a tempo determinato in essere alla medesima data presso le province e la Città Metropolitana di Venezia, potendo procedere alla proroga dei contratti stessi ai sensi dell'articolo 1, comma 429, della legge 23 dicembre 2014, n. 190 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)”. Ai fini del subentro, la Regione trasferisce a Veneto Lavoro le relative risorse finanziarie, in precedenza attribuite agli enti con i quali intercorrevano i rapporti a tempo determinato. Il personale a tempo

determinato rimarrà assegnato in forza di apposita convenzione tra le province e la Città Metropolitana di Venezia interessate e Veneto Lavoro.

7. Agli oneri derivanti dall'applicazione del presente articolo quantificati in euro 5.500.000,00 per ciascun esercizio 2018, 2019 e 2020 si fa fronte con le risorse allocate alla Missione 15 "Politiche per il lavoro e la formazione professionale", Programma 01 "Servizi per lo sviluppo del mercato del lavoro", Titolo 1 "Spese correnti" del bilancio di previsione 2018-2020.

Art. 55

Norma di prima attuazione delle disposizioni in materia di previdenza complementare regionale di cui alla legge regionale 18 luglio 2017, n. 15 "Interventi per lo sviluppo della previdenza complementare e del welfare integrato regionale del Veneto".

1. Nelle more della attivazione dell'ente regionale Veneto Welfare, istituito con legge regionale 18 luglio 2017, n. 15 "Interventi per lo sviluppo della previdenza complementare e del welfare integrato regionale del Veneto", è creata presso l'Ente Veneto Lavoro, istituito ai sensi della legge regionale 13 marzo 2009, n. 3 "Disposizioni in materia di occupazione e mercato del lavoro" e successive modificazioni, apposita unità operativa che in relazione a quanto previsto agli articoli 1, 2, 3 e 4 della legge regionale 18 luglio 2017, n. 15:

- a) svolge attività di promozione, informazione e assistenza qualificata in ordine alla previdenza complementare della popolazione regionale;
- b) cura i rapporti con gli enti accreditati e con i soggetti aderenti alle forme di welfare e per il coordinamento dell'attività dei fondi stessi, ivi compresi i rapporti con gli enti gestori;
- c) offre servizi e assistenza qualificata connessi alla materia della previdenza in genere ed ai fondi sanitari integrativi;
- d) realizza progetti volti alla costituzione di forme di tutela sociale da realizzare anche per il tramite del risparmio previdenziale, ivi compresa l'attuazione di progetti di welfare;
- e) effettua studi e ricerche relativamente alle materie di competenza.

2. Le attività previste al comma 1 sono oggetto di valutazione ai sensi del comma 1 dell'articolo 13 recante "Clausola valutativa" della legge regionale 18 luglio 2017, n. 15, da presentarsi alla competente commissione consiliare entro trenta mesi dalla entrata in vigore della presente legge.

3. Agli oneri derivanti dall'applicazione del presente articolo quantificati in euro 400.000,00 per l'esercizio 2018 si fa fronte con le risorse allocate nella Missione 15 "Politiche per il lavoro e la formazione professionale", Programma 01 "Servizi per lo sviluppo del mercato del lavoro", Titolo 1 "Spese correnti", del bilancio di previsione 2018-2020.

Art. 66

Contributo straordinario al Convitto Statale per Sordi "A. Magarotto" di Padova.

1. La Giunta regionale è autorizzata a concedere un contributo straordinario di 40.000,00 euro per l'esercizio 2018 al Convitto Statale per Sordi "A. Magarotto" di Padova per interventi di ammodernamento e messa in sicurezza dei locali ospitanti le attività educative e ricreative dell'istituto.

2. Agli oneri derivanti dall'applicazione dal presente articolo, quantificati in euro 40.000,00 per l'esercizio 2018 si fa fronte con le risorse allocate alla Missione 12 "Diritti sociali, Politiche Sociali e Famiglia", Programma 07 "Programmazione e governo della rete dei servizi sociosanitari e sociali", Titolo 2 "Spese in conto capitale" del bilancio di previsione 2018-2020.

**L.R. 29.12.17, n. 46** - Legge di stabilità regionale 2018. (BUR n. 128 del 29.12.17)

**L.R. 29.12.17** - Bilancio di previsione 2018-2020.(BUR n. 128 del 29.12.17)

**BOLZANO**

**L.P.20.12.17, n. 22** - Disposizioni collegate alla legge di stabilità2018. (BUR n. 52 del 29.12.17)

Art. 1

*Modifiche della legge provinciale 17 dicembre 1998, n. 13, "Ordinamento*

*dell'edilizia abitativa agevolata*

1. Il comma 1-bis dell'articolo 22-bis della legge provinciale 17 dicembre 1998, n. 13, e successive modifiche, è così sostituito:

“1-bis. Nei limiti della disponibilità delle case albergo, alcuni miniappartamenti possono essere messi anche a disposizione di enti senza scopo di lucro che operano nell'ambito socio sanitario per le esigenze di persone che devono assistere pazienti per l'intera degenza ospedaliera, nonché dei pazienti stessi, limitatamente alla durata del ciclo di cura. I criteri per l'assegnazione di detti miniappartamenti sono stabiliti dalla Giunta provinciale.”

2. Dopo il comma 1-ter dell'articolo 78-ter della legge provinciale 17 dicembre 1998, n. 13, e successive modifiche, è inserito il seguente comma:

“1-quater. Le agevolazioni di cui al comma 1 sono stimate per l'anno 2018 in 5.000.000,00 di euro. Alla copertura degli oneri derivanti dal presente comma si provvede con il bilancio provinciale.”

3. Nel comma 2 dell'articolo 78-ter della legge provinciale 17 dicembre 1998, n. 13, e successive modifiche, le parole: “e 2017” sono sostituite dalle parole: “, 2017 e 2018”.

4. Alla copertura degli oneri derivanti dal presente articolo, quantificati in 5.000.000,00 di euro per l'anno 2018, si provvede con la legge di bilancio.

**L.P. 20.12.17, n. 24** - Bilancio di previsione della Provincia autonoma di Bolzano per gli esercizi 2018, 2019 e 2020. (BUR n. 52 del 29.12.17)

**TRENTO**

**L.P. 29.12.17, n.17** - Legge collegata alla manovra di bilancio provinciale 2018. (BUR n. 52 del 29.12.17)

**NB**

**SI FA RINVIO ALLA LETTURA INTEGRALE DEL TESTO**

**L.P. 29.12.17, n. 18** - Legge di stabilità provinciale 2018. (BUR n. 52 del 29.12.17)

**NB**

**SI FA RINVIO ALLA LETTURA INTEGRALE DEL TESTO**

**L.P. 29.12.17, n. 19** - Bilancio di previsione della Provincia autonoma di Trento per gli esercizi finanziari 2018 – 2020. (BUR n. 52 del 29.12.17)

**DIPENDENZE**

**LAZIO**

**DGR 19.12.17, n. 904** - Legge 28 dicembre 2015, n. 208, art. 1, comma 946. D.M. Sanita' 6.10.2016. Prevenzione, cura e riabilitazione del gioco d'azzardo patologico, approvazione del "Piano biennale regionale 2017-2018 gioco d'azzardo patologico" approvato dal Ministero della Salute. BUR n. 3 dell'11.1.18)

**Note****PREMESSA**

Il Decreto-legge n. 158/2012 (cosiddetto Decreto Balduzzi) convertito, con modificazioni, in legge 8 novembre 2012, n. 189 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del paese mediante un più alto livello di tutela della salute”, che, tra l'altro, riconosce il gioco d'azzardo patologico come una malattia e ne prevede l'inserimento nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);

Al fine del monitoraggio della dipendenza dal gioco d'azzardo e dell'efficacia delle azioni di cura e di prevenzione intraprese, l'Osservatorio nazionale, istituito ai sensi dell'articolo 7, comma 10, del

decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, è trasferito al Ministero della salute e con decreto interministeriale del Ministro della salute e del Ministro dell'economia e delle finanze, è rideterminata la composizione dell'Osservatorio, assicurando la presenza di esperti in materia, di rappresentanti delle regioni e degli enti locali, nonché delle associazioni operanti nel settore.

Il Decreto interministeriale del Ministro della salute e del Ministro dell'economia e delle finanze del 24 giugno 2015 che istituisce l'Osservatorio nazionale per il contrasto e la diffusione del gioco d'azzardo e la dipendenza grave e ne ridetermina la composizione e i compiti, tra i quali il monitoraggio dell'efficacia delle azioni di cura e di prevenzione intrapresi.

Con il Decreto del Direttore Generale della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute del 17 marzo 2016 sono stati nominati i componenti dell'Osservatorio nazionale per il contrasto e la diffusione del gioco d'azzardo e la dipendenza grave.

La Legge 28 dicembre 2015, n. 208, recante “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)”, all'articolo 1, comma 946, al fine di garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette dal gioco d'azzardo patologico (GAP) come definito dall'Organizzazione mondiale della sanità, ha disposto l'istituzione, presso il Ministero della Salute, di un Fondo per il gioco d'azzardo patologico (GAP)

Il Fondo è ripartito tra le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sulla base di criteri determinati con decreto del Ministro della Salute, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, ripartendo la quota di Euro 50.000.000,00 relativa all'anno 2016 per quota di accesso, in analogia al riparto del Fondo sanitario indistinto, e assegna alla Regione Lazio una quota del 9,63% pari a Euro 4.814.380.

All'articolo 2, comma 1, dispone che entro novanta giorni dalla data di emanazione del decreto, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano presentano al Ministero della Salute – Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria – uno specifico Piano biennale di Attività per il contrasto al gioco d'azzardo, che includa sia interventi di prevenzione che di cura e riabilitazione, con una particolare attenzione agli interventi di prevenzione, con il coinvolgimento degli Enti locali e del setting scolastico, familiare e lavorativo, in coerenza con l'impianto del Piano Nazionale della Prevenzione; da sottoporre alle valutazioni dello stesso Ministero e dell'Osservatorio nazionale sul gioco d'azzardo.

#### **LA DISPOSIZIONE**

Viene approvato il Piano regionale di contrasto al Gioco d'Azzardo allegato “A”, parte integrante e sostanziale del presente atto.

;

### **PIANO REGIONALE 2017-2018 GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO REGIONE LAZIO**

REFERENTI:

Dott.ssa Concetta Bevilacqua tbevilacqua@regione.lazio.it 06.5168.8373

Dott.ssa Maria Paola Pacelli mpacelli@regione.lazio.it 06.5168.8039

#### **INQUADRAMENTO GENERALE**

L'aumento dell'offerta di giochi d'azzardo ‘legali’, a cui si sta assistendo da alcuni anni in Italia, come in tutti i Paesi industrializzati, ha messo in luce, come queste pratiche risultino sempre più nocive, stimolando dipendenza e perdita di controllo di sé, in una percentuale sempre maggiore di individui fragili. La dimensione del problema sta quindi cambiando, passando da quello che in passato poteva dirsi un fenomeno limitato ad un gruppo ristretto, ad un fenomeno che coinvolge ampie fasce della popolazione.

Il Gioco d'azzardo patologico è diventato, dunque, un fenomeno di massa che interessa diversi settori e si sviluppa su diversi livelli, di evidente complessità. Pertanto risulta necessario, al fine di ottenere

risultati soddisfacenti, che le strategie di risposta, su base regionale, si indirizzino verso obiettivi specifici e diversificati, all'interno di un intervento complessivo, sistematico e coordinato.

L'inserimento del Gioco d'azzardo tra le patologie alle quali viene garantito il diritto alla cura previste nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), è il segnale di come le questioni sia del gioco d'azzardo problematico (che mette a rischio la salute del cittadino coinvolto), sia del gioco d'azzardo patologico (vera e propria forma di addiction) abbiano assunto una particolare rilevanza nella programmazione degli interventi di contrasto alle dipendenze nel nostro Paese.

Sulla materia è intervenuto il Ministero della Salute attraverso il decreto "Balduzzi", del 2012, che detta "disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute", nel quale, all'articolo 5 prevede appunto l'aggiornamento dei LEA per la prevenzione, cura e riabilitazione dei soggetti affetti da "ludopatia".

1 Intendiamo, in questo caso, l'accezione di salute proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, ovvero: «stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplice assenza di malattia»

I dati a disposizione sul fenomeno evidenziano la grande diffusione del gioco con posta in denaro effettuato sia attraverso tagliandi che con apparecchiature elettroniche di diversa natura. La crisi economica, sopravvenuta nel 2008, ha sicuramente fatto incrementare il ricorso al gioco come forma di ricerca di risorse economiche. La popolazione coinvolta appartiene ad ambedue i generi e a tutte le classi sociali e di età. Una porzione non residuale di essa si può indicare come vittima di una patologia specifica, la ludopatia.

L'aumento alla propensione al gioco d'azzardo di vaste fasce di popolazione che tentano la fortuna attraverso il gioco, sembra essere in modo particolare dipendente dalla crisi economica, che da anni colpisce l'Europa e l'Italia: il 50° Rapporto Censis, come anche il Rapporto Italia 2017 dell'Eurispes, indicano, infatti, come buona parte dei cittadini italiani versino in una condizione socioeconomica di forte disagio. Scrive Eurispes: "quasi la metà delle famiglie non riesce a far quadrare i conti e arrivare a fine mese e solo una famiglia su quattro risparmia (...). Il 48,3% delle famiglie non riesce ad arrivare alla fine del mese e il 44,9% per arrivarvi sono costrette a utilizzare i propri risparmi(...)

Le rate del mutuo per la casa sono un problema nel 28,5% dei casi, mentre per il 42,1% di chi è in affitto lo è pagare il canone." In questo quadro molti cittadini, in particolare i meno garantiti e i più fragili, vedono nell'alea una possibile risposta per migliorare la loro condizione, convinti da una pubblicità altamente pervasiva, veicolata attraverso la testimonianza di star dello spettacolo e dello sport. L'uso della pubblicità, infatti, ha contribuito ad alimentare il fenomeno coinvolgendo fasce di rischio di dipendenza e aumentando quindi i costi sanitari, sociali, relazionali e legali del gioco d'azzardo. Una recente indagine demoscopica pubblicata nella Relazione Annuale al Parlamento 2016 a cura del Dipartimento politiche antidroga, mostra come vi sia consapevolezza nei cittadini intervistati del legame tra consumo di gioco d'azzardo, difficoltà economiche (35,2%) e con il disagio sociale (31,9%).

Nel panorama nazionale, il Lazio ha una posizione di rilievo per quanto attiene al consumo di gioco d'azzardo e alla presenza di installazioni ad esso deputate: è al primo posto come diffusione delle sale bingo, insieme alla Campania e alla Sicilia e si posiziona al terzo posto come diffusione degli apparecchi di intrattenimento (newslot e VLT) dopo Lombardia e Campania. Il volume di gioco in milioni di euro nel Lazio, appare stabile dal 2013 al 2015 attestando la nostra regione al secondo posto, dopo la Lombardia, sia per raccolta che per spesa del giocatore (Agenzia delle dogane e dei monopoli – Organizzazione, attività e statistica anno 2015).

Le cinque province del Lazio hanno andamenti diversi per quanto attiene il consumo di gioco da parte dei cittadini: mentre le province di Viterbo e Rieti, sembrano essere maggiormente sobrie rispetto a tali consumi, la provincia di Roma e le province di Frosinone e Latina, appaiono più coinvolte nella problematica. La pubblicazione curata da Maurizio Fiasco per la Camera di Commercio di Roma nel 2014 "L'impatto del gioco d'azzardo sulla domanda di beni e servizi e sulla

sicurezza urbana” indica la presenza di 24.931 slot machine nella sola provincia di Roma, ovvero più di 6 macchinette ogni 1000 abitanti: tale rapporto sale a 7,7 slot per 1000 abitanti in provincia di Latina e a quasi 10 nella provincia di Frosinone.

Il consumo pro-capite vede in testa Latina seguita da Frosinone, dalla Capitale, da Rieti e Viterbo. Anche i giovani cittadini del Lazio sono coinvolti nel consumo di gioco d’azzardo: nelle relazione al Parlamento degli ultimi anni del Dipartimento Politiche Antidroga, si stima in circa l’8% la quota di studenti con un approccio problematico, o addirittura patologico, al gioco d’azzardo in Italia e il Lazio, insieme alle altre regioni centrali, presenta valori che vanno dal 6,6 all’8,5%. E’ significativo che quasi la metà di costoro (44%), sono giovani ragazze. 2

A fronte di questo fenomeno complesso, una politica pubblica che voglia contrastare l’insorgere di patologie legate al gioco, deve necessariamente attivare una pluralità di livelli di interventi di comunicazione sociale e di prevenzione, con tutti gli enti presenti nel territorio: la scuola, il mondo dell’associazionismo e del volontariato, la cooperazione. 2

Indagine sul gioco d’azzardo tra gli studenti italiani, a cura di Istituto di Fisiologia clinica (IFC), Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR)

Per il raggiungimento degli obiettivi generali e specifici previsti dal Piano, la regione promuove la massima partecipazione dei soggetti privati con procedure di co-progettazione realizzando un modello comunitario di intervento al fine di valorizzare le peculiarità degli attori coinvolti, ovvero quelle dei servizi pubblici, del terzo settore, del volontariato, riducendo frammentazioni operative e incrementando le cooperazioni inter-organizzative dei sistemi di welfare locale. Solo attraverso lo strumento della co-progettazione è possibile allargare la governance delle politiche sociali locali, rafforzare il senso di appartenenza nella condivisione dei programmi e dei progetti di politica pubblica promossi. Si tratta quindi di una modalità con cui si vuole migliorare l’efficienza e l’efficacia delle azioni in campo del welfare comunitario, e raggiungere tutte le persone coinvolte nel gioco patologico.

È questo l’approccio scelto dal Ministero della Salute che, a partire dal 2016, ha istituito un fondo per le Regioni di 50 milioni di euro per il contrasto al Gap ed è questo l’approccio scelto dalla Regione Lazio attraverso la legge 5 del 2013 e l’erogazione di contributi volti al contrasto del fenomeno.

#### OBIETTIVI E FINALITÀ

Il Gioco d’azzardo problematico coinvolge diverse dimensioni: psicologica, familiare, lavorativa, sociale, finanziaria.

Pertanto, qualsiasi piano di intervento a livello regionale, deve prevedere attività su diversi livelli che vanno dall’individuo ai suoi contesti di vita fino ai sistemi più ampiamente sociali ed economici: bisogna dunque agire su molteplici fattori che sappiamo interagire in maniera complessa, con effetti che si combinano in modo diversa a seconda della persona, della comunità, del territorio in cui si intende lavorare. Inoltre, nella programmazione delle attività e prima ancora degli obiettivi, occorre non cadere in semplificazioni che riducono gli ambiti dell’osservazione, della ricerca, e dell’offerta di servizi alla sola patologia. Occorre non solo approntare possibili risposte ai bisogni del giocatore e delle famiglie, sostenendo tali soggetti rispetto ad un possibile percorso di emancipazione dal gioco d’azzardo, ma anche mettere in campo interventi in grado di rendere il corpo sociale più consapevole dei rischi e maggiormente resistente rispetto alla straordinaria e pervasiva offerta di gioco proposta dai concessionari, coinvolgendo le istituzioni locali, le agenzie formative, l’associazionismo e tutti gli attori collettivi in grado di contrastare il diffondersi del fenomeno.

Obiettivo del presente Piano è quello di aumentare la conoscenza in merito alle tipologie di giocatori e di approntare servizi e progetti in grado di accogliere le richieste di aiuto dei singoli e delle loro famiglie; contestualmente, si ritiene necessario aumentare la resilienza sociale rispetto al gioco d’azzardo patologico, le cui installazioni hanno modificato notevolmente il profilo, lo skyline, delle città, in particolare di alcuni quartieri, riconvertendo aree urbane caratterizzate da insediamenti di attività artigianali e produttive, a favore di edifici destinati a ospitare il gioco d’azzardo, luoghi che spesso impoveriscono l’opportunità di avere altre offerte di gioco non finalizzato all’azzardo (dal

flipper, biliardo, biliardino e giochi di carte, attività sociali del secolo scorso, alla slot machine di oggi).

Attraverso la legge 5/2013 La Regione Lazio, ha intrapreso con decisione l'attivazione di programmi di comunicazione pubblica e di prevenzione, animando il dibattito pubblico in merito del gioco d'azzardo attraverso interventi in ogni distretto-sociosanitario. Tale obiettivo rimane centrale nel presente Piano, ma viene declinato in modo particolare verso le nuove generazioni:

attraverso percorsi di informazione e prevenzione, di animazione del territorio, coinvolgendo i cittadini, le scuole, i centri di aggregazione, le associazioni di volontariato, sindacali e di categoria, le comunità di cittadini immigrati, i luoghi di culto.

Un Piano di contrasto al GAP non può poi prescindere dall'articolazione di percorsi di formazione per operatori del settore socio-sanitario per la presa in carico e la cura (Ser.D e servizi del terzo settore), sia per operatori del settore commerciale (operatori di sale giochi, bar, sale scommesse, ecc.). Quest'ultimi, infatti, possono rivestire un ruolo fondamentale nell'intercettare comportamenti a rischio e per una comunicazione precoce delle situazioni di disagio conclamato.

Dunque gli obiettivi del Piano devono prevedere un'integrazione tra l'ambito preventivo, con specifiche azioni sul territorio, e l'ambito della presa in carico e trattamentale, con azioni di cura sempre maggiormente diversificate, adeguate alle necessità di ciascun cittadino coinvolto nella patologia.

Nello specifico, e in sintesi, di seguito gli obiettivi per il contrasto al GAP della Regione Lazio per gli anni 2017-2018:

#### OBIETTIVO GENERALE 1

: Prevenzione Tale obiettivo si suddivide in 6 obiettivi specifici.

#### OBIETTIVO GENERALE 2:

Cura e Riabilitazione Tale obiettivo si suddivide in 4 obiettivi specifici.

#### OBIETTIVO GENERALE 3:

Rafforzamento del Sistema Tale obiettivo si suddivide in 7 obiettivi specifici.

#### STRATEGIA

La Regione Lazio, nel rispetto delle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e di quelle della Commissione Europea ed in armonia con i principi costituzionali in merito alla tutela della salute, ha varato la Legge Regionale n° 5/2013, "Disposizioni per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico (GAP)": definisce dunque delle regole regionali in materia di gioco d'azzardo.

La legge regionale n 5/2013, al fine di monitorare il fenomeno in tutte le sue componenti (culturali, legali, di pubblica sicurezza, commerciali, sanitarie ed epidemiologiche, sociali e socio-economiche) si è posta il compito di: - l'articolo 4 non ammette l'apertura di sale gioco vicino a istituti scolastici, centri anziani, centri giovanili, luoghi di culto... - l'articolo 5 istituisce il marchio regionale "Slot free R.L." teso a valorizzare gli esercizi commerciali che non hanno al loro interno apparecchiature per il gioco d'azzardo; - l'articolo 6 vara un Osservatorio Regionale sul Gioco d'Azzardo al fine di monitorare il fenomeno in tutte le sue componenti (culturali, legali, di pubblica sicurezza, commerciali, sanitarie ed epidemiologiche, sociali e socio-economiche) e con il compito di formulare strategie, linee di intervento, campagne informative e di verificare l'impatto di tali politiche redigendo un rapporto annuale; - l'articolo 7 vieta qualsiasi forma di pubblicità rispetto all'apertura o all'esercizio di sale gioco con posta in denaro - l'articolo 8 obbliga i gestori delle sale slot a predisporre materiale informativo in merito ai rischi legati al gioco d'azzardo - l'articolo 9 invita i comuni, le Regioni, le ASL a promuovere iniziative di formazione per gli operatori delle sale gioco per la prevenzione e il riconoscimento di situazioni di rischio - l'articolo 10 istituisce il piano integrato socio-sanitario per il contrasto, la prevenzione e la riduzione del rischio dalla dipendenza GAP; in particolare tale piano dovrà prevedere ad esempio interventi di prevenzione, cura e trattamento del rischio dalla dipendenza da GAP, interventi di formazione per operatori pubblici e

del terzo settore, l'attivazione di un numero verde regionale in grado di fornire un primo servizio di ascolto, assistenza e consulenza.

#### SERVIZI E INTERVENTI ATTIVATI

Nell'ambito dell'applicazione della legge regionale n° 5/2013 sono stati previsti interventi, iniziative e campagne di sensibilizzazione, educazione ed informazione sui rischi del gioco d'azzardo patologico, tra le azioni realizzate si possono sicuramente menzionare:

x Promozione di una "Campagna di comunicazione per il contrasto alla dipendenza da gioco d'azzardo compulsivo e altre forme di dipendenza". L'attività di sensibilizzazione ha previsto la realizzazione e la gestione di una campagna pubblicitaria contro le varie forme di dipendenza da sostanze e da comportamenti rivolta a tutti i cittadini del Lazio. La Campagna è realizzata su più mezzi di comunicazione, in particolare su: stampa quotidiana, affissioni, (stradali e/o metropolitana e/o stazioni ferroviarie, etc.) radio, materiale divulgativo cartaceo.

x Sono stati attivati sportelli (uno per ogni distretto socio-sanitario della Regione, compresi i Municipi di Roma Capitale) aventi il compito specifico di offrire punti di primo ascolto e di informazione sulla natura della dipendenza da gioco, orientando i giocatori e i loro familiari, ai percorsi di trattamento disponibili presso i servizi sociosanitari del territorio.

Gli sportelli hanno, inoltre, il compito di diffondere materiali di prevenzione sul gioco patologico, alla popolazione generale (scuole, insegnanti, famiglie/genitori, centri anziani) e svolgere animazione, sensibilizzazione e informazione territoriale, e di accogliere eventuali giocatori d'azzardo patologici e i loro familiari per orientarli ai servizi socio-sanitari sul territorio.

x Agli operatori degli sportelli è stata indirizzata una specifica attività di formazione che ha visto il coinvolgimento anche di altri soggetti impegnati nella gestione della policy regionale sul GAP. Inoltre per rendere maggiormente omogeneo e coordinato il lavoro degli operatori degli sportelli, è stato predisposto un Vademecum: "Il Gioco d'Azzardo: problematiche e approfondimenti".

x Costituzione di un Sito dedicato "Lazioingiochi", che presenta la mappatura dei servizi territoriali pubblici, del privato sociale e del volontariato impegnati nella presa in carico ed il trattamento delle persone affette da gioco d'azzardo patologico.

x Numero Verde - al fine di conseguire gli obiettivi programmatici previsti, per l'attuazione della legge regionale n. 5/2013, la Regione Lazio ha provveduto all'attivazione di un centro di ascolto regionale, tramite l'istituzione di un numero verde (help line): che fornisce un servizio di ascolto, assistenza consulenza e orientamento ai servizi sul territorio, con compiti di raccordo e coordinamento con gli sportelli distrettuali e a cui giocatori e familiari possono accedere al fine di ricevere informazioni da parte di operatori formati nel settore, grazie al lavoro di formazione svolto su ciascuna provincia.

x La Legge Regionale n. 5 del 5 agosto 2013, al comma 1 dell'art. 6, istituisce l'Osservatorio regionale sul fenomeno del gioco d'azzardo, al fine di monitorare gli effetti in tutte le sue componenti: culturali, legali, di pubblica sicurezza, commerciali, sanitarie ed epidemiologiche, sociali e socio-economiche, analizzando, altresì, i dati e le dinamiche legate al fenomeno del GAP. L'osservatorio rappresenta uno strumento strategico di aiuto per meglio coordinare e integrare gli interventi su tutto il territorio regionale e indirizzare in maniera sostenibile le varie progettualità che possono essere messe in campo da varie e differenti organizzazioni operanti nel settore ed aventi diversi livelli di competenza e responsabilità (dai rappresentanti dei Comuni, organizzazioni del privato sociale accreditato, centri anziani, esponenti delle associazioni rappresentative delle famiglie e dei giovani, del mondo della scuola e della ricerca). Gli obiettivi saranno quelli di studio e monitoraggio del fenomeno in ambito regionale, predisposizione e formulazione di strategie, linee di intervento, campagne informative e di sensibilizzazione di buone prassi e conseguenti protocolli applicativi destinati alle strutture pubbliche e private coinvolte, nonché la verifica dell'impatto delle politiche e la redazione di un rapporto annuale.

#### TARGET

Alla luce di quanto esposto, possiamo considerare il Piano regionale uno strumento educativo e culturale che, raggiungendo tutti i cittadini della regione Lazio e non solo i giocatori problematici,

aumenti la consapevolezza delle patologie legate al gioco. E' evidente che occorre fare una distinzione fra i tra destinatari diretti e quelli indiretti.

Tra i primi troviamo le persone con una problematica conclamata di gioco d'azzardo e le loro famiglie; a questi, aggiungiamo quei soggetti più vulnerabili (giovani e anziani) o con sensibilità specifiche (persone dipendenti da sostanze o con fragilità psichiche). Ad essi riserviamo tutti quegli interventi che vanno dalla consulenza alla presa in carico.

I destinatari indiretti vanno individuati certamente tra coloro che intercettano il target diretto, quali ad esempio operatori socio - sanitari, del terzo settore, dell'associazionismo, esercenti attività dove si gioca, associazioni di categoria, concessionari, scuole, a cui riserviamo interventi di tipo formativo, ma anche tra i cittadini in generale come bersaglio di interventi di prevenzione - informazione.

#### AZIONI

Le azioni che rappresentano contenuto del Piano sono state suddivise in due categorie, a seconda che si tratti di azioni di carattere regionale la cui gestione operativa rimane in capo alla Regione, o di azioni di carattere territoriale la cui attuazione prevede l'impegno diretto con i soggetti istituzionali anche in accordo con soggetti del terzo settore presenti sul territorio regionale.

Il raggiungimento delle azioni che saranno messe in campo, si basano sui principi contenuti negli obiettivi generali enunciati in maniera sintetica nella sezione introduttiva e qui esplicitati in modo più dettagliato:

#### AZIONI DI CARATTERE REGIONALE

La Regione attraverso la funzione dell'Osservatorio regionale sul fenomeno del Gioco d'azzardo realizzerà azioni di carattere locale che rivestono un specifica priorità, in modo uniforme per tutto il territorio: x Studi e/o ricerche a livello regionale, sul fenomeno del giogo d'azzardo patologico, con particolare attenzione al fenomeno del 'Remote Gambling' che rappresenta la forma di gioco d'azzardo più recente e più diffusa, proprio per la sua facilità di accesso, poiché si realizza su mezzi come internet, telefonia mobile, tv digitale e/o interattiva; la cui entità è fuori controllo e difficilmente monitorabile.

E ancora, studi rivolti alla 'Comorbidità' con altri disordini: psichiatrici/comportamentali (depressione, ansia, disturbo da deficit di attenzione/iperattività etc.), dipendenza da alcol e/o da altre sostanze psicotrope legali e illegali.

L'attivazione di ricerche sul fenomeno del gioco d'azzardo permetterà di sopperire alla carenza di dati epidemiologici nazionali validi per un corretto dimensionamento del fenomeno attraverso una lettura su base nazionale e regionale.

x Prevenzione universale rivolta alla popolazione generale, mediante iniziative e campagne di sensibilizzazione, di educazione ed informazione, al fine di scongiurare il rischio di sviluppare dipendenza patologica verso il gioco d'azzardo. Esistono segmenti di popolazione più vulnerabili, per esempio gli adolescenti, in particolare nella fascia di età compresa tra i 15 e i 25 anni, verso i quali avviare azioni di prevenzione attraverso il coinvolgimento delle istituzioni scolastiche. In particolare, per i giovani si intendono promuovere esperienze di prevenzione nell'ambito della peer education e delle life skills che accrescano nei ragazzi delle scuole superiori, abilità in grado di affrontare con strategie efficaci i problemi della vita quotidiana.

x Prevenzione selettiva e sensibilizzazione sui rischi del gioco d'azzardo rivolto alla popolazione individuata come target privilegiato perché maggiormente a rischio di sviluppare dipendenza patologica: anziani, pensionati, casalinghe e giovani.

x Prevenzione indicata rivolta a quelle persone che mostrano identificabili segni di disturbo patologico e mira alla cura e alla riabilitazione.

x Predisposizione di Linee guida di indirizzo per l'approvazione dei regolamenti comunali per le sale da gioco e l'installazione di apparecchi da gioco che normino le agevolazioni tributarie e sgravi fiscali per gli esercizi che rimuovano o non installino slot machine o videolottery. Regolamentazione rigida, sulle distanze minime da mantenere, non considerando solo bar e tabacchi, ma guardando tutta la distribuzione territoriale che deve diventare controllata ed equilibrata.

x Predisposizione del marchio “slot free-rl” che verrà rilasciato dalla Regione Lazio ai gestori di esercizi commerciali, di circoli privati e di altri luoghi deputati all'intrattenimento, che non hanno installato nel proprio esercizio le apparecchiature per il gioco d'azzardo.

x Realizzazione di un portale on line “Osservatorio on line permanente”, così come previsto dalla legge regionale n. 5/2013, che svolgerà anche funzione di Sistema Informativo, finalizzato ad una rilevazione sistematica e completa per la raccolta dei dati sui Servizi sociosanitari presenti sul territorio regionale per la prevenzione, la cura ed il trattamento delle patologie da gioco d'azzardo.

Saranno così raccolti anche gli interventi effettuati dai servizi specialistici pubblici e del privato sociale per meglio definire, il fabbisogno dei servizi. Sarà predisposta, inoltre, una mappatura completa ed aggiornata delle sale da gioco, tabacchi, sale bingo, finalizzata a monitorare la localizzazione degli stessi e verificare la distanza dai luoghi cosiddetti “sensibili”.

Il portale dovrà consentire la maggiore interattività possibile all'utente, fornendo informazioni utili con specifici approfondimenti tematici, oltre ad avere un blog, news, newsletter o comunque contenuti che consentiranno alla community di intervenire attivamente.

#### AZIONI DI CARATTERE TERRITORIALE

Le azioni che verranno svolte sul territorio regionale si possono così descrivere:

x Potenziamento e ampliamento degli interventi resi dai servizi delle amministrazioni sanitarie locali (ASL), in particolare dai SerD. Le ASL potranno avvalersi, anche mediante convenzione, della collaborazione di enti ed associazioni pubbliche o del privato sociale.

x Implementazione della rete degli sportelli distrettuali, quali punti di ascolto per l'informazione, sensibilizzazione e orientamento verso percorsi di sostegno e trattamento in servizi disponibili territorialmente. Con l'implementazione della rete, si va a rafforzare la sinergia dei servizi a livello territoriale effettuando prevenzione di I e II livello. x Gli sportelli avranno il compito di rafforzare l'animazione socio culturale territoriale sul tema del gioco d'azzardo attraverso azioni quali: produzione di materiale informativo, interventi nelle scuole, partecipazione ad iniziative territoriali con info-point e organizzazione di dibattiti pubblici.

x Attività di monitoraggio degli interventi degli sportelli distrettuali, finalizzato alla valutazione quali/quantitativa per la verifica dell'efficacia e per l'individuazione di azioni maggiormente efficaci per la valutazione e programmazione locale.

x Istituzione di un Servizio regionale per il contrasto al sovraindebitamento e all'usura legati al gioco d'azzardo” per fornire assistenza e consulenza legale, psicologica e finanziaria alle vittime dell'usura e dei loro familiari in condizioni di sovraindebitamento. La gestione del Servizio sarà affidata ad uno degli Enti già accreditati dalla Regione Lazio e disponibile nell'elenco predisposto dall' Area Politiche per la Sicurezza Integrata e Lotta all'Usura regionale. Tale Servizio sarà impegnato in iniziative volte a diffondere una cultura della legalità e dell'uso responsabile del denaro per prevenire e contrastare il fenomeno dell'usura ed arginare il costante aumento del tasso di indebitamento dovuto al gioco d'azzardo patologico.

x Iniziative di formazione e sensibilizzazione del personale operante nelle sale da gioco, per favorire una responsabilità sociale “diffusa” verso i giocatori più fragili e sui rischi della dipendenza da gioco d'azzardo. In particolare attraverso il riconoscimento delle situazioni di rischio, lo stesso personale formato, potrà somministrare tests di verifica che permettano una concreta valutazione del rischio di dipendenza.

x Attività di formazione ed aggiornamento degli operatori dei servizi sociosanitari: offrire agli operatori strumenti e strategie per conoscere meglio il fenomeno ed intervenire in maniera efficace sui possibili percorsi di cura, evidenziando precocemente il problema ed orientando il cittadino ed i suoi familiari verso la rete di cura e sostegno. I percorsi formativi saranno rivolti al personale dei servizi pubblici e del privato sociale che a vario titolo si occupano di gioco d'azzardo, e saranno svolti secondo programmi modulati per le diverse figure professionali.

x Costruzione di un modello d'intervento integrato al fine di superare l'accostamento di interventi diversi, e diversi approcci operativi per consolidare forme di integrazione, allo scopo di evitare sia il rischio di sovrapposizioni e duplicazioni, sia quello di lasciare senza risposta rilevanti aree di bisogno.

È necessario, quindi, definire percorsi di analisi e lettura congiunta del fenomeno, programmare in maniera condivisa, unificare i modelli operativi e gestionali, e i percorsi di monitoraggio e valutazione, in maniera strutturata e permanente. Nel territorio regionale opera una rete di servizi qualificati e propulsivi sul problema del gioco d'azzardo patologico ma si registra frammentazione delle azioni e disomogeneità nei modelli di intervento per la prevenzione, la cura e la riabilitazione. L'accrescimento delle competenze, il confronto sulle nuove metodologie di intervento e buone prassi già sperimentate, porteranno alla costruzione di un protocollo, un modello che garantisca un intervento integrato, condiviso e scientificamente validato.

x Accreditamento di una o più strutture residenziali o semiresidenziali a gestione pubblica o del privata, sulla base del valutazione del fabbisogno. Tali strutture saranno dedicate a persone affette da gioco d'azzardo patologico residenti nella regione, oggi costrette a chiedere accoglienza in strutture presenti in altre regioni. Sarà un progetto sperimentale per il trattamento di cura e riabilitazione dei casi più gravi che necessitano di un intervento intensivo, lontani dal proprio ambiente di vita. Accoglierà un basso numero di pazienti, 6 alla volta ed i ricoveri saranno brevi, da un minimo di 2 settimane a un massimo di 3 mesi.

x Implementazione del numero verde regionale attraverso la formazione permanente del personale addetto alle chiamate, che nell'esercizio delle sue funzioni fornirà report periodici al fine di monitorare i dati di accesso al numero verde.

#### VALUTAZIONE E MONITORAGGIO DEL PIANO

L'organo preposto alla valutazione ed al monitoraggio del Piano, sarà l'Osservatorio regionale sul fenomeno del Gioco d'azzardo. Pertanto obiettivo e programma fondamentale per l'Osservatorio sarà quello di verificare e valutare annualmente lo stato di realizzazione delle azioni attivate dalla programmazione locale in termini di risultati raggiunti in risposta alle priorità e alle politiche individuate.

La valutazione dell'efficacia del Piano regionale per la prevenzione, cura e riabilitazione sarà attuata attraverso l'osservazione e l'analisi periodica degli indicatori declinati per ciascuna delle azioni programmate. Le azioni messe in campo hanno finalità diverse e poco omogenee per tipologia, gli indicatori identificati per il monitoraggio, sono molto differenziati e per questo motivo poco si prestano a raggruppamenti e classificazioni che semplificano l'analisi. Per questo motivo è stato necessario diversificare l'approccio e la metodologia da utilizzare. A titolo esplicativo: Indicatori numerici, rigorosamente raccolti, permetteranno ad esempio di valutare la performance della campagna di comunicazione, rivolta a tutta la popolazione, per la sensibilizzazione e l'informazione sui rischi del gioco d'azzardo. A questo scopo verrà infatti rilevato il n. degli eventi organizzati, il n. e la tipologia dei supporti informativi, il n. dei network utilizzati, il n. dei partecipanti, n. degli accessi alle pagine web nel periodo prescelto etc. L'analisi degli indicatori permetterà di verificare la correttezza della strategia comunicativa adottata.

L'individuazione degli indicatori di esito, invece ci forniranno elementi atti a capire, se le azioni finalizzate a potenziare la presa in carico degli utenti affetti da ludopatia siano state efficaci perché si osserverà, in questo caso, un incremento del numero di accessi ai servizi dedicati. La valutazione degli indicatori di processo permetteranno infine, di stimare se l'azione e lo strumento utilizzato sia stato appropriato.

Presso gli Istituti scolastici superiori, verranno, ad esempio, proposte ai giovani attività informative/educative, i cui indicatori, permetteranno di rilevare atteggiamenti più o meno responsabili dei rischi legati al gioco d'azzardo, consentendo loro un avvicinamento al gioco con maggiore consapevolezza.

La valutazione permetterà in ogni caso di misurare la relazione positiva ottenuta con l'azione messa in campo e permetterà di intercettare eventuali inapproprietezze e discostamenti dagli esiti previsti in fase di programmazione e porre in essere azioni correttive.

**Determinazione 28 dicembre 2017, n. G18786** Promozione stili di vita salutari (WHP). Approvazione Documento di politica aziendale per il contrasto al consumo di alcol e Documento di politica aziendale per la promozione della salute alimentare.

#### Note

Viene adottato il Documento di politica aziendale per il contrasto al consumo di alcol, allegato alla presente quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento e con esso gli obiettivi, le azioni, le modalità di applicazione, i controlli ed i provvedimenti in esso previsti

### DOCUMENTO DI POLITICA AZIENDALE PER IL CONTRASTO AL CONSUMO DI ALCOL

#### 1.0 – Premessa

La presenza di alcol nel sangue può determinare minore attenzione ed accuratezza nello svolgimento delle proprie funzioni e conseguenti comportamenti a rischio per lo stesso lavoratore e terze persone. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2004) ha stimato attribuibile all'alcol il 4% del carico di malattia complessivo e tra il 10 e il 30% della quota di infortuni sul lavoro, ed in particolare di quelli gravi. Ridurre i rischi legati all'assunzione di alcolici da parte dei lavoratori, ai fini della loro salute, della sicurezza sul lavoro e della sicurezza di terzi, rappresenta un obiettivo decisivo per le aziende nelle quali si svolgono attività lavorative ad elevato rischio. Le strategie di prevenzione dell'OMS sull'alcol (2010) raccomandano di promuovere politiche per i luoghi di lavoro basate sull'educazione, la prevenzione, l'identificazione precoce dell'abuso di alcol e il trattamento da integrarsi nei programmi di sorveglianza sanitaria.

Nel Lazio, si stima che il 51% delle persone dai 18 ai 69 anni consumino alcol anche occasionalmente e che il 14% siano consumatori di alcol a rischio. Il consumo di alcol a rischio è più diffuso:

- tra gli uomini  nella classe d'età 18-24 anni (36%)
- nelle persone con un livello di istruzione medio-alto
- nelle persone senza difficoltà economiche. (Sistema Sorveglianza Passi 2012- 2015)

L'alcol risulta essere la principale causa di cirrosi epatica nonché di 60 malattie e condizioni patologiche incluso il cancro. In Europa l'alcol causa 195.000 morti l'anno ed è inoltre la terza causa di mortalità prematura dopo l'ipertensione e il fumo di tabacco. In Italia almeno 30.000 persone ogni anno muoiono a causa dell'alcol per malattie, suicidi, omicidi, incidenti stradali, domestici e infortuni in ambito lavorativo. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che i costi annuali, sociali e sanitari, sostenuti a causa di problemi collegati all'alcol siano pari al 2-5% del Prodotto Interno Lordo (PIL). Fanno parte di questi costi quelli sostenuti dalle famiglie per il licenziamento o declassamento in mansioni lavorative meno qualificate o di minor responsabilità.

Il consumo di alcol costituisce un rischio aggiuntivo nei luoghi di lavoro, legato alle abitudini dei lavoratori, ed è causa di infortuni e malattie professionali. Per valutarlo e prevenirlo non è sufficiente utilizzare criteri e metodi precisamente stabiliti, così come avviene per i rischi lavorativi tradizionalmente intesi nell'ambito della medicina del lavoro, ma è indispensabile lavorare anche sugli stili di vita dei lavoratori e sulla cultura dell'organizzazione, attraverso azioni comuni e condivise con i vari attori che la vivono, che vadano oltre la valutazione e prevedano azioni di promozione della salute.

La promozione della salute nei luoghi di lavoro si attua attraverso la corretta applicazione delle normative, la qualità degli ambienti, l'organizzazione del lavoro, la gratificazione professionale e l'adozione di stili di vita sani. Il consumo di bevande alcoliche è uno dei fattori che influenzano lo stato di salute e di benessere durante il lavoro. I rischi legati alle abitudini al bere e le possibili conseguenze che ne derivano, possono coinvolgere, oltre a chi consuma alcol, i colleghi di lavoro, la famiglia o altre persone. La politica dell'Amministrazione Regionale del Lazio in materia di alcol e di problemi alcol correlati, si articola in azioni concrete volte da un lato, a favorire comportamenti sani e corretti per la promozione della salute, dall'altro, ad incrementare la consapevolezza e il senso di responsabilità di tutti i lavoratori, in osservanza delle normative vigenti, per la tutela della sicurezza

personale e di quella di terzi. Le aziende hanno precisi obblighi di legge in materia di contrasto all'abuso di alcol:

Legge n. 125 del 30 marzo 2001 la legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati; l'art.15 (disposizioni per la sicurezza sul lavoro) stabilisce il divieto di assunzione e somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche nelle attività lavorative ad elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute di terzi; per garantire il rispetto di tale divieto sono previsti controlli alcolimetrici.

Provvedimento 16 marzo 2006 della Conferenza Stato-Regioni individua le attività lavorative ad elevato rischio alle quali si applica il divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche.

Decreto Legislativo n. 81/2008 (Tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro) stabilisce che, nelle attività individuate a rischio, le visite mediche effettuate dal medico competente aziendale sono altresì finalizzate alla verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza (art. 41 comma 4). Il nuovo codice della strada (Legge n. 120/2010) stabilisce che il tasso alcolemico deve essere zero per i conducenti professionali o di autoveicoli con patente C, D ed E oltre che per i giovani con meno di 21 anni e per chi ha preso la patente da non più di 3 anni.

Il presente documento riporta la politica dell'Amministrazione regionale del Lazio in materia di somministrazione e assunzione di bevande alcoliche, come strumento per l'incremento della consapevolezza e la responsabilizzazione di tutti i lavoratori, in merito al rispetto delle normative vigenti, al fine di promuovere comportamenti corretti per la promozione della salute e per la tutela della sicurezza loro e di quella di terzi.

## 2.0 – Oggetto

Prevenzione alcolemica aziendale a tutela della salute, della sicurezza sul lavoro dei lavoratori e della sicurezza di terzi.

## 3.0 – Destinatari

Tutti i lavoratori della Giunta Regionale del Lazio

## 4.0 – Obiettivi

- a) Diffusione della politica in tema di contrasto al consumo di alcol a tutti i lavoratori.
- b) Campagne informative relativamente ai rischi che occorrono dall'utilizzo di alcol.
- c) Attuazione delle disposizioni organizzative relativamente alla somministrazione e assunzione di bevande alcoliche nonché rispetto delle normative vigenti, in materia di contrasto all'abuso di alcol, al fine di promuovere comportamenti corretti per la promozione della salute e per la tutela della sicurezza loro e di quella di terzi.
- d) Attività di counselling motivazionale per tutti i lavoratori con problemi legati all'abuso di alcol. e) Incontri formativi e divulgativi, tenuti da medici e o psicologi.

## 5.0 – Azioni

- a) Aderire al progetto "Promozione di stili di vita salutari nei luoghi di lavoro" (WHP)
- b) Condividere il documento di politica aziendale per il contrasto al consumo di alcol con le rappresentanze dei lavoratori per la sicurezza
- c) Promuovere comportamenti salutari mediante azioni di sensibilizzazione finalizzate ad aumentare la consapevolezza che l'abuso di alcol da parte dei lavoratori può arrecare conseguenze negative per la salute e la sicurezza degli stessi e per la sicurezza dei propri colleghi.
- d) Effettuare tramite il medico competente, un counselling per tutti i lavoratori con problemi legati all'abuso di alcol.

- e) Adottare il divieto di assunzione, distribuzione e vendita di alcool durante o al di fuori dall'orario di lavoro qualora gli effetti persistano anche durante la prestazione lavorativa (es. pausa pranzo).
- f) Valutare se tra i lavoratori della Giunta Regionale del Lazio vi siano lavoratori addetti a mansioni inserite nell'allegato 1 dell'Intesa Stato – Regioni del 16 marzo 2006.
- g) Integrare il documento di Valutazione dei Rischi con le procedure di applicazione della specifica normativa e le azioni preventive, promozionali ed educative, con riferimento ai rischi connessi all'assunzione di alcol per i lavoratori della Giunta Regionale del Lazio addetti a mansioni inserite nell'allegato 1 dell'Intesa Stato – Regioni del 16 marzo 2006.
- h) Informare e formare i lavoratori, i dirigenti ed i preposti rendendoli responsabili e consapevoli delle proprie azioni in funzione della sicurezza sul lavoro, con particolare riferimento al rischio legato all'assunzione di alcolici.
- i) Informare i lavoratori, addetti a mansioni inserite nell'allegato 1 dell'Intesa Stato-Regioni del 16 marzo 2006, sul divieto di assunzione di alcolici e sulle conseguenze del non rispetto di tale divieto;
- j) Adottare una circolare esplicativa sulle modalità e sulle procedure di controllo per tutte le categorie, ricomprese nell'allegato 1 del Provvedimento 16 marzo 2006, individuate dalla Amministrazione Regionale del Lazio.

#### 6.0 - Modalità di applicazione

- a) Individuazione dei referenti per l'attuazione del progetto "Promozione di stili di vita salutari nei luoghi di lavoro" (WHP)
- b) Organizzazione di un incontro con i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza per condividere il documento di politica aziendale per il contrasto al consumo di alcol.
- c) Pubblicazione sulla Intranet aziendale del documento di politica aziendale per il contrasto al consumo di alcol.
- d) Pubblicazione sulla Intranet aziendale di un opuscolo informativo sulla prevenzione del consumo di alcol.
- e) Individuazione del medico competente, quale figura di riferimento, a cui i lavoratori potranno rivolgersi per chiedere assistenza sui problemi legati all'abuso di alcol.
- f) Disponibilità da parte del Medico Competente a ricevere coloro che ritengono di dipendere da sostanze alcoliche al fine di intraprendere un idoneo trattamento terapeutico o semplicemente per richiedere un consulto medico, con pieno rispetto della dignità personale e della privacy.
- g) Somministrazione del questionario "AUDIT" o "CAGE" in forma ridotta per la valutazione del consumo di alcol durante la visita medica da parte del medico competente, nel rispetto della privacy.
- h) Emanazione di direttive per vietare l'assunzione di bevande alcoliche sul luogo di lavoro
- i) Introduzione nel contratto di appalto per la mensa e per il bar della clausola del divieto di vendita e somministrazione di alcolici e superalcolici all'interno delle strutture dell'Amministrazione.
- j) Valutazione specifica del rischio aggiuntivo legato al consumo di alcol, rispetto agli altri rischi professionali presenti, individuando quale attività ad elevato rischio infortuni sul lavoro ovvero la sicurezza, l'incolumità o la salute di terzi quella riportata al punto 8 dell'allegato 1 del Provvedimento 16 marzo 2006: "addetti alla guida di veicoli stradali per i quali è richiesto il possesso della patente di guida categoria B, C, D, E, e quelli per i quali è richiesto il certificato di abilitazione professionale per la guida di taxi o di veicoli in servizio di noleggio con conducente, ovvero il certificato di formazione professionale per guida di veicoli che trasportano merci pericolose su strada"
- k) Definizione della procedura per il rispetto del divieto di assunzione di alcol durante il lavoro per tutti i lavoratori che svolgono attività lavorativa ricompresa al punto 8 dell'allegato 1 del Provvedimento 16 marzo 2006 nonché dei provvedimenti disciplinari ed eventuali sanzioni in caso di comportamento in contrasto con la normativa sull'alcol.
- l) Condivisione delle procedure previste al punto k) con i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS).

#### 7.0 – Controlli

a) Somministrazione di bevande alcoliche sul luogo di lavoro. La vigilanza sulla somministrazione di bevande sui luoghi di lavoro nell'Azienda è affidata al datore di lavoro.

b) Assunzione di bevande alcoliche sul luogo di lavoro e tutela dei terzi. La vigilanza sul rispetto del divieto di assunzione di bevande alcoliche sul luogo di lavoro è affidata ai dirigenti e ai preposti così come definiti all'art. 151 del regolamento regionale n. 11 del 12 maggio 2016. Il Datore di Lavoro dispone controlli a campione per i lavoratori che svolgono attività lavorativa ricompresa al punto 8 dell'allegato 1 del Provvedimento 16 marzo 2006 durante i turni di lavoro, per il tramite del Medico Competente, con l'effettuazione di controlli alcolimetrici. Apposite procedure disciplineranno le modalità di tali controlli.

## 8.0 – Provvedimenti

I provvedimenti hanno l'obiettivo di rendere consapevoli i lavoratori del proprio stato di salute, dei possibili rischi che la propria eventuale condizione di alcol dipendenza o di abuso alcolico comporta, di garantire sicurezza agli assistiti e di tutelare l'Amministrazione rispetto alle proprie responsabilità. Gli stessi sono definiti all'interno della circolare esplicativa sulle modalità e sulle procedure di controllo per tutte le categorie, ricomprese nell'allegato 1 del Provvedimento 16 marzo 2006, individuate dalla Amministrazione regionale del Lazio.

### 9.0 - Materiali documentali di riferimento per il contrasto al consumo di alcol

- Gruppo La.R.A. (2014) Alcol e lavoro Med Lav 2014; 105 (Suppl 1): 3-68 In: <http://lamedicinadellavoro.it/site/?p=155> - Epicentro Istituto Superiore di Sanità (2004) Decidi di cambiare un percorso guidato per uno stile di vita più sano in: <http://www.epicentro.iss.it/alcol/day/DecidiDiCambiare.pdf> - Epicentro Istituto Superiore di Sanità (2012) Poster A.U.D.I.T.- C Alcohol Use Disorders Identification Test In: <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2012/MATERIALI%20DIVULGATIVI/scheda%20a%20udit%202012.pdf> - Miller WR, Rollnick S. (1994) Il colloquio di motivazione. Tecniche di counselling per problemi di alcol, droga e altre dipendenze. Trento: Erickson; 1994. - NICE (2011) Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence In: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115> - Regione Lazio (2012) Alcol e lavoro? Non sei sicuro! In: [http://www.aslromab.it/campagna\\_promozione\\_salute\\_roma/alcool\\_lavoro/Alcol\\_roma\\_b.pdf](http://www.aslromab.it/campagna_promozione_salute_roma/alcool_lavoro/Alcol_roma_b.pdf) - Regione Lombardia (2016). Manuale WHP Lombardia. Come aderire al programma Workplace Healthpromotion Lombardia e diventare un Luogo di lavoro che promuove salute. Allegati area contrasto delle dipendenze. In: <https://retewhplombardia.org/allegati-alcol/> - WHO Regional Office for Europe (2009) Evidence for the effectiveness and costeffectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm In: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/43319/E92823.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/43319/E92823.pdf) - WHO Regional Office for Europe European action (2012) Plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020 In: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/178163/E96726.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf)

## DOCUMENTO DI POLITICA AZIENDALE PER LA PROMOZIONE DELLA SANA ALIMENTAZIONE

### Premessa

L'Osservatorio epidemiologico cardiovascolare/Health Examination Survey (OEC/HES), tra il 2008 e il 2012 ha condotto nelle 20 regioni italiane un'indagine per valutare gli stili di vita, la distribuzione dei fattori di rischio e delle condizioni a rischio e la prevalenza di alcune malattie cronico-degenerative.

Nell'ambito degli stili di vita è stato possibile raccogliere informazioni sulle abitudini alimentari ed è risultato che i comportamenti alimentari sono salutari nella minoranza della popolazione: solo il 30% ha un consumo adeguato di verdura e di pesce; solo il 10 % fa uso di dolci/torte una volta a settimana come raccomandato.

Fra i nutrienti, il consumo calorico dovuto ai grassi saturi e agli zuccheri risulta molto elevato inoltre, da un confronto con il modello mediterraneo degli anni Sessanta, il consumo di cereali, patate e legumi è ridotto alla metà, mentre il consumo di carni, formaggi, latte e, in particolare, di dolci è più che raddoppiato.

La Promozione della Salute sul Luogo di Lavoro (Workplace Health Promotion WHP) viene definita come: “Gli sforzi congiunti dei datori di lavoro, dei dipendenti e della società per migliorare la salute ed il benessere delle persone nell'ambiente di lavoro” e si realizza tramite:

- Il miglioramento dell'organizzazione e dell'ambiente di lavoro;
- Promozione della partecipazione attiva
- Sostegno allo sviluppo personale
- Promozione di scelte sane; Per contrastare le cattive abitudini alimentari, l'ambiente di lavoro può essere individuato come contesto sociale strategico per promuovere la salute e, nello specifico, le buone pratiche alimentari.

La maggioranza della popolazione, di fatto, trascorre gran parte della giornata nei luoghi di lavoro; questa condizione agevola il processo di raggiungimento e coinvolgimento delle persone. Alcune condizioni lavorative quali impieghi sedentari, condizioni stressanti di lavoro, disponibilità di alimenti ad alta densità energetica, con porzioni scorrette e con scarso potere saziante, tempi non sufficienti per consumare i pasti, possono influenzare le abitudini alimentari e favorire lo sviluppo dell'obesità.

Secondo l'OMS sovrappeso e obesità oltre ad essere fattori di rischio riconosciuti per le principali malattie croniche possono avere anche ripercussioni negative sull'attività lavorativa, influenzando sullo svolgimento del lavoro e favorendo l'insorgenza di infortuni.

Interventi individuali (educazione alimentare) e aziendali (cibi sani nelle mense, poster con informazioni sull'alimentazione sana) possono invece determinare importanti cambiamenti nel consumo di frutta, verdura, grassi e fibre e costituire un fattore protettivo per la salute.

## 2.0 – Oggetto

Promozione di comportamenti alimentari corretti

## 3.0 – Destinatari

Tutti i lavoratori della Giunta Regionale del Lazio

Promuovere la conoscenza di sani comportamenti alimentari.

## 5.0 - Azioni

- Aderire al Progetto Promozione di stili di vita salutari nei luoghi di lavoro (WHP).
- Condividere il documento di politica aziendale per la conoscenza dei sani comportamenti alimentari con i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza.
- Informare i lavoratori rendendoli consapevoli dei rischi per la salute legati ad una scorretta alimentazione.
- Pubblicare sull'Intranet regionale un opuscolo illustrativo per informare i lavoratori.
- Effettuare incontri informativi con i lavoratori per illustrare sani comportamenti alimentari per ridurre il rischio di sviluppare malattie croniche (patologie cardiovascolari, diabete di tipo 2 e alcuni tipi di tumore), anche con la partecipazione del Medico Competente.
- Posizionare cartelli in materia di educazione alimentare nella mensa aziendale.
- Introdurre nei capitolati per la gestione di servizi mensa/bar la previsione di offrire pasti che prevedano una varietà di frutta e verdura a ridotto contenuto di sale e che includano prodotti per celiaci

## 7.0 - Modalità di applicazione

m) Individuazione dei referenti per l'attuazione del progetto "Promozione di stili di vita salutari nei luoghi di lavoro" (WHP) b) Informazione e Formazione di tutti i lavoratori sui rischi per la salute legati ad errate abitudini alimentari.

#### 7.0 – Materiali documentali di riferimento

Centers for Disease Control and Prevention (2011). *Strategies to Prevent Obesity and Other Chronic Diseases: The CDC Guide to Strategies to Increase the Consumption of Fruits and Vegetables*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2011. [http://www.cdc.gov/obesity/downloads/fandv\\_2011\\_web\\_tag508.pdf](http://www.cdc.gov/obesity/downloads/fandv_2011_web_tag508.pdf) Alimentazione e lavoratori G Ital Med Lav Erg 2010; 32:4, Suppl, 89-106 WHO (2004) *Global Strategy on Diet Physical Activity and Health* [http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy\\_english\\_web.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf) [http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1\\_5.jsp?id=108&area=Vivi\\_sano](http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?id=108&area=Vivi_sano)

#### PIEMONTE

**DCR 27.12.17, 251-50107.** Piano integrato delle attività di contrasto, prevenzione, diagnosi, cura del gioco d'azzardo patologico (GAP). (BUR n. 2 dell'11.1.18)

Il Consiglio regionale

premessi che:

– il decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 (Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza) dispone che il competente Ministro presenti entro il 30 giugno di ogni anno una relazione al Parlamento sui dati relativi allo stato delle tossicodipendenze in Italia, ivi compresi gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e recupero dei tossicodipendenti, sulla base dei dati acquisiti dalle regioni e province autonome;

– la sentenza della Corte costituzionale n. 220 del 18 luglio 2014, emanata a fronte di una questione di legittimità costituzionale sollevata dal Tribunale amministrativo del Piemonte, ha confermato in capo ai sindaci il potere di intervenire, per esigenze di tutela della salute, della quiete pubblica o della circolazione stradale, al fine di disciplinare gli orari delle sale da gioco e degli esercizi commerciali nei quali siano installate apparecchiature per il gioco, richiamando a sostegno anche l'articolo 50 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267 (Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali), che attribuisce ai sindaci il potere di organizzare anche gli orari degli esercizi commerciali, dei pubblici esercizi e dei servizi pubblici;

– l'articolo 1, comma 133 della legge 23 dicembre 2014, n. 190 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato "legge di stabilità 2015") dispone, tra l'altro, che:

- nell'ambito delle risorse destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale, a decorrere dall'anno 2015, una quota pari a 50 milioni di euro sia annualmente destinata alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione delle patologie connesse alla dipendenza da gioco d'azzardo;
- il Ministro della salute, con decreto di natura regolamentare, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, adotti le linee di azione per garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette dal gioco d'azzardo patologico (GAP).

La verifica dell'effettiva destinazione delle risorse e delle relative attività assistenziali costituisce adempimento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale;

- al fine del monitoraggio della dipendenza dal GAP e dell'efficacia delle azioni di cura e di prevenzione intraprese, l'Osservatorio istituito ai sensi dell'articolo 7, comma 10, quarto periodo del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 (Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute), convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, sia trasferito al Ministero della salute e con decreto interministeriale del Ministro della salute e del Ministro dell'economia e delle finanze sia rideterminata la composizione

dell'Osservatorio stesso, assicurando la presenza di esperti in materia, di rappresentanti delle Regioni e degli Enti locali, nonché delle associazioni operanti nel settore;

- il decreto interministeriale del 24 giugno 2015 del Ministro della salute di concerto col Ministro dell'economia e delle finanze, ha istituito in attuazione del d.l.158/2012, l'Osservatorio per il contrasto e la diffusione del gioco d'azzardo e la dipendenza grave;

- l'articolo 1, comma 946 della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato 'legge di stabilità 2016'), al fine di garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette dal GAP, come definito dall'Organizzazione mondiale della sanità, ha disposto l'istituzione, presso il Ministero della salute, di un Fondo per il gioco d'azzardo patologico (GAP). Il Fondo è ripartito tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sulla base di criteri determinati con decreto del Ministro della salute, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano. Per la dotazione del Fondo è autorizzata la spesa di 50 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2016;

- la legge regionale 2 maggio 2016, n. 9 (Norme per la prevenzione e il contrasto alla diffusione del gioco d'azzardo patologico) detta norme finalizzate a prevenire il GAP e a tutelare le fasce più deboli e maggiormente vulnerabili della popolazione, nonché a contenere l'impatto delle attività connesse all'esercizio del gioco lecito sulla sicurezza urbana, sulla viabilità, sull'inquinamento acustico e sulla quiete pubblica; - il decreto del Ministero della salute 6 ottobre 2016 assegna al Piemonte, ai sensi dell'articolo 1, comma 946 della legge 208/2015, risorse pari ad euro 3.718.538,00, previa approvazione del previsto piano integrato di contrasto al fenomeno del GAP da parte della Direzione generale della prevenzione sanitaria del predetto Ministero;

- il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502) definisce i nuovi LEA, includendo tra le varie forme di dipendenze patologiche per le quali il Servizio sanitario pubblico deve garantire gli stessi interventi rivolti ai soggetti con disturbo da uso di sostanze in setting ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale, il disturbo da gioco d'azzardo (DGA);

considerato inoltre che:

- in Italia il fenomeno del gioco d'azzardo è in continua crescita e in questi anni sta assumendo dimensioni sempre più rilevanti;

- nel 2004 in Piemonte, su iniziativa del dipartimento dell'ex ASL 5, è nato il coordinamento degli operatori GAP della Regione Piemonte, tuttora attivo in ambito regionale, che vede coinvolte le varie aziende sanitarie locali già attive in tale ambito, avente la finalità di un confronto clinico ed esperienziale fra gli operatori e di formazione degli stessi;

- allo stato attuale sono attivi trentasei punti ambulatoriali sul territorio piemontese per il trattamento dei giocatori patologici, i quali possono avvalersi di terapie specializzate;

preso atto che, al fine di consentire la massima integrazione tra gli obiettivi individuati dal decreto del Ministero della salute 6 ottobre 2016 e quelli definiti dalla legge regionale 9/2016, la Giunta regionale ha valutato l'opportunità della predisposizione di un unico piano integrato di contrasto al fenomeno del GAP, in grado di raggiungere gli obiettivi stabiliti dalle suddette normative e che tale piano, dal punto di vista strategico, prevede una serie di azioni finalizzate a prevenire il GAP e a tutelare le fasce più deboli e maggiormente vulnerabili della popolazione;

preso atto che la Direzione generale della prevenzione sanitaria del Ministero della salute, con nota del 5 maggio 2017, prot. n. 0013924, ha comunicato la formale approvazione del piano integrato di contrasto al fenomeno del GAP della Regione Piemonte, così come previsto dall'articolo 2 del decreto del Ministero della salute 6 ottobre 2016;

vista la deliberazione della Giunta regionale 18 settembre 2017, n. 28-5636 (Piano integrato delle attività di contrasto, prevenzione, diagnosi, cura del gioco d'azzardo patologico 'GAP') - Decreto del Ministero della salute 6 ottobre 2016 e legge regionale n. 9 del 2 maggio 2016, articoli 3 e 4 –

Adozione per proposta al Consiglio regionale), il cui allegato contiene la proposta di piano sopra menzionato;

acquisito il parere favorevole espresso a maggioranza dal Consiglio delle autonomie locali (CAL) nella seduta del 25 ottobre 2017;

acquisito il parere favorevole espresso a maggioranza dalle III e dalla IV commissione consiliare permanente nella seduta congiunta del 4 dicembre 2017

d e l i b e r a

- di approvare, in attuazione del decreto del Ministero della salute 6 ottobre 2016 e degli articoli 3 e 4 della legge regionale 2 maggio 2016, n. 9 (Norme per la prevenzione e il contrasto alla diffusione del gioco d'azzardo patologico, il Piano integrato delle attività di contrasto, prevenzione, diagnosi, cura del gioco d'azzardo patologico (GAP), di cui all'allegato 1 alla presente deliberazione, che ne costituisce parte integrante e sostanziale.

Allegato "1"

**Piano regionale 2017-2018 "Piano integrato delle attività di contrasto, prevenzione, diagnosi, cura del Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) finalizzate a tutelare le fasce più deboli e maggiormente vulnerabili della popolazione, aumentare la consapevolezza sui fenomeni da dipendenza, favorire un approccio consapevole, critico e misurato al gioco, con particolare attenzione al setting scolastico, familiare e lavorativo".**

PARTE 1

IL PIANO STRATEGICO

PREMESSE

Il presente piano si occupa di elevare il livello di consapevolezza delle problematiche legate al gioco d'azzardo e si propone l'obiettivo di contenere il fenomeno del gioco d'azzardo patologico, riducendo le conseguenze negative legate alla dipendenza da gioco, che riguardino la singola persona, il nucleo familiare nel suo insieme.

Tale scopo si sostanzia nel perseguimento di obiettivi legati ad aree di intervento medico, psicoterapeutico, educativo, sociale, legale ed economico-finanziario. Nel GAP l'oggetto della dipendenza è un comportamento o un'attività spesso lecita e socialmente accettata: si parla, quindi, di dipendenze senza sostanza.

Il Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders - Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5), pubblicato negli USA nel 2013 e in Italia nel 2014, riconosce al GAP lo status di dipendenza.

La questione ha rilevanza clinica in quanto autorizza gli operatori ad applicare al gambling patologico strumenti terapeutici propri dei programmi per l'addiction (termine anglofono, internazionalmente utilizzato, per chiamare le "dipendenze"). Se da un lato appare necessario operare un adattamento di tali strumenti ed una loro integrazione con altri trattamenti più specifici per i giocatori, dall'altro si può sostenere che ogni operatore delle dipendenze possiede nel proprio bagaglio culturale e operativo adeguati strumenti per il trattamento dei giocatori.

I Servizi per le dipendenze patologiche (SerD) come strutture sanitarie organizzate per il trattamento dei disturbi da dipendenza sono nati 30 anni fa, sull'onda dell'emergenza legata alla diffusione dell'eroina nel nostro paese. Nel corso di questi anni il loro interesse clinico si è allargato alla dipendenza da alcol, alle malattie infettive correlate alla tossicodipendenza, al tabagismo e negli ultimi anni alle dipendenze comportamentali, in primis, per la sua rilevanza, al gioco d'azzardo patologico. I primi accessi di giocatori patologici nei SerD risalgono a circa quindici anni fa.

I servizi specialistici finalizzati alla presa in carico di pazienti con disturbo da gioco d'azzardo patologico (di seguito GAP) nei SerD piemontesi sono stati avviati fra il 2004 e il 2006. Un grande impulso alla costituzione della rete dei servizi GAP è venuto dalla costituzione di un Coordinamento regionale degli operatori dei servizi per il gioco patologico.

In Piemonte, dall'anno della prima rilevazione dei soggetti afferenti presso i servizi sanitari (anno 2005), il numero di giocatori patologici in trattamento è in costante aumento.

Le cause sono diverse e in parte sono dovute alla maggior diffusione del problema fra la popolazione. E' evidente che vi è una correlazione diretta fra l'aumento delle patologie da gioco e la sempre maggior diffusione di occasioni di gioco legalizzato, sia in senso temporale (aumento delle estrazioni, ecc) che di locali dedicati.

Ormai l'invito a giocare permea totalmente la nostra vita che le occasioni, per comprare un biglietto del gratta e vinci o giocare con le slot-machine, ormai sono ovunque: bar, tabaccherie, centri commerciali.

Il difficile momento di crisi economica è senz'altro un altro fattore favorente, a dimostrazione del fatto che molti soggetti in cura negli ultimi tempi sono disoccupati o comunque in difficili situazioni economiche. L'altro aspetto che contribuisce alla crescita costante dei soggetti in trattamento presso i SerD è legato alla percentuale di soggetti che rimangono in cura per un periodo di più anni, a dimostrazione che per molti di essi il disturbo si struttura, come per le altre dipendenze, con caratteristiche di durata e tendenza alla ricaduta che configurano una malattia cronica.

Al momento è molto difficile stimare i costi sanitari del problema del gioco patologico.

I SerD della Regione Piemonte utilizzano per il trattamento dei giocatori il modello di intervento di tipo multidisciplinare che hanno sviluppato nel trattamento delle patologie da dipendenza ed hanno costituito presso i vari centri delle équipe composte solitamente da psicologi, medici ed operatori di area sociale ed educativa.

Questo permette nella fase di accoglienza la valutazione dei vari aspetti, sanitari, psicologici e socioeconomici necessari a inquadrare il problema.

Il trattamento prevede in genere percorsi di sostegno psicologico o psicoterapia (individuale o di gruppo), trattamento delle problematiche organiche e/o psichiatriche come i disturbi dell'umore, supporto nella gestione delle problematiche finanziarie e sostegno alle famiglie.

Una certa percentuale di soggetti già seguiti per altre dipendenze (eroina, cocaina) presenta anche un profilo di rischio per il gioco d'azzardo (in genere circa un 10%). Invece nei giocatori in carico le altre dipendenze più comuni sono l'abuso di alcol e meno frequentemente di cocaina. Nel complesso i casi di soggetti presi in carico vittime di usura sono poco numerosi (ne vengono segnalati 1-2 per ambulatorio) ma il problema più importante e comune è l'indebitamento con le finanziarie, che spesso configura situazioni non molto diverse da quelle dell'usura.

Molti giocatori hanno numerosi prestiti legali con banche e finanziarie, che arrivano a coprire l'intero stipendio. In questi casi, per quanto possibile, si mette in atto una razionalizzazione dei debiti, affidandosi eventualmente ad un consulente finanziario.

Le vittime di usura vengono inviate ad una consulenza legale o a centri specifici. In qualche caso si procede alla richiesta di un amministratore di sostegno, istituto che permette di ridurre il rischio di reiterare altri debiti e tutela maggiormente il soggetto.

Negli ultimi anni vi sono state iniziative formative specifiche sul tema degli aspetti legali nel mondo del GAP.

Oggi la Regione Piemonte è in grado di sviluppare e rafforzare le reti preesistenti in tema di contrasto al GAP, a partire dalla forte integrazione tra Giunta e Consiglio Regionale attraverso le varie Direzioni regionali coinvolte (Segretariato Generale, Gabinetto della Presidenza della Giunta regionale, Affari istituzionali e avvocatura, Sanità, Coesione sociale,

Competitività del sistema regionale), le ASL, gli Enti locali, l'Ufficio scolastico regionale creando quel supporto strategico finalizzato a realizzare i contenuti di cui all'articolo 2 del decreto del Ministro della salute del 6 ottobre 2016 e agli articoli 3 e 4 della legge regionale del 20 maggio 2016, n. 9 (Norme per la prevenzione e il contrasto alla diffusione del gioco d'azzardo patologico).

#### INQUADRAMENTO GENERALE FINALITA' DEL PIANO INTEGRATO

Nell'ambito delle competenze spettanti alla Regione in materia di tutela della salute e di politiche sociali, la legge regionale 9/2016 detta norme finalizzate a prevenire il gioco d'azzardo patologico (GAP) e a tutelare le fasce più deboli e maggiormente vulnerabili della popolazione, nonché a

contenere l'impatto delle attività connesse all'esercizio del gioco lecito sulla sicurezza urbana, sulla viabilità, sull'inquinamento acustico e sulla quiete pubblica.

La Regione promuove interventi finalizzati:

- a) alla prevenzione ed al contrasto del gioco d'azzardo in forma problematica o patologica, nonché al trattamento terapeutico ed al recupero dei soggetti che ne sono affetti ed al supporto delle loro famiglie, nell'ambito delle competenze regionali in materia socio-sanitaria;
- b) alla diffusione ed alla divulgazione dell'utilizzo responsabile del denaro attraverso attività di educazione, informazione, divulgazione e sensibilizzazione anche in relazione ai contenuti dei diversi giochi a rischio di sviluppare dipendenza;
- c) al rafforzamento della cultura del gioco misurato, responsabile e consapevole, e al contrasto, alla prevenzione ed alla riduzione del rischio della dipendenza dal gioco;
- d) a stabilire misure volte al contenimento dell'impatto negativo delle attività connesse alla pratica del gioco sul tessuto sociale, sull'educazione e formazione delle nuove generazioni.

#### INQUADRAMENTO STORICO

La diffusione globale del gioco d'azzardo trova conferma nella stessa etimologia della parola "azzardo" che deriva dal francese "hasard", una parola a sua volta di origine araba e derivante dal termine "az-zahr" che designava il "dado", uno dei più antichi oggetti a cui si lega la tradizione del gioco sociale di scommessa.

Il gioco d'azzardo patologico è una delle prime forme di "dipendenza senza droga" studiate che ha ben presto attratto l'interesse della psicologia e della psichiatria, ma anche dei mezzi di comunicazione di massa, degli scrittori e dei registi, al punto che si continua spesso a riparlarne in relazione alle sue conseguenze piuttosto serie sulla salute ed in particolare sull'equilibrio mentale che questo tipo di problema è in grado di produrre.

Nella ludodipendenza il vero senso del gioco, attraverso cui si può costruire e scoprire il Sé - quello che vuol dire libertà, creatività, apprendimento di regole e ruoli, sospendendo le conseguenze reali - viene completamente ribaltato per trasformare la cosiddetta "oasi della gioia" in una "gabbia del Sé", fatta di schiavitù, ossessione, ripetitività.

Il gioco d'azzardo è quel tipo di gioco che implica il rischio, ciò che sia "desiderabilmente" rischioso. Il rischio di perdere denaro e non solo. Alcuni vivono il gioco come un'attività sociale, mentre altri vi investono una grande quantità di tempo e di denaro, scommettono e continuano a giocare nonostante le conseguenze devastanti che il gioco ha sulla loro vita: a livello personale, sociale, lavorativo, familiare e non per ultimo finanziario.

Il gioco fa parte della nostra storia: ognuno di noi ha giocato almeno qualche volta nella vita. Allo stesso modo il gioco è nella storia del mondo.

Gli studiosi dell'antichità raccontano che tutti i popoli hanno dedicato tempo, e non di rado denaro, ad attività ludiche.

Dal gioco individuale alle forme collettive, dai giochi tramandati per millenni e giunti sino a noi, come i dadi, a quelli tecnologici del nostro tempo: il giocare ha da sempre accompagnato le relazioni tra le persone, ha quindi un ruolo culturale e sociale.

Non solo gli uomini giocano, molte altre specie animali si dedicano a vere attività ludiche.

Tuttavia, i giochi d'azzardo, quelli di cui trattiamo in questo testo, quelli il cui esito è dettato dalla sorte, sono esclusivi della specie sapiens o, come direbbe Huizinga, della specie ludens.

Non solo una questione di divertimento, quindi. La parola latina ludus, ad esempio, stava ad indicare sia il gioco che lo spettacolo: un'attività, dunque, fatta di attori e spettatori, di pratiche ben precise, di rituali da riprodurre.

Nel mondo antico in particolare, le attività e gli strumenti del gioco potevano anche coprirsi di significati magici, spirituali.

Erano soprattutto i giochi legati alla fortuna, al caso, al destino ad intrecciarsi con le pratiche divinatorie dell'antichità, ed è in queste stesse pratiche che la storia del gioco d'azzardo affonda le sue radici.

Con le sue sole capacità, con o senza il favore delle divinità, l'uomo affrontava l'imprevedibilità della vita, e la sfida contro il destino poteva rappresentare la vita stessa.

Predire il futuro, anticiparne le mosse offriva l'illusione, la speranza, il conforto di poter cambiare il corso degli eventi e agire nel modo più opportuno, come in una partita a scacchi antica quanto l'umanità.

Il desiderio di interrogare il destino, di sfidare a duello la sorte, di domare gli eventi è qualcosa che affonda le radici nella storia dell'uomo. In tutto il mondo antico, dall'India alla Cina, dall'Occidente alle Americhe le pratiche divinatorie sono state parte integrante dei rituali di molti popoli.

Grandi miti di fondazione del mondo fanno riferimento a gioco e sorte, così per gli egizi il sistema solare sarebbe nato da una partita tra dei; similmente per la mitologia greca Zeus e i suoi fratelli, dopo aver sconfitto i Titani, si sarebbero spartiti l'universo a sorte: a Zeus spettò il dominio del cielo, a Poseidone quello del mare, e al fratello Ade il regno dell'oltretomba.

In Cina e Giappone giochi complessi come il go, un gioco da tavolo per due sfidanti e disputato su una specie di scacchiera, accompagnavano attività di rilievo, dal cui esito potevano discendere scelte politiche e sociali, mentre per i giochi più semplici, come il tirare a sorte, si mettevano in palio denaro e proprietà. Sempre in Cina, si ha notizia di una lotteria, datata 200 a.C., i cui proventi furono destinati a beni pubblici e utilizzati per estendere la Grande Muraglia.

Anche dall'antica Roma ci giunge notizia del gioco d'azzardo come attività largamente diffusa tra la gente. Sono state infatti rinvenute insegne di locali recanti l'iscrizione "Scommesse e cibo", luoghi appositi, quindi, dove si poteva scommettere, giocare d'azzardo e, dal ritrovamento di dadi truccati, pare che si barasse anche.

Le dimensioni che l'azzardo assumeva e la consapevolezza del problema di ordine pubblico insito nel rapporto gioco-denaro, spinsero i Romani all'assunzione dei primi provvedimenti volti a regolamentare il gioco d'azzardo. I giochi furono così suddivisi in leciti e proibiti, si giocava solo in alcuni periodi dell'anno, le somme di denaro vinte potevano essere dichiarate inesigibili, il pater familias aveva persino il diritto di chiedere che gli fossero restituite le quote giocate da figli, schiavi o dipendenti. Tuttavia, nonostante le pesanti ammende previste, sino a quattro volte la posta in palio, si giocava ben oltre le restrizioni imposte.

Accaniti giocatori popolavano anche le terre germaniche, dove i soldati romani combatterono alla conquista delle colonie europee dell'impero, probabilmente anche a suon di dadi e scommesse. Tacito ricorda che: «Sotto l'influenza di un'estasi incontrollabile, essi giocavano le loro mogli, i loro bambini, e infine offrivano se stessi alla prigionia».

Nel Medioevo il gioco d'azzardo, ancora largamente diffuso, fu soggetto ad una vera e propria demonizzazione. Si dibatteva sulla natura peccaminosa di questo comportamento, con il conseguente interesse in materia di diritto: il gioco d'azzardo, da "peccato" si prefigurava anche come "reato". La condanna di istituzioni religiose e giuridiche contrarie alla pratica di azzardo interessò anche le carte da gioco, diffuse in Europa a partire dal 1350: ne sono testimonianza i roghi pubblici di carte da gioco avvenuti in diverse piazze europee.

Nel Rinascimento la "crociata" contro l'azzardo non cessò. A ben vedere, il gioco d'azzardo nel corso dei secoli non è sempre stato oggetto di disapprovazione. In passato (come oggi) di fronte all'etica del profitto e alla necessità di fare "cassa", ogni preoccupazione per la vita eterna o l'immoralità dei comportamenti sembrava svanire.

Nella Venezia del '500, per ragioni di ordine pubblico, in un primo momento le autorità avevano inibito e reso illegale il gioco d'azzardo, salvo però assumerne successivamente la gestione diretta: la guerra contro i turchi rendeva più che mai necessaria la raccolta di denaro, e l'azzardo rappresentò una risorsa strategica. Non è quindi un tema nuovo quello delle relazioni e delle contraddizioni tra controllo e problemi sociali, tra profitto e aspetti etici, tra costi sociali e libertà degli individui.

Ciò che forse è nuovo è come il modello economico liberista – non incline per definizione ad ogni forma di influenza o controllo nelle sfere delle scelte individuali e del libero mercato – non potesse non cogliere le occasioni offerte dal mercato del gioco.

Le ingenti somme di denaro mosse da questa attività potevano essere impiegate in favore dei beni pubblici, o destinate ad opere caritatevoli, specialmente in epoche di difficoltà economica.

In Italia, a Genova, si giocava al lotto già nel XVI secolo, mentre nel 1638 apriva la prima casa da gioco istituita e gestita dallo Stato: il Ridotto di Venezia.

Alla fine del 1700 i luoghi dediti al gioco raggiunsero quota 136, ma si dovette aspettare il 1800 per sdoganare ufficialmente il gioco d'azzardo. Risale al periodo napoleonico, infatti, il primo decreto che ne sancisce il riconoscimento ufficiale.

non era più oggetto di repressione a patto che lo si esercitasse in appositi locali. Frequentate esclusivamente dalle élite, le case da gioco ospitarono ben presto anche le più moderne forme di intrattenimento, come la roulette, inventata dal matematico Blaise Pascal, e successivamente anche la poker machine, o slot machine, messa a punto da Charles Fay nel 1895. La "macchina per il gioco" aveva una caratteristica fondamentale, che ne avrebbe fatto la fortuna a partire dal secolo seguente: chi vinceva poteva immediatamente riscuotere il premio. La rapidità e la semplicità di accesso al gioco che le macchine consentivano, insieme all'euforia per il premio riscosso nello stesso istante della vincita, fecero ben presto il successo delle nuove forme di giochi, prima diffuse in bar, caffetterie, per poi approdare in seguito anche nelle sale dei grandi casinò.

#### TRASFORMAZIONI ATTUALI

La realtà che si presenta oggi poco ha a che fare con la stereotipata rappresentazione che vede il gioco quale fenomeno circoscritto in ambiti ben precisi, abitati da "viziosi, avventurosi, scellerati e decadenti". E' invece una realtà per molti aspetti molto più "normale". Sempre più il gioco interessa, attrae e coinvolge strati della popolazione più svantaggiata finendo per essere un amplificatore di situazioni di disagio, solitudine, sofferenza, povertà. E la spirale del gioco porta a percepire la vita "normale" come sempre più problematica e svalutante. Richiama i debiti, le incomprensioni della famiglia, il lavoro che si trascura, i problemi che si rimandano e che si amplificano. Il senso di colpa e di fallimento vengono negati, razionalizzati o giustificati dal pensiero di potersi rifare e poterne uscire "da vincitore" come se fosse una sorta di riscatto ed i fallimenti, le perdite, la caduta di dignità trovano una giustificazione nel periodo sfortunato. Tutto per rendere le persone più vulnerabili e disinibite al consumo ed alla celebrazione eterna del presente: del tutto possibile. Uno studio di Wood e Griffiths (2007) evidenzia infatti come, per la maggior parte dei giocatori intervistati, il gioco svolgesse una funzione di fuga dalla realtà o da emozioni negative attraverso una modificazione dell'umore o dello stato di coscienza; e come il giocare servisse loro per "riempire un vuoto", all'interno di un circolo vizioso del quale si dichiarano consapevoli. Dove fermare il tempo, accelerare al massimo o silenziare le emozioni, paiono essere i principali effetti richiesti. Una forma di autismo provvisorio, di dissociazione. Lo stesso denaro - centrale nella mitologia del giocatore e di chi li ha descritti - non sembra più essere il fine ed il movente quanto il mezzo per entrare in una dimensione di dissociazione dal mondo e forse anche da sé: dai propri bisogni, dai propri incubi, dai propri traumi. Il mezzo che consente di "restare in gioco". I "nuovi giocatori", quelli che incontriamo al bar dietro l'angolo, quelli chiusi in una sala giochi o captati dal proprio schermo del pc, quelli che si presentano ai servizi appaiono invece abitati da altri bisogni, da altre paure. In fondo molto simili a quelli di tutti noi.

Che il gioco d'azzardo presenti due realtà molto diverse, ed in un certo senso contrapposte, è cosa fin troppo nota ed evidente.

Numerose sono infatti le osservazioni e le analisi che evidenziano da un lato una realtà di grande diffusione e di sostanziale innocuità contrapposte ad osservazioni ed analisi che riportano temi, forme e comportamenti di vera e propria dipendenza. Si tratta di un comportamento che risponde a bisogni e ragioni diverse. Tuttavia, come sopra evidenziato, per molti soggetti tale esperienza non si riduce e non si conclude in una innocua parentesi di "sogno, speranza, emozione", ma rischia di monopolizzare i pensieri, le attività, le relazioni sociali assumendo i contorni e le dimensioni di una vera e propria forma di dipendenza patologica, con costi individuali e sociali che attraversano diversi ambiti (legale, lavorativo, familiare, relazionale, economico, etc) ponendosi come tema di interesse e

di preoccupazione da parte della Sanità Pubblica nell'attivare le iniziative di prevenzione, riduzione dei rischi e terapia per i soggetti che sviluppano problematicità.

#### INQUADRAMENTO NORMATIVO

Il Consiglio regionale del Piemonte ha approvato il 2 dicembre 2010 la proposta di legge al Parlamento n. 76 recante "L'illiceità dell'installazione e dell'utilizzo dei sistemi di gioco d'azzardo elettronico nei locali pubblici. Modifica all'articolo 110, comma 5 regio decreto n. 773 (Approvazione del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza)".

Tale proposta di legge tende a vietare l'installazione e l'uso di apparecchi e congegni automatici, semiautomatici ed elettronici da gioco d'azzardo nei luoghi pubblici e aperti al pubblico e nei circoli ed associazioni di qualunque specie.

La deliberazione della Giunta regionale 23 luglio 2012, n. 27-4183 di approvazione del piano di azione regionale delle dipendenze (PARD) anni 2012-2015, al paragrafo 4.5 dell'allegato, afferma che nella regione piemonte le prese in carico dei giocatori patologici sono aumentate di circa il 400% nel periodo 2005-2010, passando (da 156 soggetti a 811). In ogni Dipartimento di patologia delle dipendenze (DPD) esiste un ambulatorio o un'equipe specificamente dedicati ad affrontare e gestire pazienti con queste problematiche di dipendenza.

Sulla base delle stime d'incidenza nella popolazione generale, si prevede un ulteriore aumento dei soggetti in carico nei prossimi anni. un problema in forte crescita riguarda il gioco-on line che coinvolge molti giovani e risulta di difficile valutazione epidemiologica e richiede ulteriori indagini. Nel provvedimento regionale summenzionato veniva approvata una riedizione della campagna informativa rivolta alla popolazione come quella effettuata nel 2009 (gap tour 2) e l'istituzione di un gruppo di lavoro regionale che rappresenti questi soggetti e che definisca azioni e modalità di intervento relativi a: · informazione specifica nei luoghi di gioco e formazione degli esercenti da sviluppare a livello locale; · definizione di percorsi privilegiati per l'invio alle attività di cura; · costituzione di una rete di supporto che preveda sostegno sociale, counselling finanziario, supporto psicologico. L'articolo 7, comma 10 del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158 (Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute), convertito in legge, con modificazioni, dall'articolo 1, comma 1, della legge 8 novembre 2012, n. 189, che, in tema di collocazione degli apparecchi di cui all'articolo 110, comma 6, lettera a), del regio decreto 18 giugno 1931 n. 773 (Approvazione del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza), cita "criteri, anche relativi alle distanze da istituti di istruzione primaria e secondaria, da strutture sanitarie e ospedaliere, da luoghi di culto, da centri socio-ricreativi e sportivi".

La sentenza della Corte costituzionale n. 220 del 18 luglio 2014, emanata a fronte di una questione di legittimità costituzionale sollevata dal TAR Piemonte, ha confermato in capo ai sindaci il potere di intervenire, per esigenze di tutela della salute, della quiete pubblica o della circolazione stradale, al fine di disciplinare gli orari delle sale da gioco e degli esercizi commerciali nei quali siano installate apparecchiature per il gioco. Il pronunciamento dell'Alta Corte richiama a sostegno anche l'articolo 50 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267 (Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali), che attribuisce ai sindaci il potere di organizzare anche gli orari degli esercizi commerciali. La legge 23 dicembre 2014, n. 190 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello stato 'Legge di stabilità 2015') all'articolo 1, comma 133 dispone, tra l'altro: – nell'ambito delle risorse destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale, a decorrere dall'anno 2015, una quota pari a 50 milioni di euro è annualmente destinata alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione delle patologie connesse alla dipendenza da gioco d'azzardo; – il Ministro della salute, con decreto di natura regolamentare, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, adotta linee di azione per garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette dal gioco d'azzardo patologico (GAP).

La verifica dell'effettiva destinazione delle risorse e delle relative attività assistenziali costituisce adempimento LEA ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale; – al fine del monitoraggio della dipendenza dal gioco d'azzardo e dell'efficacia delle azioni di cura e

di prevenzione intraprese, l'Osservatorio istituito ai sensi dell'articolo 7, comma 10, quarto periodo del D.L. 158/2012, e' trasferito al Ministero della salute e con decreto interministeriale del Ministro della salute e del Ministro dell'economia e delle finanze, e' rideterminata la composizione dell'Osservatorio, assicurando la presenza di esperti in materia, di rappresentanti delle regioni e degli enti locali, nonchè delle associazioni operanti nel settore; – il decreto interministeriale del Ministro della salute e del Ministro dell'economia e delle finanze del 24 giugno 2015 che istituisce l'Osservatorio per il contrasto e la diffusione del gioco d'azzardo e la dipendenza grave e ne ridetermina la composizione e i compiti, tra i quali il monitoraggio dell'efficacia delle azioni di cura e di prevenzione intraprese; – il decreto della Direzione generale della prevenzione sanitaria del Ministro della salute del 17 marzo 2016 con il quale sono stati nominati i componenti dell'Osservatorio nazionale per il contrasto e la diffusione del gioco d'azzardo e la dipendenza grave al fine di: - monitorare la dipendenza dal gioco d'azzardo; - monitorare l'efficacia delle azioni di cura e prevenzione intraprese; - definire linee di azione e misure efficaci per contrastare la diffusione del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave; – la legge 28 dicembre 2015, n. 208, (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato 'Legge di stabilità 2016'), all'articolo 1, comma 946, al fine di garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette dal gioco d'azzardo patologico (GAP) come definito dall'Organizzazione mondiale della sanità, ha disposto l'istituzione, presso il Ministero della salute, di un Fondo per il gioco d'azzardo patologico (GAP). Il Fondo e' ripartito tra le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sulla base di criteri determinati con decreto del Ministro della salute sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano. Per la dotazione del Fondo e' autorizzata la spesa di 50 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2016; La legge regionale 2 maggio 2016, n. 9 (Norme per la prevenzione e il contrasto alla diffusione del gioco d'azzardo patologico) con la quale la Regione promuove interventi finalizzati: a) alla prevenzione ed al contrasto del gioco d'azzardo in forma problematica o patologica, nonché al trattamento terapeutico ed al recupero dei soggetti che ne sono affetti ed al supporto delle loro famiglie, nell'ambito delle competenze regionali in materia socio-sanitaria; b) alla diffusione ed alla divulgazione dell'utilizzo responsabile del denaro attraverso attività di educazione, informazione, divulgazione e sensibilizzazione anche in relazione ai contenuti dei diversi giochi a rischio di sviluppare dipendenza; c) al rafforzamento della cultura del gioco misurato, responsabile e consapevole, e al contrasto, alla prevenzione ed alla riduzione del rischio della dipendenza dal gioco; d) a stabilire misure volte al contenimento dell'impatto negativo delle attività connesse alla pratica del gioco sul tessuto sociale, sull'educazione e formazione delle nuove generazioni.

Il decreto del ministero della salute del 6 ottobre 2016 con il quale vengono ripartite e assegnate al Piemonte le risorse, ai sensi dell'articolo 1, comma 946, della legge 208/2015, pari a euro 3.718.538,00.

#### EPIDEMIOLOGIA DEL FENOMENO A LIVELLO NAZIONALE E REGIONALE

La stima di persone con problematiche da GAP è complicata dalla variabilità dei criteri diagnostici e dal non riconoscimento del problema da parte dei soggetti coinvolti.

Da alcuni studi si può stimare una prevalenza nella popolazione generale (15-64 anni) fra l'1,2 e il 3%. In Italia il fenomeno del gioco d'azzardo è in continua crescita e in questi anni sta assumendo dimensioni sempre più rilevanti, come osservabile dall'andamento delle statistiche dell'Agenzia delle dogane e dei monopoli (ex AAMS) relative alla quantità di denaro giocato.

La raccolta del gioco in Italia nell'anno 2015 è stata di 88.249 miliardi incluso il gioco via internet. In Piemonte la raccolta per il gioco d'azzardo è stata (con l'esclusione del gioco via internet) di 5.060 miliardi nel 2015.

Nel 2015 in Italia i soggetti che hanno fatto domanda di trattamento presso i Ser.D. per gioco d'azzardo patologico sono 13.136 (non sono pervenuti i dati della Sardegna). In Piemonte i soggetti trattati presso i DPD nel 2015 sono stati 1.342 con un aumento nel tempo dai 166 nel 2005, anno della prima rilevazione, ai 1.283 soggetti del 2014 con un tasso standardizzato di 37/100.000.

L'indagine IPSAD del 2011 stima una prevalenza di giocatori d'azzardo problematici (ovvero coloro che potrebbero avere necessità di trattamento) di 600/100.000 residenti in Italia.

Il tasso dei trattati in Piemonte è quindi ancora distante dalla prevalenza del fenomeno.

Tra i trattati nel 2014:

il 91 % è maschio;

- Il 37,5% è coniugato, il 26% è convivente e il 14% è separato;
- Il 57% ha al massimo un titolo di scuola media inferiore, il 23% ha un diploma di media superiore e il 2% ha una laurea;
- Il 53,5% lavora, il 15% è disoccupato e il 13,5% è pensionato;
- Il 9% vive con la famiglia di origine, il 27% con la famiglia acquisita; • Il 99% dei soggetti accede volontariamente al trattamento;
- Nel 52% dei casi il soggetto accede di propria iniziativa, nel 10% su invio di familiari, nel 2,4% su segnalazione del medico curante;
- L'età media dei trattati è 48 anni: il più giovane ha 15 anni il più anziano ha 82 anni. L'età media delle donne è sensibilmente superiore a quella dei maschi 53 contro 47 anni;
- Il 98,5% accede a un trattamento psicosociale, il 2% riceve un trattamento farmacologico, il 25% assistenza sanitaria, il 2% frequenta gruppi di auto-aiuto, il 2,5% è inserito in strutture riabilitative.

PROGETTI E INIZIATIVE REGIONALI (ATTUALI E PREGRESSE)

Il Progetto "GAP-TOUR", ideato all'interno del Sottogruppo "Territorio" del Coordinamento regionale GAP del Piemonte, è stato realizzato attraverso una campagna informativa e di sensibilizzazione sul fenomeno del Gioco d'azzardo patologico, promossa e finanziata dall'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte.

Con il progetto GAP TOUR si mirava a raggiungere i seguenti obiettivi:

1. informare e sensibilizzare la cittadinanza sui rischi correlati al gioco d'azzardo;
2. pubblicizzare i Servizi di cura e i possibili interventi di aiuto attivi sul territorio regionale per giocatori patologici;
3. facilitare i contatti con gli operatori dei Servizi pubblici e del Privato Sociale;
4. creare relazioni con gli Enti Locali per costruire una rete di collaborazioni ed alleanze atte alla definizione di strategie per la prevenzione del fenomeno.

Nelle 18 tappe del "GAP-TOUR", sono stati somministrati 2869 questionari d'indagine sul comportamento individuale inerente l'attività di gioco, il campione è risultato composto: da 1531 maschi e 1156 femmine.

Si è osservata una certa prevalenza del genere maschile nell'avvicinarsi a questo tipo di iniziativa, di conseguenza il genere maschile è quello più rappresentato, soprattutto nelle fasce d'età più avanzate. Nel complesso si può affermare che il GAP TOUR abbia avuto un esito rilevante: sono stati distribuiti opuscoli informativi ai medici di base e ai pediatri piemontesi (20 copie a medico per un totale di 80.000 opuscoli), agli Uffici di relazione al pubblico (URP) delle Aziende sanitarie (per un totale di 2.000 copie), ai Centri di trattamento pubblici e del privato sociale (per un totale di 12.000 copie), alle sedi delle varie ASL (per un totale di 5.800 copie) ed infine il camper che ne è stato dotato per le varie tappe di 25.000 copie.

Progetto nazionale "Il gioco è una cosa seria" – La Regione Piemonte è stata regione capofila del progetto nazionale, finanziato dal Ministero della Salute. Si è trattato di un Progetto sperimentale nazionale di sorveglianza e coordinamento/monitoraggio degli interventi in ambito di dipendenze comportamentali. Obiettivi del progetto: · attivazione di momenti di confronto con le organizzazioni e istituzioni imprenditoriali del mondo del gioco finalizzato alla messa a punto di azioni di identificazione dei giocatori patologici ed invio ai servizi specifici · attivazione di interventi per lo studio e l'implementazione di modelli di regolamenti comunali sul gioco, finalizzati al contrasto della deriva patologica del gioco legale.

Nel corso del 2009 sono stati realizzati sei percorsi formativi per esercenti che hanno coinvolto oltre 50 esercizi commerciali in 12 città di 5 Regioni (Torino, Collegno, Rivoli, Venaria, Grugliasco,

Monza, Lisone, Seregno, Padova, Caselserugo, Mestre/Venezia, Rimini, Urbino); 2 giornate formative in 2 poli (Torino e Venezia) rivolta ad operatori specializzati, amministratori e funzionari degli Enti locali e per operatori del media del gioco in agli amministratori locali, che ha visto nella 2° seconda giornata un momento di confronto diretto con i commercianti coinvolti nella formazione esercenti. Il completo report finale evidenzia come sia necessaria un'azione di coordinamento trasversale tra operatori della salute, istituzioni centrali e locali (in specie i Comuni) e le organizzazioni imprenditoriali, nel rispetto delle competenze di ognuno, per la “messa a punto di modelli possibili per la prevenzione e la riduzione dell’impatto additivo sui singoli giocatori delle differenti tipologie di gioco, nella cornice teorica del cosiddetto ‘gioco responsabile’ “Progetto regionale “Fate il nostro gioco”.

L’iniziativa, coordinata dal gruppo tecnico regionale composto da Sanità, Istruzione e Ufficio scolastico egionale, ha organizzato, insieme con l’Osservatorio regionale sul fenomeno dell’usura del Consiglio egionale venti conferenze sulla matematica del gioco d’azzardo nel corso degli anni scolastici 2012/2013 e 2013/2014.

Tali conferenze sono state affidate ad un’agenzia specializzata in collaborazione con gli operatori dei Ser.D e rivolte a studenti delle scuole medie superiori, coinvolgendo, nell’a.s. 2012/2013, 24 scuole per 128 classi con 2670 studenti e 133 docenti e nell’a.s. 2013/2014 44 scuole per 160 classi con 3344 studenti e 149 docenti. Grazie al grande successo dell’iniziativa, alla sua peculiarità e scientificità ed al relativamente poco rilevante impegno economico, si scelto di replicarla anche per l’a.s. 2014/2015.

Convegni

“Giocare per vivere o vivere per giocare” (2006); “Quando il gioco diventa un giogo” (2006), evento finale del progetto “Verso un Gioco Responsabile” (progetto realizzato con il contributo della Regione Piemonte Fondi Legge 45/99 e realizzato dalla ASL 14 VCO); “Giocare per vivere o vivere per giocare 2” (2009).

Queste iniziative hanno richiamato molti studiosi anche da fuori regione e, oltre a presentare le esperienze di trattamento dei servizi, per la prima volta in Piemonte hanno affrontato in modo organico il tema dell’impatto sanitario, sociale ed economico del gioco d’azzardo, anche confrontandosi con esperti stranieri.

#### ARTICOLAZIONE DEI SERVIZI

Nel 2004 nasce il coordinamento operatori GAP della Regione Piemonte, che vede coinvolte le varie ASL già attive in questo ambito, con la finalità di un confronto clinico ed esperienziale fra operatori e come momento di formazione, tuttora attivo in ambito regionale. Con deliberazione 30 novembre 2007, n. 201 (Finanziamenti regionali per iniziative a favore per la lotta alle dipendenze patologiche. Assegnazione, impegno ed erogazione alle Aziende sanitarie regionali della somma di euro 1.579.131,68), la Regione Piemonte ha approvato il progetto regionale di implementazione e di sviluppo della rete dei servizi che si occupano di gioco d’azzardo patologico e istituito un gruppo di lavoro regionale sul GAP di supporto alla Direzione Regionale Sanità, con il compito di rendere omogenea sul territorio regionale la rete dei servizi per il GAP e di migliorare l’accessibilità degli utenti. Dal 2008, anche in ottemperanza al PSSR 2007-20010, tutte le SC Ser.D dei Dipartimenti di Patologia delle Dipendenze della Regione Piemonte si sono dotate di ambulatori specifici, sportelli dedicati o gruppi di operatori formati che prendono in carico i giocatori d’azzardo patologici, fornendo una risposta uniforme e capillare sul territorio. Allo stato attuale (rilevazione 2013) sono attivi 38 punti ambulatoriali sul territorio piemontese per il trattamento dei giocatori patologici I giocatori piemontesi possono avvalersi di terapie specializzate, attraverso il contributo di equipe multiprofessionali che nel tempo hanno acquisito una formazione e una competenza specifica e possono, se necessario, usufruire di terapie residenziali nelle Comunità pubbliche o nella rete degli Enti Ausiliari piemontesi che, gradualmente, si stanno attrezzando per gestire questa patologia.

Il numero di giocatori patologici in carico ai servizi è progressivamente aumentato, passando da 166 del 2005 (primo anno in cui sono stati censiti) a 1256 del 2013.

Comunità “Lucignolo” di Rivoli, modulo “Bisogna saper perdere” Sul territorio regionale esiste una struttura residenziale pubblica gestita dall’Asl To3, sita nel centro storico del comune di Rivoli, che

dal settembre 2006 offre uno specifico programma residenziale per giocatori. Da allora sono stati inseriti in comunità per il percorso terapeutico residenziale 61 soggetti, 4 donne e 57 maschi. Inoltre sono attivi percorsi residenziali brevi, della durata di una decina di giorni, denominati “Sidecar”, sempre gestiti dalla ASL TO3. I primi percorsi sperimentali risalgono al 2006 e nel corso degli anni hanno usufruito di questa opportunità terapeutica 156 giocatori, 121 piemontesi e 35 provenienti da altre regioni.

Risorse umane dedicate.

In base alle ultime rilevazioni sono circa 200 gli operatori dei servizi di Patologia delle Dipendenze coinvolti a tempo parziale nel trattamento dei giocatori, così suddivisi: circa 60 psicologi, 40 medici, 45 educatori professionali, 30 assistenti sociali e 25 infermieri. Il tempo medio settimanale dedicato a questa area di attività varia dalle 6,5 ore settimanali per gli psicologi alle 2,7 ore settimanali per i medici e gli infermieri.

ANALISI SWOT punti forza Punti debolezza

opportunità Minacce

storia, azioni, attività

offerta di gioco capillare e targettizzata

Contesto normativo favorevole

offerta giochi online

rete esistente scarsa conoscenza dell'ampiezza del fenomeno

riconoscimento nei LEA del GAP

resistenze da parte dell'industria del gioco

risorse dedicate insufficienti ed estemporanee

creazione di una rete intersettoriale

equilibrio tra investimenti di promozione del gioco e risorse per la prevenzione

PARTE 2 – PIANO OPERATIVO

OBIETTIVI E AZIONI DEL PIANO

In relazione a quanto menzionato, ai dati epidemiologici nazionali e regionali, e in ottemperanza a quanto indicato dalle normative nazionali e regionali, il presente Piano integrato per il contrasto, la prevenzione e la riduzione del rischio della dipendenza dal gioco d'azzardo patologico della Regione Piemonte al GAP (di seguito Piano integrato) intende innanzitutto perseguire l'obiettivo generale di garantire la tutela della salute dei propri cittadini, attraverso una serie di azioni finalizzate a prevenire il gioco d'azzardo patologico (GAP) e a tutelare soprattutto le fasce più deboli e maggiormente vulnerabili della popolazione.

TARGET

La popolazione in generale è il principale destinatario diretto del presente Piano, con particolare attenzione alle fasce più deboli e vulnerabili (uomini appartenenti alla classe socio-economica mediobassa, giovani, anziani, ecc.).

Per raggiungere i soggetti sopraccitati si individuano quali destinatari indiretti del Piano i seguenti: Ø operatori istituzionali regionali, delle Aziende sanitarie o convenzionati (MMG/PLS); Ø operatori del terzo settore; Ø docenti e studenti delle scuole primarie, secondarie di primo e secondo grado e universitari; Ø genitori e famiglie; Ø esercenti e associazioni di categoria e di rappresentanza; Ø altri portatori di interesse. I destinatari indiretti, saranno coinvolti in modo attivo nella realizzazione delle attività, anche in considerazione del ruolo professionale, della prossimità con i soggetti più vulnerabili e della specifica esperienza maturata sul tema.

OBIETTIVO GENERALE 1 - PREVENZIONE

Una strategia di promozione della salute e di prevenzione dal gioco problematico e patologico non può prescindere dal riconoscere il gioco come attività lecita, regolamentata e non necessariamente disfunzionale, o da criminalizzare ma da inserire in una politica complessiva di salute pubblica,

valutandone ed affrontandone i rischi connessi ed adottando le politiche conseguenti volte ad annullare, minimizzare, monitorare le derive problematiche e patologiche. In questa prospettiva è importante che sia programmata non solo una sistematica valutazione sull'impatto che la diffusione delle diverse forme di gioco può avere per una comunità, adottando di conseguenza misure di contenimento dei costi sociali e sanitari, ma anche una costante e trasparente conoscenza e valutazione del rapporto costi/benefici in modo da operare scelte consapevoli ed attente ai rischi sociali e sanitari.

Un grande sforzo va inoltre instradato sul piano culturale, familiare e politico: va, infatti, costruito molto sul piano culturale, educativo, familiare, politico perché il gioco rischia di diventare il vero "luogo" di riscatto della vita conducendo le persone ad affidarsi all'irrazionale, anziché partecipare alla costruzione del bene comune, anziché associarsi nell'affrontare i problemi e le sfide, i conflitti della quotidianità, anziché affidarsi alle proprie capacità ed alla sfera razionale.

Vanno poi individuati i fattori di rischio individuali e sociali e posta attenzione alle disuguaglianze sociali; particolari condizioni di fragilità (individuale, economica, relazionale, culturale, sociale) rischiano infatti di trovare, attraverso l'incontro e la pratica del gioco, il terreno per amplificare situazioni di emarginazione.

Particolare attenzione deve quindi essere posta ad iniziative di prevenzione mirata rispetto a determinate categorie quali i giovani, le donne, gli anziani, gli immigrati.

La prevenzione dal gioco patologico può, pertanto, essere intesa come un processo articolato su differenti livelli di intervento: · un primo livello di tipo strutturale che ha a che fare con le politiche, con gli investimenti, con le limitazioni, le risorse messe a disposizione, la strutturazione di programmi e progetti. · un secondo piano che interessa l'informazione di tipo generale sui rischi legati al gioco d'azzardo, sulle reali possibilità di vincita, sull'uso consapevole del denaro, sull'esistenza dei servizi e delle possibilità di cura. · un terzo livello attinente le pratiche educative attraverso la costruzione e la diffusione nei setting scolastici di interventi a finalità preventiva e di promozione della salute realizzati in setting specifici e sulla base di metodologie riproducibili. · un ultimo livello che attiene alla cura favorendone sia l'accesso che la qualità della risposta. La prevenzione trova supporto anche nelle attività e negli strumenti di comunicazione, le finalità di un piano di comunicazione stanno nella capacità di mobilitare e indirizzare nella giusta direzione tutte le energie, anche localmente disponibili, per contribuire ad una capillare azione informativa.

Pertanto gli indirizzi generali contenuti in questo piano dovranno essere adottati dalle forze sociali che in qualche modo interagiscono con l'ambiente del gioco.

L'uso appropriato degli strumenti di comunicazione e la loro realizzazione richiede adeguate competenze specialistiche, in assenza delle quali le campagne rischiano di essere scarsamente efficaci.

La valutazione dell'efficacia di campagne informative sul tema è, a tutt'oggi, priva di evidenze scientifiche non essendo mai stata oggetto di iniziative analoghe, almeno sul territorio nazionale. Il modello teorico di riferimento per l'elaborazione del piano di comunicazione è quello relativo allo "stadio di cambiamento" che individua in modo sequenziale gli stadi della: - sensibilizzazione: primo livello informativo generale sia a livello di contenuti che di pubblico di riferimento, e di conseguenza anche di strumenti informativi di massa; - riconoscimento: presa di coscienza del problema; - atteggiamento: disponibilità teorica al cambiamento; - azione: sperimentazione delle alternative proposte; - assimilazione: al corretto comportamento.

Le prime tre fasi saranno accompagnate da azioni di comunicazione, mentre per ultime spetta ai servizi soddisfare le aspettative degli utenti e conseguentemente fidelizzarli ad un comportamento corretto.

#### **OBIETTIVO SPECIFICO 1: RAFFORZARE L'ASSE STRUTTURALE**

Il piano strutturale si organizza a livello macro con interventi che agiscono su leggi, politiche e risorse economiche e a livello esecutivo con la realizzazione di progetti specifici, la collaborazione tra le diverse agenzie (sanità, scuola, enti locali, forze dell'ordine, associazionismo, filiera del gioco), l'organizzazione sanitaria (attraverso l'adeguamento organizzativo dei servizi e la formazione degli

operatori) e la rete di accoglienza alle persone e familiari con problematiche di gioco. Il piano di intervento strutturale prevede anche strategie di contrasto alle diseguaglianze sociali e politiche di welfare nonché attenzione agli elementi ambientali e dell'offerta di giochi sia in senso quantitativo (numeri di giochi, orari, luoghi) sia in senso qualitativo (tipologia di giochi e livello di rischiosità degli stessi).

In questa prospettiva è di fondamentale importanza l'omogeneizzazione dei regolamenti comunali volti a razionalizzare e limitare l'offerta di gioco circoscrivendo, regolamentando, controllando e separando "gli ambienti ed i momenti di gioco" dagli ambienti di "non gioco" così come la formazione del personale della polizia locale, degli esercenti, etc.

Per quanto concerne la formazione degli esercenti la deliberazione della Giunta regionale 2 agosto 2006, n. 152-3672 (Formazione Professionale

Il sistema regionale degli standard formativi declinato per competenze, anche in riferimento alla costruzione degli standard minimi nazionali L.R. n. 63/1995: art. 20 - definizione dei percorsi di progettazione e degli standard formativi, art. 24 - modalità di espletamento delle prove finali, del rilascio delle attestazioni, della nomina delle commissioni esaminatrici, art. 14 - riconoscimenti) ne definisce gli standard formativi declinati per competenze. L'attivazione-disciplina delle attività formative sarà svolta dalla Direzione Coesione sociale - Settore standard formativi e orientamento professionale in collaborazione con le altre direzioni titolari della materia.

#### **OBIETTIVO SPECIFICO 2: AUMENTARE LA CONOSCENZA DEI RISCHI POTENZIALI**

Numerosi studi hanno evidenziato come i messaggi pubblicitari sul gioco d'azzardo e la disponibilità dei giochi nella comunità possano esercitare un'influenza significativa sulla probabilità per gli adolescenti di iniziare a giocare d'azzardo e di sviluppare comportamenti patologici di gioco. E' necessario quindi organizzare un piano di comunicazione volto ad aumentare la consapevolezza intorno ai rischi derivanti da gioco, alla consapevolezza delle reali probabilità di vincita, ad un approccio razionale nei confronti del denaro nonché informare sulla disponibilità dei luoghi di cura e consulenza.

Questo sia nei confronti della popolazione generale (prevenzione universale) sia di specifici segmenti della stessa (prevenzione selettiva) attraverso diverse modalità e prevedendo anche forme di comunicazione e di materiale informativo anche all'interno dei luoghi di gioco. L'attuale momento socio economico, improntato all'esaltazione degli individualismi che riducono la dimensione umana ad un insieme di responsabilità autoreferenziali e ricerca del "particolare" ci rende particolarmente vulnerabili a messaggi che ci riducono a soggetti passivi, refrattari e impermeabili nonché influenzabili dalle cosiddette "teorie soggettive" (-io non ho quel problema-, -gioco solo ogni tanto- ecc.) per cui, le risposte più immediate, si sostanziano in strategie fondate sulla paura e la repressione, strategie che, pur destando attenzione, non sono durature nel tempo e non contribuiscono costruire una cultura profonda del gioco responsabile.

Peraltro le semplici raccomandazioni sembrano passare del tutto inosservate. Si propone, pertanto, una terza via, basata su di un approccio comunicativo di tipo "ostensivo", che mostri i fatti nel modo più indirettamente intersoggettivo, lasciando che le persone valutino le informazioni ricevute, prendano in considerazione gli stati di comportamento più adeguati e li facciano propri. L'obiettivo è quello di presentare i fatti relativi alle problematiche del Gioco d'Azzardo (dati, probabilità statistiche di vincite, esperienze, ecc) con strumenti di comunicazione atti a raggiungere un target generico con strumenti massivi diversi, ma con messaggi univoci.

L'approccio comunicativo suddetto, ovvero interventi mirati su fasce di popolazione maggiormente a rischio in grado di sviluppare problematicità e realizzati attraverso progetti specifici in ambiti definiti, è supportato da alcuni riscontri positivi in particolare nell'ambito studentesco ed educativo.

In questa prospettiva le ricerche a partire dai primi studi evidenziano una crescente attenzione e diffusione, in particolare nella popolazione studentesca: in estrema sintesi tali studi evidenziano una buona efficacia nel mettere in discussione e ridurre le false credenze sul gioco d'azzardo, un aumento delle conoscenze sulla probabilità di vincita e su fattori quali l'illusione del controllo (la percezione di potere influire sul un evento altrimenti casuale), l'inutilità di strategie vincenti, e così via.

Che gli studenti partecipanti evidenzino di migliorare significativamente conoscenze sul gioco d'azzardo sembra un dato riconosciuto dagli studi, ma pochi e molto fragili appaiono i risultati, soprattutto a medio-lungo termine, che indichino un'effettiva diminuzione dei rischi nello sviluppare comportamenti problematici.

Risulta comunque opportuno e corretto agire sul piano delle conoscenze razionali e della coscienza dei meccanismi legati al gioco d'azzardo, pur nella consapevolezza che questa maggiore conoscenza non rappresenta di per sé un deterrente dal coinvolgimento problematico nel gambling, costruendo, realizzando, valutando ed implementando un modello di azione rivolto agli adolescenti in ambito scolastico, che preveda un kit specifico di apprendimento e veda la partecipazione attiva di insegnanti ed operatori.

### **OBIETTIVO SPECIFICO 3: PROMUOVERE LA CONSAPEVOLEZZA NEI SOGGETTI A RISCHIO E POTENZIARE L'INFORMAZIONE DI ACCESSO AI SERVIZI**

L'accesso ai servizi di cura rappresenta uno snodo rilevante: la facilitazione dell'accesso rappresenta un obiettivo prioritario poiché i dati disponibili evidenziano come la quota dei trattati nei servizi sia notevolmente inferiore rispetto alla quota dei soggetti che presenterebbero problemi di gioco d'azzardo eccessivo o problematico

Occorre agire su due piani, da una parte favorire la presa di coscienza soggettiva, della persona o di un familiare, rispetto al problema con il conseguente superamento delle inibizioni nel chiedere aiuto prima di un'evoluzione dannosa sul piano sanitario, economico, lavorativo, familiare; dall'altra rendere i servizi meno etichettati ed etichettanti, più accoglienti (facilità di contatto ed accesso, fasce orare, liste di attesa) ed in grado di offrire un'alta qualità delle cure.

Rispetto al primo piano vanno individuati i target primari, ovvero i soggetti che statisticamente rappresentano la fascia di popolazione maggiormente interessata da fenomeni di dipendenza patologica da gioco e le famiglie che subiscono il problema, per i quali la comunicazione deve porsi come obiettivo far emergere l'identificazione di un problema e prospetterne le possibili soluzioni. Saranno pertanto proposti degli strumenti di comunicazione in situazioni di comunità che consentano anche il rapporto diretto con gli esperti, e indicatori di misurazione della dipendenza per aumentare la presa di coscienza.

Quasi contestuale alla fase precedente l'incentivazione a "fare la prima mossa" verso i servizi di cura e l'informazione puntuale ed esaustiva su quali strumenti essi offrono agli utenti e quali sono le principali preoccupazioni dei soggetti ad avvicinarsi ai servizi (richiesta di anonimato? costo della cura? ecc.). In questo ambito diventano fondamentali le alleanze con le potenziali "antenne" capillarmente presenti sul territorio (parrocchie, medici di medicina generale, ecc) che ricoprono il ruolo di moltiplicatori dell'azione preventiva.

### **OBIETTIVO SPECIFICO 4: OSSERVAZIONE E STUDIO DEL FENOMENO E MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA'**

L'osservazione e lo studio del fenomeno del gioco d'azzardo, congiuntamente al monitoraggio delle attività complessive, si raggiunge anche attraverso il potenziamento del già esistente Osservatorio Regionale delle Dipendenze, Servizio della SC sovrazonale di epidemiologia dell'ASL TO3. L'Osservatorio regionale, con il supporto fattivo dei Settori regionali competenti per materia, produrrà un report periodico contenente dati sull'andamento del fenomeno del gioco a rischio di sviluppare dipendenza in Piemonte (comparato alla situazione nazionale), sulle modalità di realizzazione degli interventi previsti dalla normativa (censimento degli esercizi aderenti all'iniziativa "Slot no grazie" e gli atti adottati dai comuni relativi alle funzioni di vigilanza e controllo).

Per migliorare l'efficacia delle azioni previste si intende inoltre avviare un progetto di sovra campionamento della sezioni relative al gioco inserite negli studi ESPAD (ricerca sui comportamenti d'uso di sostanze psicotrope, legali e non, da parte degli studenti e delle studentesse di età compresa fra i 15 e i 19 anni frequentanti le scuole medie superiori italiane) e IPSAD (studio di prevalenza sull'uso di sostanze psicoattive, lecite ed illecite, sulla popolazione in generale. Le molteplici attività servono a valorizzare e diffondere su tutto il territorio regionale sia le buone pratiche esistenti che la

realizzazione di nuove, attraverso il potenziamento dei Piani Locali delle Dipendenze, attività già contemplate e normate da atti regionali pregressi.

L'Amministrazione regionale è pertanto orientata a realizzare un "Panel" di strumenti, di diversa natura e con caratteristiche differenti, finalizzati alla costruzione di modelli il più possibile standardizzati che permettano un approccio sistemico al problema.

Essendo cruciale per questa tipologia di dipendenza l'intercettazione precoce, è necessario supportare il primo livello di intercettazione, il cosiddetto "punto di accesso"; occorre quindi stimolare e aumentare le opportunità di contatto degli operatori anche al di fuori degli sportelli di informazione specialistici, al fine di organizzare e gestire al meglio le informazioni raccolte.

Relativamente alle azioni di comunicazione è importante che le campagne di informazione e sensibilizzazione mirate alla prevenzione e al contrasto del gioco d'azzardo patologico siano rivolte ad un pubblico target ben identificato, poiché target differenti sono attirati da messaggi con caratteristiche diverse. Allo stesso modo sono importanti le iniziative volte alla restrizione complessiva dell'offerta in termini di risposta preventiva e di riduzione del danno: alcuni studi infatti rafforzano l'ipotesi di una relazione fra la disponibilità di gioco ed i tassi di gioco problematico. Aumentare i livelli di informazione sulla popolazione supporta e favorisce l'implementazione di altre iniziative politiche.

Combinata con le strategie di sviluppo di comunità, le campagne informative si sono dimostrate efficaci nell'influenzare gli atteggiamenti verso il gioco d'azzardo. Inoltre iniziative di prevenzione generale rivolte ad una vasta gamma di problemi ed indirizzate specialmente ai giovani possono risultare efficaci e rappresentare componenti essenziali per la prevenzione del GAP poiché molti fattori di vulnerabilità per il gioco d'azzardo patologico coincidono con quelli per lo sviluppo di abuso di sostanze, psicopatologie e altre problematiche. Infine, relativamente alla promozione di una cultura finalizzata allo sviluppo delle life skills e della peer education, tese all'identificazione dei fattori di rischio, si intende adottare strategie educative mirate al potenziamento delle abilità personali, al fine di favorire processi di apprendimento positivo che facilitino lo sviluppo di un pensiero critico, nonché l'autoconsapevolezza dei rischi legati al gioco d'azzardo. Inoltre, l'adozione delle succitate modalità educative risulta strategica in vista del raggiungimento e del coinvolgimento attivo della popolazione giovanile, permettendo in tal modo di proteggere una delle fasce più vulnerabili, mediante la promozione di buone relazioni sociali e di buone pratiche di promozione della salute.

#### OBIETTIVO GENERALE 2 – CURA

La costruzione di un piano relativo all'offerta di trattamenti adeguati per le persone affette da disturbi da gioco d'azzardo deve tener conto di un'elevata complessità di quadri clinici e di contesto presenti tra cui: - la scarsa consapevolezza della propria condizione di difficoltà, o di vera e propria patologia, che spesso caratterizza la situazione del giocatore problematico; - la forte ambivalenza tra l'aspettativa di migliorare la propria condizione di salute e ridurre la situazione di tensione o di conflitto nelle relazioni intra ed extra familiari e quella del desiderio di poter continuare, seppure in misura ridotta, la propria pratica di gioco d'azzardo; - le diverse tipologie delle persone coinvolte legate a differenze di età, di modalità, grado di coinvolgimento e tipo di gioco, nonché a molteplici profili di personalità e relative risorse, di condizioni di salute, di condizioni economiche nonché di ulteriori variabili culturali e sociali. L'incrocio dei summenzionati elementi determina un'ampia gamma di situazioni connesse a bisogni specifici che vanno tradotte in un'articolata e personalizzata gamma di risposte e di offerte di intervento. A rendere ancora più complessa la costruzione di piani di lavoro terapeutico-riabilitativi efficaci, oltretutto realisticamente applicabili e fruibili, va considerato un ulteriore fattore: mentre per alcuni disturbi collegati all'esposizione a stimoli che attivano il desiderio di agire un certo comportamento problematico (ad es. per il consumo di droga) è possibile strutturare delle strategie di evitamento di tale esposizione (ad es. evitando di frequentare certe zone o certi locali ecc.), le stesse sono attualmente quasi impraticabili per il gioco d'azzardo. Infatti, la fortissima e pervasiva pressione mediatica ed esperienziale (mass-media, elevato numero di locali pubblici di concrete offerte di gioco, canali online, ecc.) rende difficilissimo, se non impossibile, ridurre per i soggetti in cura l'esposizione a stimoli che possono riattivare un desiderio impellente, il craving, e il conseguente sviluppo e messa

in atto di azioni che conducono al gioco. Nella definizione degli obiettivi personalizzati per ciascun paziente pertanto, oltre alla ricerca di una riduzione del comportamento compulsivo orientato all'astensione della pratica del gioco d'azzardo, vanno ricercati anche quelli relativi al miglioramento dello stato di salute, dell'autostima e dell'autonomia della persona, delle condizioni economiche e relazionali. Per il raggiungimento di questi obiettivi occorre sviluppare e consolidare, attraverso un'attenta programmazione formativa, i contenuti culturali e tecnico-professionali di chi opera nei setting specialistici per la cura di questi pazienti, creando altresì un'estesa sensibilizzazione e consapevolezza tra i molteplici soggetti sociali e gli operatori socio-sanitari dei diversi settori al fine di sostenere i percorsi di emersione della problematica, l'aumento della consapevolezza sociale e personale e il sostegno alla motivazione, accompagnamento e invio ai servizi di cura. Attualmente nella nostra Regione la presa in carico dei giocatori d'azzardo patologici è garantita dai Dipartimenti e dei Servizi per la Patologia delle dipendenze, in congruità con la recente riclassificazione del Disturbo da gioco d'azzardo nell'ambito dei disturbi da addiction. In tutte le AA.SS.LL. piemontesi sono attivi interventi trattamentali per questa tipologia di utenza ma con un'offerta disomogenea in quanto, accanto a territori nei quali è stato insediato un Servizio con una specifica dotazione organica, una sede dedicata, un orario di apertura al pubblico e così via, vi sono invece realtà nelle quali la situazione è più frammentata specie a causa dell'inadeguatezza di risorse (umane e non) disponibili. Dal punto di vista dell'offerta specialistica è invece necessario garantire un'organizzazione più stabile e strutturata dei servizi dedicati, garantendo un adeguato profilo quali-quantitativo e di uniformità dell'offerta di base, la possibilità di sviluppare ricerca clinica ed epidemiologica, l'estensione delle buone pratiche e la massimizzazione dell'impiego delle risorse elettive specialistiche già presenti, il sostegno all'accessibilità ai servizi collegato alla corretta comunicazione e promozione del valore dell'offerta effettivamente disponibile.

Allo stato attuale le cure disponibili in Piemonte rappresentano quasi l'intera gamma dei trattamenti validati dalla letteratura scientifica internazionale, con la presenza anche di rilevanti esperienze originali. Il principale problema non è quindi rappresentato dall'attivazione ex novo di nuovi interventi, quanto dalla loro omogenea distribuzione sul territorio regionale e la messa a disposizione all'utenza dell'intera Regione degli interventi di alta specializzazione come quelli residenziali sperimentati da 10 anni presso l'ASL TO3.

Interventi quali accoglienza e presa in carico dei pazienti, assessment psicologico con particolare rilievo allo spettro depressivo (prevenzione del suicidio), monitoraggio del sintomo, sostegno psicologico, psicoterapia individuale con le specifiche tecniche validate dalla evidenza di efficacia (CBT, colloquio motivazionale), sostegno al nucleo familiare e messa in protezione dei minori, consulenza/tutoraggio legale, patrimoniale ed economico-finanziario, andranno garantiti in ogni presidio locale per la cura del disturbo da gioco d'azzardo.

Potranno viceversa essere organizzati su territori con bacini più ampi ulteriori interventi quali gruppi di auto-mutuo aiuto tra pazienti, gruppi psico-educazionali per pazienti, psicoterapia di gruppo per pazienti e gruppi di sostegno, psico-educazionali per familiari. Si sottolinea, in sintesi, l'importanza di équipe integrate con percorsi di trattamento articolate a seconda delle diverse tipologie di pazienti e delle diverse fasi del trattamento così come la necessità di avvalersi di una rete che veda la partecipazione di diversi soggetti e setting (MMG, servizi sociali, centri residenziali, consulenti su aspetti economici/usura) ed anche "luoghi" non connotati sanitariamente ove sia possibile rivolgersi per una consulenza o un primo colloquio. Di rilievo è anche la possibilità di strutturare interventi "senza il paziente" (es. consulenze, implementazione di gruppi per familiari) così come accessi ai servizi differenziati per fasce orarie e tipologie di trattamento.

#### **OBIETTIVO SPECIFICO 1 – POTENZIARE L'ACCESSIBILITÀ E L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI –**

L'attuale organizzazione degli interventi in atto in Piemonte per la presa in carico delle persone affette da gioco d'azzardo patologico e dei loro familiari è prevalentemente il risultato - in un regime in cui l'attività non era inserita a pieno titolo nei LEA - della progressiva stratificazione, a partire dai primi anni 2000, di scelte locali delle singole AA.SS.LL. e dei singoli gruppi di lavoro nei Servizi per

la Patologia delle dipendenze. Nella nostra Regione la presa in carico dei giocatori d'azzardo patologici è garantita dai Dipartimenti e dei Servizi per la Patologia delle dipendenze, in congruità con la recente riclassificazione del Disturbo da gioco d'azzardo nell'ambito dei disturbi da addiction. In tutte le AA.SS.LL. piemontesi sono attivi interventi trattamentali per questa tipologia di utenza ma con un'offerta disomogenea in quanto, accanto a territori nei quali è stato insediato un Servizio con una specifica dotazione organica, una sede dedicata, un orario di apertura al pubblico e così via, vi sono invece realtà nelle quali la situazione è più frammentata specie a causa dell'inadeguatezza di risorse (umane e non) disponibili. Dal punto di vista dell'offerta specialistica è invece necessario garantire un'organizzazione più stabile e strutturata dei servizi dedicati, garantendo un adeguato profilo quali-quantitativo e di uniformità dell'offerta di base, la possibilità di sviluppare ricerca clinica ed epidemiologica, l'estensione delle buone pratiche e la massimizzazione dell'impiego delle risorse elettive specialistiche già presenti, il sostegno all'accessibilità ai servizi collegato alla corretta comunicazione e promozione del valore dell'offerta effettivamente disponibile. In ciascuna ASL è opportuno che l'intervento nell'ambito del gioco d'azzardo abbia: - una configurazione formalizzata da parte dell'Amministrazione su istruttoria del Servizio per le Dipendenze; - un orario settimanale definito e pubblicizzato con almeno una giornata con apertura preserale per favorire l'accesso dei lavoratori e dei famigliari; - del personale dedicato (a tempo pieno o parziale) con attribuzione formale con la presenza costante delle figure professionali di: assistente sociale, educatore professionale e psicologo/psicoterapeuta e facoltativa di medico (psichiatra), sociologo e consulente legale/patrimoniale; - un luogo di erogazione delle attività che privilegi la prossimità in analogia all'erogazione degli interventi per l'uso problematico di sostanze.

#### OBIETTIVO SPECIFICO 2 – AMPLIARE L'OFFERTA E LE TIPOLOGIE DI CURA –

In termini di sistemi assistenziali, le prestazioni erogabili per la cura e la riabilitazione dei soggetti affetti da gioco d'azzardo patologico sono contenute negli articoli 28 e 34 dello Schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri recante definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'articolo 1, comma 7, 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).

Allo stato attuale le cure disponibili in Piemonte rappresentano quasi l'intera gamma dei trattamenti validati dalla letteratura scientifica internazionale, con la presenza anche di rilevanti esperienze originali. Il principale problema non è quindi rappresentato dall'attivazione ex novo di nuovi interventi, quanto dalla loro omogenea distribuzione sul territorio regionale e la messa a disposizione all'utenza dell'intera Regione degli interventi di alta specializzazione come quelli residenziali sperimentati da 10 anni presso l'ASL TO3. Interventi quali accoglienza e presa in carico dei pazienti, assessment psicologico con particolare rilievo allo spettro depressivo (prevenzione del suicidio), monitoraggio del sintomo, sostegno psicologico, psicoterapia individuale con le specifiche tecniche validate dalla evidenza di efficacia (CBT, colloquio motivazionale), sostegno al nucleo familiare e messa in protezione dei minori, consulenza/tutoraggio legale, patrimoniale ed economico-finanziario, andranno garantiti in ogni presidio locale per la cura del disturbo da gioco d'azzardo. Potranno viceversa essere organizzati su territori con bacini più ampi ulteriori interventi quali gruppi di auto-mutuo aiuto tra pazienti, gruppi psico-educazionali per pazienti, psicoterapia di gruppo per pazienti e gruppi di sostegno, psico-educazionali per familiari.

Si sottolinea, in sintesi, l'importanza di équipe integrate con percorsi di trattamento articolate a seconda delle diverse tipologie di pazienti e delle diverse fasi del trattamento così come la necessità di avvalersi di una rete che veda la partecipazione di diversi soggetti e setting (MMG, servizi sociali, centri residenziali, consulenti su aspetti economici/usura) ed anche "luoghi" non connotati sanitariamente ove sia possibile rivolgersi per una consulenza o un primo colloquio. Di rilievo è anche la possibilità di strutturare interventi "senza il paziente" (es. consulenze, implementazione di gruppi per familiari) così come accessi ai servizi differenziati per fasce orarie e tipologie di trattamento. Sarà promossa l'attivazione da parte degli Enti accreditati di altre esperienze di trattamento residenziali /semiresidenziali dei giocatori patologici con particolare riguardo ai territori ad oggi scoperti. In

considerazione del rilevante scarto tra soggetti in trattamento e giocatori problematici stimati dovranno essere studiati e messi in atto in tutti i territori regionali interventi di outreach tramite tutti i canali formali e informali individuabili.

### OBIETTIVO SPECIFICO 3 – AGGIORNARE E FORMARE GLI OPERATORI DEI SERVIZI SANITARI –

Si individua un piano formativo variamente articolato sulla base del grado di competenza professionale specifica maturata dei destinatari e del peculiare ruolo occupato nell'ambito della rete di Servizi sociosanitari che si occupano di problematiche connesse al disturbo da gioco d'azzardo:

Destinatari · Figure professionali del settore sociosanitario che, pur non occupandosi in maniera specifica e privilegiata di patologie da dipendenza o più in particolare di disturbo da gioco d'azzardo, possono comunque a vario titolo intercettare il fenomeno (MMG, operatori dei DSM e dei Servizi Sociali, mediatori culturali, rappresentanti di enti assistenziali religiosi o del privato sociale, di centri d'ascolto, di associazioni di volontariato, delle fondazioni antiusura, ...). · Figure professionali operanti in Servizi pubblici o privati dell'area dipendenze che non abbiano ancora maturato una esperienza specifica rispetto alla prevenzione, diagnosi e cura del Disturbo da gioco d'azzardo. · Figure professionali che abbiano maturato esperienze specialistiche e competenze specifiche nella prevenzione e nel trattamento del disturbo da gioco d'azzardo e delle problematiche ad esso correlate

Obiettivi generali per la formazione di base · Favorire la diffusione di una conoscenza più accurata del fenomeno e delle possibili modalità di intervento; stimolare lo sviluppo di competenze che consentano di individuare precocemente situazioni a rischio o francamente problematiche; facilitare la collaborazione tra i diversi soggetti della rete e le procedure di invio ai Servizi dedicati.

Obiettivi generali per la formazione specialistica · Favorire l'acquisizione di competenze che facilitino il riconoscimento precoce di comportamenti a rischio o francamente problematici; sollecitare una riflessione sulle possibili interazioni tra disturbo da gioco d'azzardo ed altre patologie da dipendenza; diffondere informazioni più dettagliate circa azioni e iniziative realizzate o progettate a livello regionale e locale. · Favorire l'aggiornamento e la formazione continua dei professionisti che si occupano in maniera specifica di prevenzione e trattamento del disturbo da gioco d'azzardo e delle problematiche ad esso correlate; stimolare l'affinamento di conoscenze e competenze, anche al fine di migliorare la qualità dei servizi erogati e l'efficacia degli interventi progettati e attuati; sollecitare e supportare la ricerca a l'acquisizione di modelli teorici e strategie operative che consentano di affrontare adeguatamente le criticità riscontrate nella pratica quotidiana; facilitare il confronto tra i professionisti e la conoscenza e valorizzazione delle esperienze maggiormente consolidate, anche al fine di individuare "buone pratiche" trasferibili o adattabili anche a contesti diversi da quello originario (o che possano comunque costituire riferimento o ispirazione nell'ambito della progettazione clinica e organizzativa).

Principali contenuti / tematiche da sviluppare · Il gioco d'azzardo: definizione; cenni sugli aspetti contestuali, socioculturali ed epidemiologici; normativa e politiche sociali. · Come individuare l'eventuale presenza di condotte di gioco problematiche o patologiche e facilitare l'emergere di una specifica richiesta di supporto: riflessione sulle aree da esplorare e sui possibili approcci da utilizzare nella relazione con l'utenza; presentazione di strumenti di screening specifici e delle relative modalità di applicazione ed interpretazione. · Clinica del disturbo da gioco d'azzardo: fattori di vulnerabilità e di resilienza; variabilità dei percorsi eziopatogenetici, dei quadri clinici, delle manifestazioni sintomatologiche e delle implicazioni psicologiche, relazionali e sociali; aspetti neurobiologici; comorbilità. · Gioco d'azzardo e utilizzo di sostanze psicoattive: analisi delle molteplici possibili relazioni e reciproche interazioni tra le diverse forme di addiction. · Aspetti medici e neurobiologici; aggiornamento sulle ricerche e sulle evidenze cliniche più recenti, anche in riferimento al trattamento farmacologico. · Il processo di valutazione diagnostica e gli strumenti di assessment: linee guida, aree/dimensioni da esplorare e principali strumenti di screening. · Il trattamento: approcci terapeutici; modelli, strumenti e setting di intervento; problematiche e criticità specifiche. · Interventi terapeutici su popolazioni particolari, quali ad esempio adolescenti, anziani, donne, pazienti parkinsoniani. · Elementi normativi, giuridici e criminologici (aspetti di tutela personale, patrimoniale e familiare;

certificazione; ...). · Aspetti di complessità relativi alla gestione delle amministrazioni di sostegno, con particolare riferimento alla necessità di costruire e diffondere, tra i diversi soggetti coinvolti (Servizi GAP, Ufficio Tutela, Amministratori di sostegno, Procura Fasce Deboli, ...), un linguaggio ed una cultura comuni, che traggano origine da una reale ed efficace integrazione tra aspetti giuridici e aspetti clinici e sociali. · Le risorse sul territorio: servizi specialistici; progetti o sperimentazioni in atto; azioni promosse a livello regionale e/o locale. · Prevenzione universale e selettiva: cenni teorici e presentazione di iniziative e progetti realizzati o in programma a livello regionale e/o locale.

#### DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

Tabella 1: Elenco obiettivi e relativi indicatori Obiettivi generali Obiettivi specifici Indicatori Valore regionale atteso 2017-2018

1) Implementare la normativa (nazionale e regionale) 1) avvio ed effettuazione corsi formazione e aggiornamento per i gestori e il personale 2) numero incontri con le organizzazioni di categoria dei gestori ed esercenti nonché gli Enti di esercizio trasporto pubblico, locale e regionale e produzione Codice etico. 3) modulo formativo di e-learning 4) percorso formativo 5) Convegno informativo 6) workshop con enti locali 1.1 il 100% entro il 2018 (nuova apertura) 1.2 Aggiornamento dal 2019 entro 2020 2) n. 2 incontri entro il 2017 e produzione Codice etico nel 2018 3) progettazione modulo formativo nel 2017 e realizzazione nel 2018 4) progettazione modulo formativo nel 2017 e realizzazione nel 2018 5) progettazione convegno nel 2017 e realizzazione nel 2018 6) progettazione workshop nel 2017 e realizzazione nel 2018 2) Aumentare la conoscenza dei rischi 1) realizzazione Campagna informativa

1.1) Studio grafico 1.2) minimo 3 materiali informativi 1.3) Copertura testate locali Piemonte 1.4) Copertura emittenti locali Piemonte 1.5) pianificazione web 1.6) copertura mezzi trasporto pubblici Piemonte 1.7) minimo n. 4 riviste a grande tiratura 1.8) pianificazione social network 2) realizzazione formazione scuole

1) raggiungimento del 50% della popolazione target dai 16 ai 75 anni di età 2.1) progettazione e costruzione dei moduli nel 2017 e conduzione formazione in almeno 3 istituti per provincia nel 2018 2.2) progettazione modulo formativo insegnanti nel 2017 e formazione di almeno 1 insegnante per istituto (scuole secondarie di secondo grado)

#### Prevenzione

3) Promuovere la consapevolezza nei soggetti a rischio e potenziare l'informazione di accesso ai servizi. 1) numero interventi attuati 2) realizzazione applicazioni per PC o mobile 3) potenziamento e aggiornamento informazioni portale internet e del profilo FB 4) Piano Locale e report attività in ogni ASL 5) materiali informativi prodotti 6) set minimo di informazioni 1) progettazione Tour entro il 2017 e almeno 3 interventi per territorio ASL entro il 2018 2) progettazione di almeno 1 applicazione entro il 2017 e realizzazione entro il 2018 3) il sito aggiornato sarà attivo dal gennaio 2018 4) presentazione Piani Locali Dipendenze in ogni ASL entro il 2017 e realizzazione nel 2018 e presentazione report attività svolte 5) almeno un prodotto per ASL 6) set minimo informazioni entro il 2017 e utilizzato dal 2018

4) Osservazione e studio del fenomeno e monitoraggio delle attività

1-8) produzione di report 9) produzione documento sui risultati ottenuti. 10) ricerca

1-8) nel 2018 Report complessivo sulle attività e creazione di una nuova sezione specifica sul GAP all'interno del Bollettino OED 9) Report CNR 10) Report valutazione di efficacia degli interventi

1) Potenziare l'organizzazione e l'accessibilità dei servizi sanitari

1) numero operatori dedicati al GAP 2) documento con dati identificativi e di contatto dei servizi (orari di apertura al pubblico, telefono, mail) e descrizione offerta trattamento

1) identificazione degli operatori GAP entro il 2017 2) pubblicazione del documento entro il 2017

2) Ampliare l'offerta e le tipologie di cura 1.1) Costituzione del gruppo di lavoro 1.2) Report finale 1.3) Evento conclusivo 2) Individuazione e sperimentazione di moduli residenziali o semiresidenziali di breve durata dedicati al GAP 1.1) entro 2017 1.2-1.3) fine 2018 2) individuazione di almeno un percorso entro 2017 e sperimentazione nel 2018

#### Cura

3) Aggiornare e formare gli operatori dei servizi sanitari

Numero di operatori formati Almeno un operatore per professione e per ASL. Almeno un operatore per ente accreditato (circa 100 persone)

## Tabella 2: Dettaglio azioni

### Obiettivo generale 1: Prevenzione

Razionale: Con riferimento all'obiettivo generale "Prevenzione", la Regione è impegnata nella realizzare diversi obiettivi specifici:

- 1) implementare la normativa, nazionale e regionale di riferimento, coinvolgendo, attraverso l'informazione e la formazione/aggiornamento, gli operatori del SSR e dei servizi pubblici coinvolti, gli operatori dei servizi accreditati per le dipendenze, i gestori e il personale operante nelle sale da gioco e sale scommesse, gli operatori di polizia locale nonché gli Ordini professionali maggiormente coinvolti (medici, psicologi, assistenti sociali, ...);
- 2) aumentare la conoscenza dei rischi attraverso una campagna di sensibilizzazione sul GAP per la popolazione generale e una formazione specifica rivolta agli insegnanti e agli studenti;
- 3) promuovere la consapevolezza nei soggetti a rischio e potenziare l'informazione di accesso ai servizi realizzando attività di counseling in eventi e manifestazioni di massa, applicazioni per PC e mobile per bloccare gioco e misurare livello dipendenza, potenziare il portale "www.giocopatologicopiemonte.it" e il profilo su Facebook, così come il potenziamento del numero verde regionale (800-333444) e un maggior coordinamento delle attività sul territorio a livello locale (Piani locali delle dipendenze);
- 4) Osservazione, studio del fenomeno e monitoraggio delle attività complessive attraverso il potenziamento del già esistente Osservatorio Regionale delle Dipendenze.

L'Osservatorio regionale produrrà un report periodico contenente dati sull'andamento del fenomeno del gioco a rischio di sviluppare dipendenza in Piemonte (comparato alla situazione nazionale), sulle modalità di realizzazione di tutti gli interventi previsti dalla normativa (censimento degli esercizi aderenti all'iniziativa "Slot no grazie", gli atti adottati dai comuni relativi alle funzioni di vigilanza e controllo, valutazioni degli esiti dei diversi interventi adottati, ecc).

Per migliorare l'efficacia delle azioni previste si intende avviare un progetto di sovra campionamento della sezioni relativa al gioco inserite negli studi ESPAD e IPSAD.

Le molteplici attività servono a valorizzare e diffondere su tutto il territorio regionale sia le buone pratiche esistenti che la realizzazione di nuove attraverso il potenziamento dei Piani locali delle dipendenze, attività già contemplate e normate da normative regionali.

L'Amministrazione regionale è orientata a realizzare un "Panel" di strumenti, di diversa natura e con caratteristiche differenti, finalizzati alla costruzione di modelli il più possibile standardizzati che permettano, in tutta la Regione, un approccio sistemico al problema.

Essendo cruciale per questa tipologia di dipendenza l'intercettazione precoce, è necessario supportare il primo livello di intercettazione, il cosiddetto "punto di accesso"; occorre quindi stimolare e aumentare le opportunità di contatto degli operatori anche al di fuori degli sportelli di informazione specialistici, al fine di organizzare e gestire le informazioni da ricevere e da erogare in modalità networking. Relativamente alle azioni di comunicazione è importante che le campagne di informazione e sensibilizzazione mirate al contrasto del gioco d'azzardo patologico siano rivolte ad un pubblico target ben identificato, poiché target differenti sono attirati da messaggi con caratteristiche diverse. Allo stesso modo sono importanti le iniziative volte alla restrizione complessiva dell'offerta in termini di risposta preventiva e di riduzione del danno: alcuni studi infatti rafforzano l'ipotesi di una relazione fra la disponibilità di gioco ed i tassi di gioco problematico. Aumentare i livelli di informazione sulla popolazione supporta e favorisce l'implementazione di altre iniziative politiche. Combinate con le strategie di sviluppo di comunità, le campagne informative si sono dimostrate efficaci nell'influenzare gli atteggiamenti verso il gioco d'azzardo. Inoltre iniziative di prevenzione generale rivolte ad una vasta gamma di problemi ed indirizzate specialmente ai giovani possono risultare efficaci e rappresentare componenti essenziali per la prevenzione del GAP

poiché molti fattori di vulnerabilità per il gioco d'azzardo patologico coincidono con quelli per lo sviluppo di abuso di sostanze, psicopatologie e altre problematiche. Infine, relativamente alla promozione di una cultura finalizzata allo sviluppo delle life skills, della peer education, tesa all'identificazione dei fattori di rischio, si intende adottare strategie educative mirate al potenziamento delle abilità personali, al fine di favorire processi di apprendimento positivo che facilitino lo sviluppo di un pensiero critico, nonché l'autoconsapevolezza dei rischi legati al gioco d'azzardo. Inoltre, l'adozione delle succitate modalità educative risulta strategica in vista del raggiungimento e del coinvolgimento attivo della popolazione giovanile, permettendo in tal modo di proteggere una delle fasce più vulnerabili, mediante la promozione di buone relazioni sociali e di buone pratiche di promozione della salute. In definitiva, si riconosce l'importanza di approcciare il fenomeno del GAP partendo dalla diffusione della conoscenza dello stesso, quindi investendo sul piano formativo e promozionale. Tale approccio consente, infatti, di adottare una logica di responsabilizzazione del singolo e delle comunità (empowerment), nonché di favorire lo sviluppo di azioni orientate alla prevenzione del fenomeno. Si riconosce poi l'importanza di effettuare una valutazione in termini di efficacia delle azioni che si intendono intraprendere, in quanto negli ultimi anni, sono numerose le iniziative messe in atto a contrasto del GAP nel territorio nazionale, ma sembrano carenti le azioni volte a valutarne l'efficacia e l'impatto, aspetto quest'ultimo che ha caratterizzato anche altri campi in tema preventivo. Infine, si chiariscono principi e fondamenti che sottendono la realizzazione delle attività programmate. Più precisamente, al fine di garantire risultati qualitativamente validi, si riconosce l'importanza di costruire una risposta al fenomeno attraverso un sistema a rete fatto di partner pubblici e privati e si ravvisa la necessità di rispondere a specifici criteri di efficacia, efficienza e appropriatezza, di assicurare il coinvolgimento di soggetti esperti in materia e di favorire la realizzazione di attività che possano strutturarsi nel tempo, nell'ottica di un sistema quanto più sostenibile.

Evidenze: La prevenzione del Gioco d'azzardo patologico ha un apparato di ricerca molto recente, che impedisce ancora di riconoscere interventi chiaramente efficaci. Alcuni interventi di prevenzione godono comunque di letteratura dedicata: □ "Prevention of problem gambling: a comprehensive review of the evidence and identified best practices", Williams, West, Simpson. (2012), Report prepared for the Ontario problem gambling research centre and the Ontario Ministry of health and long term care. □ D.G.R. n. 12-5525 del 14.03.2013; D.G.R. n. 47-1700 del 6.07.2015. □ L.R. n. 9 del 2.05.2016. □ Caneppele S, Marchiaro M (a cura di). Gioco d'azzardo patologico: Monitoraggio e prevenzione in Trentino – Rapporto Progetto Pre.Gio. 2013-2014 realizzato da TRANSCRIME, Joint Research Centre on Transnational Crime (Università Cattolica di Milano – Università di Trento).

□ Robert J William (2007). Prevention of Problem Gambling: A Comprehensive Review of the Evidence. Alberta Gaming Research Institute University of Lethbridge, Lethbridge, Alberta, Canada Beverly L. West Research Associate, School of Health Sciences University of Lethbridge, Lethbridge, Alberta, Canada Robert I. Simpson CEO, Ontario Problem Gambling Research Centre Guelph, Ontario, Canada. □ Relativamente alle campagne di informazione e sensibilizzazione sul gioco d'azzardo, l'analisi del suo impatto e della sua efficacia è assai limitata (Williams, West, e Simpson 2012). In ogni caso, visto il basso costo economico, sembra che questo genere di campagne abbia il merito di avvicinare i soggetti a rischio o problematici ai servizi di trattamento e aumenti la collaborazione fra servizi di assistenza e personale che opera nei luoghi di gioco (es. con sessioni di formazione/informazione sul problema del gioco problematico e patologico) (Jackson, Thomason, e Thomas 2002). Oltre a questo, si aggiunge che le campagne preventive dovrebbero essere mirate su target specifici rispetto a variabili come genere, età e livello di coinvolgimento nel gioco, poiché target differenti sono attirati da messaggi con caratteristiche diverse (Messerlian e Derevensky 2006; Shead et al. 2011). Per quanto concerne le azioni di restrizione dell'offerta di gioco (Storer, Abbott, e Stubbs 2009), si rimanda anche a Breen e Zimmerman 2002; Croce, Lavanco, e Varveri 2001; Parke e Griffiths 2007; John W. Welte et al. 2007 che sostengono l'importanza di indirizzarsi sulla

restrizione a quei tipi di gioco che sono ritenuti maggiormente pericolosi e potenzialmente più legati ad una modalità di gioco patologica per le caratteristiche che li contraddistinguono, ossia: molto rapidi; con possibilità di riscossione immediata della vincita; che forniscono continui rinforzi (es. le cosiddette “quasi vincite” o “near miss” o le vincite ridotte, ma continue).

Target: La popolazione in generale è il principale destinatario diretto del presente Piano, con particolare attenzione alle fasce più deboli e vulnerabili (uomini appartenenti alla classe socio-economica medio-bassa, giovani, anziani, ecc.). Per raggiungere i soggetti sopraccitati si individuano quali destinatari indiretti del Piano i seguenti:

- operatori istituzionali regionali, delle Aziende sanitarie o convenzionati (MMG/PLS);
- operatori del terzo settore;
- docenti e studenti delle scuole primarie, secondarie di primo e secondo grado e universitari;
- genitori e famiglie;
- esercenti e associazioni di categoria e di rappresentanza;
- altri portatori di interesse.  I destinatari indiretti, saranno coinvolti in modo attivo nella realizzazione delle attività, anche in considerazione del ruolo professionale, della prossimità con i soggetti più vulnerabili e della specifica esperienza maturata sul tema.

Setting:  comuni;  servizi per le dipendenze e altri servizi sanitari regionali;  scuole primarie, secondarie di primo e secondo grado e università;  famiglie;  esercizi commerciali e associazioni di categoria e di rappresentanza;  regione;  osservatorio regionale e istituti di ricerca;   contesti aggregativi (stadi, piazze, mercati, ...)

Obiettivo generale 1: Prevenzione Obiettivo specifico 1 Indicatori Soggetto attuatore

Fonte di verifica Valori attesi 1) Implementare la normativa (nazionale e regionale)  
risultati

1) formazione e aggiornamento per i gestori e il personale operante nelle sale da gioco e sale scommesse e per gli esercenti che gestiscono apparecchi per il gioco ai fini dell'apertura e/o per la prosecuzione dell'attività 2) Predisposizione e promozione di un “codice etico” di autoregolamentazione per responsabilizzare i gestori ed esercenti nonché gli Enti di esercizio trasporto pubblico, locale e regionale per vietare concessione di spazi pubblicitari sul gioco a rischio. 3) Formazione ordini professionali (ad esempio medici, psicologi ...) 4) Formazione operatori polizia locale 5) Diffusione del Piano GAP 6) Diffusione buone pratiche degli Enti locali  
azioni

1) Realizzazione dei profili dei formatori e inserimento modulo specifico nei programmi di formazione obbligatoria per gestori e il personale ..  
2) Incontri con le organizzazioni di categoria dei gestori ed esercenti nonché gli Enti di esercizio trasporto pubblico, locale e regionale.  
3) Progettazione modulo formativo di e-learning per ordini professionali (Medici, Psicologi, ...)  
4) progettazione percorso formativo per operatori polizia locale  
5) Convegno informativo su Piano di contrasto al GAP 6.1) workshop con enti locali per scambio buone pratiche 6.2) Azioni di incentivazione verso i comuni (concorso di idee).

1) avvio ed effettuazione corsi formazione e aggiornamento per i gestori e il personale 2) numero incontri con le organizzazioni di categoria dei gestori ed esercenti nonché gli Enti di esercizio trasporto pubblico, locale e regionale e produzione Codice etico. 3) modulo formativo di elearning 4) percorso formativo 5) Convegno informativo 6) workshop con enti locali 1) Regione e Agenzie di Formazione accreditate, Confcommerci o, .. 2) Regione, 3) Regione, ASL, Ordini professionali coinvolti ... 4) Regione, ASL, Enti Locali ... 5) Regione, ASL, ... 6) Regione, ASL, Atti Regione

1.1) il 100% entro il 2018 (nuova apertura) 1.2 Aggiornamento dal 2019 entro 2020 2) n. 2 incontri entro il 2017 e produzione Codice etico nel 2018 3) progettazione modulo formativo nel 2017 e realizzazione nel 2018 4) progettazione modulo formativo nel 2017 e realizzazione nel 2018 5) progettazione convegno nel 2017 e realizzazione nel 2018 6) progettazione workshop nel 2017 e realizzazione nel 2018

Obiettivo specifico 2 Indicatori Soggetto attuatore

Fonte di verifica Valori attesi 2) Aumentare la conoscenza dei rischi

risultati

1) Campagna di sensibilizzazione sul GAP per popolazione generale

2) Formazione scuole

azioni

1.1) linea grafica coordinata, logo “slot no grazie”, impaginazione supporti grafici vari 1.2) Realizzazione materiali informativi (Decalogo di azioni su gioco sicuro e test di verifica per una rapida valutazione del rischio di dipendenza) 1.3) Annunci stampa 1.4) spot radio 1.5) banner web 1.6) affissione dinamica urbana ed extra-urbana 1.7) veicolazione materiali informativi su riviste a grande tiratura 1.8) social media marketing 2.1) costruzione modulo formativo ed erogazione nelle scuole 2.2) Formazione insegnanti

1)realizzazione Campagna informativa

1.1) Studio grafico

1.2) minimo 3 materiali informativi

1.3) Copertura testate locali Piemonte 1.4) Copertura emittenti locali Piemonte 1.5) pianificazione web 1.6) copertura mezzi trasporto pubblici Piemonte 1.7) minimo n. 4 riviste a grande tiratura 1.8) pianificazione social network 2) realizzazione formazione scuole

1) Regione, USR, ASL ..

1) atti regione

2) Atti USR

3) Atti ASL

1) raggiungimento del 50% della popolazione target dai 16 ai 75 anni di età

2.1) progettazione e costruzione dei moduli nel 2017 e conduzione formazione in almeno 3 istituti per provincia nel 2018 2.2) progettazione modulo formativo insegnanti nel 2017 e formazione di almeno 1 insegnante per istituto (scuole secondarie di secondo grado)

Obiettivo specifico 3 Indicatori Soggetto attuatore

Fonte di verifica Valori attesi

3) Promuovere la consapevolezza nei soggetti a rischio e potenziare l'informazione di accesso ai servizi

risultati

1) Campagna di counseling in eventi e manifestazioni di massa (Gap-Tour) 2) applicazioni per PC o mobile per bloccare il gioco o per misurare il livello dipendenza (per bloccare si intende programmi software che, se scaricati, consentono all'amministratore del PC o del mobile di bloccare l'accesso al sito x o y, oppure banner con contenuti tipo “warning”) 3) potenziamento portale [www.giocopatologicopiemonte.it](http://www.giocopatologicopiemonte.it) e Facebook e del sito istituzionale della “Regione Piemonte” 4) coordinamento attività sul territorio a livello locale 5) produrre e diffondere materiali informativi a livello locale 6) mettere in grado il numero verde regionale di fornire un set di informazioni

azioni

1) interventi di counseling anche con l'ausilio di postazioni mobili negli eventi sportivi di massa, manifestazioni, fiere, etc. 2) sviluppo applicazioni per PC e mobile per bloccare gioco e misurare livello dipendenza 3) aggiornamento e potenziamento dei contenuti del portale "www.giocopatologicopiemonte.it" e Facebook con l'istituzione di un GL con competenze professionali cliniche ed informatiche 4) Implementazione specifica all'interno dei Piani Locali delle Dipendenze ASL 5) Realizzazione materiali informativi a livello locale e veicolazione presso sale gioco ed esercizi commerciali 6) costruire set minimo di informazioni di primo livello (luogo e orario di apertura dei servizi dedicati) per numero verde regionale

1) numero interventi attuati 2) realizzazione applicazioni per PC o mobile 3) potenziamento e aggiornamento informazioni portale internet e del profilo FB 4) Piano Locale e report attività in ogni ASL 5) materiali informativi prodotti 6) set minimo di informazioni

Regione, ASL, Comuni, Questure, Associazioni di categoria, ...

Atti Regione, Piani Locali Dipendenze ASL, atti dei Comuni, Registri ad hoc ...

1) progettazione Tour entro il 2017 e almeno 3 interventi per territorio ASL entro il 2018 2) progettazione di almeno 1 applicazione entro il 2017 e realizzazione entro il 2018 3) il sito aggiornato sarà attivo dal gennaio 2018 4) presentazione Piani Locali Dipendenze in ogni ASL entro il 2017 e realizzazione nel 2018 e presentazione report attività svolte 5) almeno un prodotto per ASL 6) set minimo informazioni entro il 2017 e utilizzato dal 2018

39

Obiettivo specifico 4 Indicatori Soggetto attuatore

Fonte di verifica Valori attesi 4) Osservazione e studio del fenomeno e monitoraggio delle attività risultati

"Raccolta, monitoraggio e analisi dei dati: 1) sull'andamento del fenomeno del gioco a rischio di sviluppare dipendenza in Piemonte, anche in confronto alla situazione nazionale; 2) sulle modalità di realizzazione e di svolgimento degli interventi per il contrasto, la prevenzione, la riduzione del rischio e la cura della dipendenza da GAP anche con una ricognizione dell'offerta e dei profili di cura dei servizi specialistici regionali. 3) sugli Interventi di formazione e aggiornamento per il GAP rivolti agli operatori dei servizi. 4) sulle attività svolte dal servizio specifico per un primo livello di ascolto (Numero Verde regionale). 5) sulle iniziative sostenute dalla Regione per interventi di formazione e aggiornamento per i gestori o personale operante nelle sale gioco e nelle sale scommesse e per gli esercenti che gestiscono apparecchi. 6) sul censimento inerente l'Albo degli esercizi aderenti all'iniziativa "Slot no grazie". 7) sugli atti adottati dai comuni (trasmessi alla GR) relativi alle funzioni di vigilanza e controllo. 8) sulle opinioni prevalenti tra gli operatori dei servizi dedicati e delle organizzazioni del terzo settore competenti, nonché tra i portatori di interesse." 9) sul progetto della Regione inerente il sovra campionamento della sezioni relative al gioco inserite negli studi "ESPAD" (studio popolazione 15-64 anni) e "IPSAD" (studio sugli studenti principalmente di età 15-16 anni). 10) valutazione degli impatti delle attività di informazione e comunicazione. 1-8) produzione di report 9) produzione documento sui risultati ottenuti. 10) ricerca 1-8) Regione, ASL, 9) Regione, IFCCNR di Pisa 10) Regione, Osservatorio Epidemiologico Regionale Atti Regione, ASL, IFCCNR di Pisa Report pubblicati, Bollettino OED

1-8) nel 2018 Report complessivo sulle attività e creazione di una nuova sezione specifica sul GAP all'interno del Bollettino OED 9) Report CNR 10) Report valutazione di efficacia degli interventi azioni

1-8): Potenziamento dell'Osservatorio epidemiologico regionale delle dipendenze (OED) per la raccolta dei dati e produzione di report specifici contenenti dati quantitativi e qualitativi. 9) convenzione con l'IFC-CNR di Pisa 10) ricerca quali-quantitativa per valutare gli impatti delle attività di informazione e comunicazione

## Obiettivo generale 2: Cura

La costruzione di un piano relativo all'offerta di trattamenti adeguati per le persone affette da disturbi da gioco d'azzardo deve tener conto di un'elevata complessità di quadri clinici e di contesto presenti tra cui: - la scarsa consapevolezza della propria condizione di difficoltà, o di vera e propria patologia, che spesso caratterizza la situazione del giocatore problematico; - la forte ambivalenza tra l'aspettativa di migliorare la propria condizione di salute e ridurre la situazione di tensione o di conflitto nelle relazioni intra ed extra familiari e quella del desiderio di poter continuare, seppure in misura ridotta, la propria pratica di gioco d'azzardo; - le diverse tipologie delle persone coinvolte legate a differenze di età, di modalità, grado di coinvolgimento e tipo di gioco, nonché a molteplici profili di personalità e relative risorse, di condizioni di salute, di condizioni economiche nonché di ulteriori variabili culturali e sociali. L'incrocio dei summenzionati elementi determina un'ampia gamma di situazioni connesse a bisogni specifici che vanno tradotte in un'articolata e personalizzata gamma di risposte e di offerte di intervento. A rendere ancora più complessa la costruzione di piani di lavoro terapeutico-riabilitativi efficaci, oltretutto realisticamente applicabili e fruibili, va considerato un ulteriore fattore: mentre per alcuni disturbi collegati all'esposizione a stimoli che attivano il desiderio di agire un certo comportamento problematico (ad es. per il consumo di droga) è possibile strutturare delle strategie di evitamento di tale esposizione (ad es. evitando di frequentare certe zone o certi locali ecc.), le stesse sono attualmente quasi impraticabili per il gioco d'azzardo. Infatti, la fortissima e pervasiva pressione mediatica ed esperienziale (mass-media, elevato numero di locali pubblici di concrete offerte di gioco, canali on-line, ecc.) rende difficilissimo, se non impossibile, ridurre per i soggetti in cura l'esposizione a stimoli che possono riattivare un desiderio impellente, il craving, e il conseguente sviluppo e messa in atto di azioni che conducono al gioco. E' noto da tempo che i pazienti che presentano criteri sufficienti per una diagnosi di disturbo da gioco d'azzardo siano, in realtà, costituiti da cluster fortemente differenziati, sul piano della diagnosi, della compliance e degli esiti (Blaszczynski, 2000, Blaszczynski, Nower, 2002). E' pertanto necessario articolare modelli organizzativi e di intervento che tengano conto di queste differenziazioni (Bellio G., 2014). Inoltre, l'elevata comorbidità con sostanze ed altre condotte di addiction, indica la necessità di trattamenti che tengano conto dei rischi di cross-addiction (Croce M, D'Agati M, 2016). Va inoltre osservato che, già prima dell'inclusione nel DSM (2013) del disturbo da gioco d'azzardo nell'area delle addiction, varie fonti (Korn e Shaffer, 2004; NIDA, 2012) avevano evidenziato che i principi fondamentali, evidence-based per il trattamento delle dipendenze chimiche, potessero essere utilizzati come linee di indirizzo anche per le dipendenze comportamentali, sebbene con specifiche attenzioni ad es. relativamente all'area degli interventi finanziari, educativi e di auto-aiuto. Ulteriori indicazioni (Korn e Shaffer cit.) riguardavano l'accessibilità dei trattamenti, la necessità del continuo monitoraggio del programma terapeutico (da modificarsi in base al variare dei bisogni e delle condizioni) ed infine l'opportunità, in presenza di disturbi mentali, di indirizzare i trattamenti su entrambe le aree in modo integrato. Nella definizione degli obiettivi personalizzati per ciascun paziente pertanto, oltre alla ricerca di una riduzione del comportamento compulsivo orientato all'astensione della pratica del gioco d'azzardo, vanno ricercati anche quelli relativi al miglioramento dello stato di salute, dell'autostima e dell'autonomia della persona, delle condizioni economiche e relazionali. Per il raggiungimento di questi obiettivi occorre sviluppare e consolidare, attraverso un'attenta programmazione formativa, i contenuti culturali e tecnico-professionali di chi opera nei setting specialistici per la cura di questi pazienti, creando altresì un'estesa sensibilizzazione e consapevolezza tra i molteplici soggetti sociali e gli operatori sociosanitari dei diversi settori al fine di sostenere i percorsi di emersione della problematica, l'aumento della consapevolezza sociale e personale e il sostegno alla motivazione, accompagnamento

e invio ai servizi di cura. Per quanto riguarda i trattamenti e la formazione degli operatori si osserva come le indicazioni internazionali non offrano percorsi gold standard e solide linee guida. Gli studi presentano infatti ancora limiti metodologici (O'Connor et al, 2000, Problem Gambling Research and Treatment Centre, 2011) di fronte a quello che appare come un fenomeno complesso, dai contorni incerti, estremamente sfuggente, di difficile classificazione e dalla eziologia incerta. Si può comunque rilevare una sostanziale convergenza sull'utilità degli interventi di tipo cognitivo-comportamentali e sul colloquio motivazionale, insieme ad un sostanziale accordo verso il trattamento multimodale (Korn e Shaffer, 2004) considerato come l'approccio più corretto. (Hodgins, El-Guebaly 2000, Cowlshaw et al. 2012). Va sottolineato tuttavia che, come dimostrato da una review Cochrane, gli studi sui trattamenti psicoterapici sono connotati da limiti significativi, tali da attenuare l'attendibilità delle evidenze di efficacia. A ciò si aggiunge il fatto che le principali ricerche a disposizione considerano essenzialmente l'efficacia a breve termine e vi siano pochi dati riguardo ai risultati a lungo termine. In termini di sistemi assistenziali, le prestazioni erogabili per la cura e la riabilitazione dei soggetti affetti da gioco d'azzardo patologico sono contenute negli artt. 28 e 34 dello

“Schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri recante definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”. Attualmente nella nostra Regione la presa in carico dei giocatori d'azzardo patologici è garantita dai Dipartimenti e dei Servizi per la Patologia delle dipendenze, in congruità con la recente riclassificazione del Disturbo da gioco d'azzardo nell'ambito dei disturbi da addiction. In tutte le AA.SS.LL. piemontesi sono attivi interventi trattamentali per questa tipologia di utenza ma con un'offerta disomogenea in quanto, accanto a territori nei quali è stato insediato un Servizio con una specifica dotazione organica, una sede dedicata, un orario di apertura al pubblico e così via, vi sono invece realtà nelle quali la situazione è più frammentata specie a causa dell'inadeguatezza di risorse (umane e non) disponibili. Dal punto di vista dell'offerta specialistica è invece necessario garantire un'organizzazione più stabile e strutturata dei servizi dedicati, garantendo un adeguato profilo qualitativo e di uniformità dell'offerta di base, la possibilità di sviluppare ricerca clinica ed epidemiologica, l'estensione delle buone pratiche e la massimizzazione dell'impiego delle risorse elettive specialistiche già presenti, il sostegno all'accessibilità ai servizi collegato alla corretta comunicazione e promozione del valore dell'offerta effettivamente disponibile. Allo stato attuale le cure disponibili in Piemonte rappresentano quasi l'intera gamma dei trattamenti validati dalla letteratura scientifica internazionale, con la presenza anche di rilevanti esperienze originali. Il principale problema non è quindi rappresentato dall'attivazione ex novo di nuovi interventi, quanto dalla loro omogenea distribuzione sul territorio regionale e la messa a disposizione all'utenza dell'intera Regione degli interventi di alta specializzazione come quelli residenziali sperimentati da 10 anni presso l'ASL TO3. Interventi quali accoglienza e presa in carico dei pazienti, assessment psicologico con particolare rilievo allo spettro depressivo (prevenzione del suicidio), monitoraggio del sintomo, sostegno psicologico, psicoterapia individuale con le specifiche tecniche validate dalla evidenza di efficacia (CBT, colloquio motivazionale), sostegno al nucleo familiare e messa in protezione dei minori, consulenza/tutoraggio legale, patrimoniale ed economico-finanziario, andranno garantiti in ogni presidio locale per la cura del disturbo da gioco d'azzardo. Potranno viceversa essere organizzati su territori con bacini più ampi ulteriori interventi quali gruppi di auto-mutuo aiuto tra pazienti, gruppi psico-educazionali per pazienti, psicoterapia di gruppo per pazienti e gruppi di sostegno, psico-educazionali per familiari. Si sottolinea, in sintesi, l'importanza di équipe integrate con percorsi di trattamento articolate a seconda delle diverse tipologie di pazienti e delle diverse fasi del trattamento così come la necessità di avvalersi di una rete che veda la partecipazione di diversi soggetti e setting (MMG, servizi sociali, centri residenziali, consulenti su aspetti economici/usura) ed anche “luoghi” non connotati sanitariamente ove sia possibile rivolgersi per una consulenza o un primo colloquio. Di rilievo è anche la possibilità di strutturare interventi “senza il paziente” (es. consulenze, implementazione di gruppi per familiari) così come accessi ai servizi differenziati per fasce orarie e tipologie di trattamento..

Evidenze: - Bellio G., 2014 L'ambulatorio per il gioco d'azzardo patologico nei servizi pubblici per le dipendenze: modelli organizzativi, prospettive, criticità, in (a cura di) Bellio, Croce, Manuale sul gioco d'azzardo, Franco Angeli, Milano. - Blaszczynski A. (2000), "Pathways to pathological gambling: identifying typologies", *Journal of Gambling Issues*, 1, March 2000; - Blaszczynski A., Nower L. (2002), "A Pathways Model of Problem and Pathological Gambling", *Addiction*, 97:487-499). - Cowlishaw S., Merkouris S., Dowling N., Anderson C., Jackson A., Thomas S. (2012), "Psychological therapies for pathological and problem gambling", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012, Issue 11, Art. No. CD008937. - Croce M., D'Agati M., (2016), "Gambling and Substance Use Disorders: Epidemiology, Diagnostic Hypothesis and Treatment", in *Gambling and Internet Addiction. Epidemiology and treatment*, Lelonek-Kuleta B, Chwaszcz J. (eds), Natanaelum Association Institute for Psychoprevention and Psychotherapy, Lublin, ISBN: 978-83-940389-77: 7-23 Hodgins, D.C., El-Guebaly, N., (2000): "Natural and treatment-assisted recovery from gambling problems: a comparison of resolved and active gamblers". *Addictions*, 95, 5, pp. 777-789 - Korn D.A., Shaffer H.J. (2004), *Massachusetts Department of Public Health's Practice Guidelines for Treating Gambling-Related Problems. An Evidence-Based Treatment Guide for Clinicians*, Developed by the Massachusetts Council on Compulsive Gambling - NIDA . National Institute on Drug Abuse (2012): *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide*. Rev. 2012. Ediz. Originale 1999) - O'Connor J, Ashenden R, Raven M, Allsop S (2000): *Current 'Best Practice' Interventions for Gambling Problems: A Theoretical and Empirical Review*. Department of Human Services, Melbourne, Victoria.

42

- Problem Gambling Research and Treatment Centre (2011): *Guideline for Screening, Assessment and Treatment in Problem Gambling*. Monash University, Clayton, Victoria.

Target: · □□ operatori istituzionali regionali, delle Aziende sanitarie o convenzionati (MMG/PLS); · operatori del privato accreditato; · operatori del terzo settore; · pazienti e familiari; · altri portatori di interesse

Setting: □□ servizi per le dipendenze e altri servizi sanitari regionali □□ Comunità terapeutiche residenziali, semiresidenziali e ambulatoriali del Servizio Pubblico e degli Enti accreditati per le dipendenze

Obiettivo specifico 1 Indicatori Soggetto attuatore Fonte di verifica Valori attesi 1) Potenziare l'organizzazione e l'accessibilità dei servizi sanitari risultati

1) potenziamento dei Ser.D 2) migliorare l'accessibilità ai servizi azioni

1) acquisizione risorse professionali e personale dedicato 2) sostenere la comunicazione e la promozione del contenuto e del valore dell'offerta di trattamento

1) numero operatori dedicati al GAP 2) documento con dati identificativi e di contatto dei servizi (orari di apertura al pubblico, telefono, mail) e descrizione offerta trattamento

Regione, ASL, Enti Accreditati

Atti Regione, Bollettino OED, Report specifico, siti web istituzionali, ...

1) identificazione degli operatori GAP entro il 2017 2) pubblicazione del documento entro il 2017

Obiettivo specifico 2 Indicatori Soggetto attuatore

Fonte di verifica Valori attesi 2) Ampliare l'offerta e le tipologie di cura risultati

1) a partire dalla ricognizione dei profili di cura offerti individuare e diffondere le buone pratiche, supportando la standardizzazione e il profilo di qualità dei trattamenti ottimizzando l'impiego delle offerte elettive già esistenti 2) sperimentazione di interventi clinici innovativi  
azioni

1) Costituzione di un gruppo di lavoro, anche utilizzando la formazione ECM, che, a partire dalla letteratura e dalla ricognizione dei profili di cura offerti, individui le buone pratiche. I risultati saranno condivisi con i direttori e gli operatori dei servizi (pubblici e privati) in un evento conclusivo. 2) supportare la standardizzazione e il profilo di qualità dei trattamenti 3) estendere le buone pratiche presenti e ottimizzare l'impiego delle offerte elettive già esistenti 4) Individuazione moduli residenziali o semiresidenziali di breve durata dedicati al GAP da sperimentare presso strutture pubbliche o private accreditate.

1.1) Costituzione del gruppo di lavoro 1.2) Report finale 1.3) Evento conclusivo 2) Individuazione e sperimentazione di moduli residenziali o semiresidenziali di breve durata dedicati al GAP

Regione, ASL, Atti regionali, Atti ASL, Formazione ECM

1.1) entro 2017 1.2-1.3) fine 2018 2) individuazione di almeno un percorso entro 2017 e sperimentazione nel 2018

Obiettivo specifico 3 Indicatori Soggetto attuatore

Fonte di verifica Valori attesi 3) Aggiornare e formare gli operatori dei servizi sanitari  
risultati

Aggiornare e formare gli operatori dei servizi sanitari secondo le evidenze più aggiornate.  
azioni

1) pianificare le fasi e le dimensioni del piano formativo 2) predisporre le offerte formative

Numero di operatori formati Regione, ASL Formazione ECM

Almeno un operatore per professione e per ASL. Almeno un operatore per ente accreditato (circa 100 persone)

Tabella 3: Modalità di utilizzo dei fondi

OBIETTIVI GENERALI

OBIETTIVI SPECIFICI

AZIONI FONDO GAP

FONDO SANITARI O INDISTINTO

TOTALE

Prevenzione GAP Aumentare la conoscenza dei rischi e promuovere la consapevolezza nei soggetti a rischio e potenziare l'informazione di accesso ai servizi

coordinamento attività sul territorio, produzione e diffusione materiali informativi a livello locale e interventi nelle scuole

150.000,00 150.000,00

Obiettivo generale 1 – PREVENZIONE Obiettivo specifico 1

1) Realizzazione dei profili dei formatori e inserimento modulo specifico nei programmi di formazione obbligatoria per gestori e il personale .. 2) Incontri con le organizzazioni di categoria dei gestori ed esercenti nonché gli Enti di esercizio trasporto pubblico, locale e regionale. 3) Progettazione modulo formativo di e-learning per ordini professionali (Ord. medici e Psico ...) 4) progettazione percorso formativo per operatori polizia locale 5) Convegno informativo su Piano di contrasto al GAP 6.1) workshop con enti locali per scambio buone pratiche 6.2) Azioni di incentivazione verso i comuni (concorso di idee)

Obiettivo specifico 2

1.1) linea grafica coordinata, logo "slot no grazie", impaginazione supporti grafici vari 1.2) Realizzazione materiali informativi (Decalogo di azioni su gioco sicuro e test di verifica per una

rapida valutazione del rischio di dipendenza) 1.3) Annunci stampa 1.4) spot radio 1.5) banner web 1.6) affissione dinamica urbana ed extra-urbana 1.7) veicolazione materiali informativi su riviste a grande tiratura 1.8) social media marketing 2.1) costruzione modulo formativo ed erogazione nelle scuole 2.2) Formazione insegnanti

Obiettivo specifico 3

1) interventi di counseling anche con l'ausilio di postazioni mobili negli eventi sportivi di massa, manifestazioni, fiere, etc. 2) sviluppo applicazioni per PC e mobile per bloccare gioco e misurare livello dipendenza 3) aggiornamento e potenziamento dei contenuti del portale "www.giocopatologicopiemonte.it" e Facebook con l'istituzione di un GL con competenze professionali cliniche ed informatiche 4) Implementazione specifica all'interno dei Piani Locali delle Dipendenze ASL 5) Realizzazione materiali informativi a livello locale e veicolazione presso sale gioco ed esercizi commerciali 6) costruire set minimo di informazioni di primo livello (luogo e orario di apertura dei servizi dedicati) per numero verde regionale

Obiettivo specifico 4

1-8): Potenziamento dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale delle Dipendenze (OED) per la raccolta dei dati e produzione di report specifici contenenti dati quantitativi e qualitativi. 9) convenzione con l'IFC-CNR di Pisa 10) ricerca quali-quantitativa per valutare gli impatti delle attività di informazione e comunicazione

Trattamento GAP Contrasto della dipendenza da GAP accoglienza, valutazione diagnostica e trattamento terapeutico delle persone che soffrono di GAP e delle eventuali patologie correlate;

2.850.000,00

Obiettivo specifico 1 1) acquisizione risorse professionali e personale dedicato 2) sostenere la comunicazione e la promozione del contenuto e del valore dell'offerta di trattamento

1

Obiettivo specifico 2 1) Costituzione di un gruppo di lavoro, anche utilizzando la formazione ECM, che, a partire dalla letteratura e dalla ricognizione dei profili di cura offerti, individui le buone pratiche. I risultati saranno condivisi con i direttori e gli operatori dei servizi (pubblici e privati) in un evento conclusivo. 2) estendere le buone pratiche presenti e ottimizzare l'impiego delle offerte elettive già esistenti supportando la standardizzazione e il profilo di qualità dei trattamenti 3) Individuazione moduli residenziali o semiresidenziali di breve durata dedicati al GAP da sperimentare presso strutture pubbliche o private accreditate.

MODALITÀ DI UTILIZZO DEI FONDI Allo scopo di raggiungere gli obiettivi indicati nel presente Piano, l'amministrazione regionale procede al finanziamento di azioni su due filoni di intervento:

uno a livello centrale, in collaborazione con tutti i settori regionali di competenza;

uno a livello locale, attraverso il riparto dei fondi alle ASL (riparto su quota capitaria), da utilizzarsi per le azioni specifiche individuate dal presente Piano, anche tenendo conto delle attività previste nei Piani locali delle dipendenze, previa approvazione della Direzione regionale della Sanità.

#### VALUTAZIONE E MONITORAGGIO DEL PIANO

La realizzazione del presente Piano si fonda principalmente sulla consapevolezza e motivazione degli operatori delle aziende sanitarie e dei diversi portatori di interesse coinvolti a vario titolo nella progettazione regionale. Nella realizzazione saranno coinvolti principalmente i servizi per le dipendenze che, attraverso l'attuazione dei Piani locali delle dipendenze, si interfaceranno con tutti i soggetti coinvolgibili (Enti locali, Enti accreditati, associazioni di volontariato, Istituti scolastici, ..). Sono demandate all'Osservatorio epidemiologico regionale delle dipendenze le attività di monitoraggio:

dei Piani locali per le dipendenze;   degli interventi sul GAP effettuati dai Servizi per le dipendenze;   degli interventi di formazione e aggiornamento per il GAP rivolti agli operatori dei

servizi; □□ degli interventi di prevenzione condotti a livello centrale; così come dettagliati nel presente Piano.

## EDILIZIA

### PIEMONTE

**DGR 15.12.17, n. 70-6175** - Linee di intervento regionali in materia di politiche abitative nel settore dell'affitto per l'anno 2017. Disposizioni per l'attuazione delle misure ad integrazione delle DGR. n. 7-3438 del 21 febbraio 2012, n. 16-362 del 29 settembre 2014 e n. 36-1750 del 13 luglio 2015. (BUR n. 2 dell'11.1.18)

#### Note

#### PREMESSA

L'articolo 10 dello Statuto della Regione Piemonte, che riconosce e promuove, tra quelli fondamentali, il diritto all'abitazione.

In attuazione di tale principio si rende necessario definire le linee strategiche delle politiche abitative regionali, attraverso la partecipazione di altri soggetti istituzionali, il coinvolgimento dei privati che interagiscono sul mercato, coniugando le iniziative con le risorse disponibili e assumendo come finalità quella di contenere il disagio sociale connesso ai problemi abitativi, nell'ottica di perseguire l'equità sociale.

Dall'analisi della situazione abitativa in Piemonte emergono da un lato la costante contrazione della disponibilità di alloggi sociali destinati alla locazione, dall'altro la sempre maggiore difficoltà delle famiglie in affitto a basso reddito a fare fronte alle spese per l'abitare.

Le risposte regionali al fabbisogno di edilizia sociale, nonostante la difficoltà a reperire risorse dedicate, a partire dal 2014 hanno riguardato sia l'offerta di alloggi attraverso la concessione di contributi per il ripristino degli alloggi di edilizia residenziale pubblica sfitti non assegnabili per carenza di manutenzione e per il recupero del patrimonio esistente, sia il sostegno all'affitto, attraverso l'erogazione di contributi volti a ristorare il pagamento del canone ed evitare la perdita della casa per morosità degli assegnatari degli alloggi di edilizia residenziale pubblica (Fondo sociale) e dei locatari di alloggi con contratto di locazione ai sensi della legge 9 dicembre 1998, n. 431 (Fondo destinato agli inquilini morosi incolpevoli), nonché per sviluppare il sistema degli sportelli comunali, denominati Agenzie sociali per la locazione a cui è assegnato il compito di promuovere la sottoscrizione di contratti di locazione a canone concordato mettendo in contatto i proprietari degli alloggi con cittadini in condizioni di svantaggio economico e sociale (ASLO).

Con deliberazioni n. 16-362 del 29 settembre 2014, n. 36-1750 del 13 luglio 2015 e n. 64 – 4429 del 19 dicembre 2016 la Giunta regionale ha approvato le linee di intervento regionali in materia di politiche abitative nel settore dell'affitto rispettivamente per l'anno 2014 e per l'anno 2015, adottando, al fine di rendere omogenee le condizioni preliminari di accessibilità da parte dei cittadini alle singole misure, l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) quale parametro univoco attraverso il quale individuare i destinatari delle diverse forme di sostegno all'abitazione, pur prevedendo per ogni singola misura requisiti e criteri differenziati in base alle specificità; le misure attivate con le predette deliberazioni hanno riguardato.

Viene ritenuto opportuno proseguire ad operare con le medesime modalità, coordinando all'interno di un contesto unitario gli interventi diretti a favorire l'esercizio del diritto all'abitare, al fine di favorire l'integrazione sociale, intercettare il più possibile i bisogni dei cittadini e fornire con celerità risposte organiche.

### LA DISPOSIZIONE

Vengono individuate, anche per l'anno 2017, le misure di intervento a favore del sostegno all'affitto possano essere individuate come di seguito elencato:

- A) Agenzie sociali per la locazione (ASLO);
- ùB) Fondo destinato agli inquilini morosi incolpevoli (FIMI);
- C) Fondo sociale per gli assegnatari di edilizia sociale;

Per l'attuazione delle misure di intervento sono disponibili le seguenti risorse: sul bilancio regionale 2017: - cap. 154428 (regionale) euro 1.707.600,00 (allegato A) - cap. 153734 (statale) euro 810.289,08 (allegato B) - cap. 171636 (regionale) euro 4.475.000,00 (allegato C)

#### Allegato A "Agenzie sociali per la locazione"

Premesso che la Regione Piemonte a partire dal 2006 ha sostenuto con risorse regionali la costituzione, in via sperimentale, di agenzie per la locazione (ALO), intese come sportelli comunali, la cui finalità è quella di favorire la sottoscrizione di contratti a canone concordato ai sensi del comma 3 dell'articolo 2 della legge 9 dicembre 1998, n. 431, mettendo in contatto i proprietari di alloggi privati con cittadini in condizioni di svantaggio economico e sociale.

Dal 2014, con la rivisitazione e il coordinamento delle diverse misure regionali di sostegno all'affitto all'interno di un modello unitario e flessibile di intervento, sono stati individuati indirizzi e criteri per uno sviluppo uniforme delle Agenzie sociali per la locazione (ASLO). La finalità perseguita con le ASLO è quella di definire un modello strutturale di intervento che riduca lo svantaggio competitivo sofferto dalle famiglie vulnerabili sul mercato privato attraverso la concessione di contributi, nell'ottica dell'uguaglianza delle opportunità. Ai cittadini sono garantite condizioni di ammissibilità delle domande uguali per tutte le Agenzie e un sistema di incentivi definito in modo uniforme, pur consentendo ai Comuni la possibilità di eventualmente individuare, in base a specifiche condizioni di contesto locale, elementi di priorità nella concessione dei benefici e di graduare i contributi ai proprietari sulla base della durata del contratto e di valutazioni di efficacia del sostegno.

Le ASLO attualmente finanziate in Piemonte sono 35, i contributi concessi nelle annualità 2014, 2015 e 2016, in totale oltre 5,8 milioni di euro, hanno finora permesso a oltre 1.200 famiglie di sottoscrivere un nuovo contratto a canone concordato. Il contributo mediamente concesso per domanda risulta pari a circa 4.200,00 euro. Dai dati inseriti dell'apposito applicativo informatico (EPICO) è possibile rilevare la presenza di oltre 600 domande attualmente in corso di istruttoria con un fabbisogno stimabile, tenendo conto di possibili esiti negativi, in circa 2,5 milioni di euro.

Considerato che le risorse disponibili per l'annualità 2017 sul capitolo 154428 sono pari a euro 1.707.600,00, che il fabbisogno espresso dalle domande valutate ammissibili e giacenti presso le Agenzie è superiore alle risorse disponibili e tenuto conto dei vincoli di bilancio e di finanza pubblica previsti dal decreto legislativo 118/2011, risulta opportuno, per la natura strutturale del modello di intervento perseguito, destinare le risorse al proseguimento dell'attività delle ASLO operanti sul territorio piemontese, come già avvenuto per il riparto relativo all'annualità 2016. Il finanziamento a favore di eventuali nuove Agenzie o nei confronti di Agenzie già finanziate con le annualità 2014, 2015 e 2016 che finora non hanno utilizzato alcuna risorsa, è rinviato alle prossime annualità della misura.

Per il riparto delle risorse sono confermati i criteri adottati per il riparto 2016. E' confermata la quota minima di risorse assegnabile a ciascun comune pari a 8.000 euro.

I Comuni con risorse proprie possono integrare il sistema degli incentivi, compresa la concessione di fondi di garanzia in favore dei proprietari per la mancata corresponsione dei canoni in caso di sopraggiunta morosità incolpevole o delle spese legali per i provvedimenti di rilascio dell'immobile.

Con apposita determinazione dirigenziale del Settore competente in materia di edilizia sociale entro il 31 dicembre 2017 è approvato il riparto delle risorse sulla base dei criteri definiti con la presente deliberazione, sono assegnate le risorse ai Comuni, sono assunti l'impegno e la liquidazione in un'unica soluzione delle risorse assegnate e sono definite le modalità per la consuntivazione delle risorse assegnate.

Il termine per l'utilizzo delle risorse assegnate con l'annualità 2017 è fissato al 31 dicembre 2020. Decorso tale termine le risorse non utilizzate sono automaticamente revocate e tornano nella disponibilità della Regione.

Restano altresì confermate tutte le altre disposizioni previste dalla DGR. 36-1750 del 13 luglio 2015 e dalla DGR n. 64-4429 del 19 dicembre 2016 e dai relativi atti attuativi, in particolare per quanto attiene alla destinazione delle risorse assegnate ai Comuni, ai requisiti soggettivi che i cittadini devono possedere per l'accesso ai contributi, alle verifiche e ai controlli e all'utilizzo dell'applicativo informatico EPICO, disponibile on-line su Sistema Piemonte previo accreditamento. I dati relativi alle domande presentate dai richiedenti al Comune devono essere inserite dal Comune stesso sull'applicativo informatico EPICO al termine della verifica di ammissibilità da parte della Commissione comunale (stato domanda: bozza) ed essere convalidati al momento della liquidazione del contributo (stato domanda: convalidata). La banca dati EPICO costituisce fonte ufficiale da parte della Regione per il controllo dell'attuazione della misura e l'acquisizione delle informazioni necessarie per il riparto delle risorse disponibili.

Risorse assegnate (fondi regionali): euro 1.707.600,00, capitolo 154428/2017 (DGR n. 1-5692 del 2 ottobre 2017)

#### Allegato B "Fondo destinato agli inquilini morosi incolpevoli"

Premesso che presso il Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti è stato istituito, ai sensi dell'articolo 6, comma 5, del decreto-legge 31 agosto 2013, n. 102, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 ottobre 2013, n. 124, un Fondo destinato agli inquilini morosi incolpevoli (FIMI) la cui dotazione per l'anno 2016, come incrementata ai sensi dell'articolo 1, comma 2, del decreto legge 28 marzo 2014, n. 47, convertito, con modificazioni dalla legge 25 maggio 2014, n. 80, risulta pari a 59,73 milioni di euro.

Con decreto interministeriale 14 maggio 2014, pubblicato sulla Gazzetta ufficiale n. 161 del 14 luglio 2014, sono stati individuati i criteri per il riparto delle risorse disponibili, i criteri per la definizione di morosità incolpevole, per l'accesso ai contributi e il loro dimensionamento e le priorità nella concessione dei contributi ai beneficiari.

Con decreto interministeriale 30 marzo 2016, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 172 del 25 luglio 2016, sono stati revisionati i criteri, le procedure e le modalità di accesso ai contributi al fine di rendere maggiormente efficace l'utilizzo delle risorse assegnate.

Con decreto interministeriale 1 agosto 2017, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 216 del 15 settembre 2016, è stato effettuato il riparto delle risorse disponibili annualità 2017. Detto riparto è stato effettuato tenendo conto delle riduzioni concordate nella seduta del 23 febbraio 2017 in seno alla Conferenza Stato-Regione relative al concorso delle Regioni agli obiettivi di finanza pubblica e dell'ulteriore riduzione prevista dall'articolo 13 del decreto legge 24 aprile 2017, n. 50, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 giugno 2017, n. 96. Lo stanziamento complessivo statale è stato pertanto ridotto da 36,03 milioni a 11,06 milioni e le risorse ripartite al Piemonte ammontano a solo 810.289,08.

Le risorse ripartite sono state trasferite dal Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti alla Regione in data 1 dicembre 2017 (provvisorio d'incasso n. 32332).

In considerazione delle limitate risorse disponibili, dell'andamento della misura tra i Comuni aderenti e tenuto conto dei vincoli di bilancio e di finanza pubblica previsti dal decreto legislativo 118/2011, risulta opportuno, per la natura strutturale del modello di intervento perseguito, destinare le risorse al proseguimento dell'attività dei Comuni con misura FIMI attiva e domande positivamente concluse.

Per il riparto delle risorse e la quota minima di risorse assegnabili a ciascun Comune sono confermati i criteri adottati per il riparto e gli importi previsti per l'annualità 2016.

Con apposita determinazione dirigenziale del Settore competente in materia di edilizia sociale entro il 31 dicembre 2017 è approvato il riparto delle risorse sulla base dei criteri definiti con la presente deliberazione, sono assegnate le risorse ai Comuni, sono assunti l'impegno e la liquidazione in un'unica soluzione delle risorse assegnate e sono definite le modalità per la consuntivazione delle risorse assegnate.

I criteri per la definizione di morosità incolpevole, per l'accesso ai contributi, il dimensionamento e la finalizzazione dei contributi sono definiti dal decreto interministeriale 30 marzo 2016; a specificazione dei criteri previsti all'articolo 2, al fine di favorire lo sviluppo di procedure omogenee tra i comuni, si ritiene opportuno precisare che la situazione di consistente riduzione della capacità reddituale da cui consegue l'impossibilità a pagare il canone locativo, è accertata dal Comune e può, in linea di principio, essere dichiarata quando la sopravvenuta riduzione comporta per il nucleo il possesso di un reddito inferiore alla soglia di povertà assoluta stabilita dall'Istat. I contributi possono essere liquidati dal comune direttamente al proprietario.

La sottoscrizione di nuovi contratti a canone concordato avviene con il supporto, laddove presenti, dell'attività svolta dagli sportelli comunali "Agenzie sociali per la locazione".

I contratti di assegnazione in godimento di un alloggio di proprietà di una cooperativa edilizia, con esclusione di quelli con clausola di proprietà differita, sono assimilati ai contratti di locazione di unità immobiliare ad uso abitativo regolarmente registrati.

Restano confermate le disposizioni previste dalla DGR n. 64-4429 del 19 dicembre 2016 in ordine alla verifica e controllo di efficacia dell'intervento e all'utilizzo dell'applicativo informatico EPICO, disponibile on-line su Sistema Piemonte previo accreditamento. I dati relativi alle domande presentate dai richiedenti al Comune devono essere inserite dal Comune stesso sull'applicativo informatico EPICO al termine della verifica di ammissibilità da parte della Commissione comunale (stato domanda: bozza) ed essere convalidati al momento della liquidazione del contributo (stato domanda: convalidata). La banca dati EPICO costituisce fonte ufficiale da parte della Regione per il controllo dell'attuazione della misura e l'acquisizione delle informazioni necessarie per il riparto delle risorse disponibili.

Risorse assegnate (fondi statali): euro 810.289,08 sul capitolo 153734/2017 (D.G.R. avente ad oggetto "Variazione al Bilancio di previsione finanziario 2017-2019. Iscrizione di fondi, provenienti dallo Stato, derivanti dal riparto 2017 del Fondo nazionale destinato agli inquilini morosi incolpevoli" del 15 dicembre 2017)

## Allegato C

"Fondo sociale per gli assegnatari di edilizia sociale"

### ESERCIZIO 2016 (morosità incolpevole 2016)

Il Fondo sociale destinato agli assegnatari degli alloggi di edilizia sociale è previsto e disciplinato dall'art. 20 L.R. n. 3/2010 e s.m.i. e dal Regolamento n. 15/R del 4/10/2011.

Possono accedere al Fondo gli assegnatari in condizione di morosità incolpevole, come definita dall'art. 7 del Regolamento n. 14/R del 4/10/2011, in possesso di un ISEE non superiore a euro 6.235,43 che abbiano corrisposto all'ente gestore su base annua la somma stabilita dalla Giunta Regionale con D.G.R. n. 32-4506 del 29/12/2016.

I contributi vengono riconosciuti sotto forma di riduzione della morosità incolpevole dell'assegnatario, per canoni e servizi accessori (così come definiti dall'art. 9 L.392/78).

Risorse regionali destinate: euro 4.475.000,00 Capitolo: 171636/2017 (D.G.R. n. 1-5692 del 2 ottobre 2017)

## **BOLZANO**

**DGP 12.12.17, n. 1366** - Edilizia abitativa agevolata: Adeguamento dei limiti di reddito e delle quote di detrazione relativi ai redditi dell'anno 2017. (BUR n. 51 del 19.12.17)

### **Note**

1. Il limite di reddito per l'assegnazione di abitazioni in locazione dell'Istituto per l'edilizia sociale (IPES) di cui all'articolo 97, comma 1, lettera d), della legge provinciale 17 dicembre 1998, n. 13, è aumentato a 17.300,00 Euro.

2. Le quote di detrazione di cui all'articolo 58 della legge provinciale 17 dicembre 1998, n. 13, sono elevate rispettivamente confermate per il settore dell'edilizia sociale nel modo seguente:

a) La quota di detrazione per il coniuge di Euro 12.500,00 è elevata a Euro 12.800,00;

b) La quota di detrazione per il primo figlio a carico di Euro 4.600,00 Euro è elevata a Euro 4.700,00;

c) La quota di detrazione per il secondo figlio a carico di Euro 5.100,00 è elevata a Euro 5.200,00;

d) La quota di detrazione per il terzo ed ogni ulteriore figlio a carico di Euro 6.100,00 è elevata a Euro 6.200,00;

e) La quota di detrazione per il primo figlio a carico di nuclei monoparentali di Euro 8.600,00 è elevata a Euro 8.700,00.

3. Ai fini della valutazione delle condizioni economiche dei richiedenti che presentano domanda per l'assegnazione di un'abitazione in locazione dell'Istituto per l'edilizia sociale, alle fasce di reddito di cui all'articolo 6, comma 2, del decreto del Presidente della Giunta provinciale 15 settembre 1999, n. 51, 2° Regolamento di esecuzione alla legge provinciale 17 dicembre 1998, n. 13, è attribuito il seguente punteggio:

a) Punti 10 per un reddito fino a Euro 7.100,00;

b) Punti 9 per un reddito da Euro 7.100,01 a Euro 8.300,00;

c) Punti 8 per un reddito da Euro 8.300,01 a Euro 9.400,00;

d) Punti 7 per un reddito da Euro 9.400,01 a Euro 10.500,00;

e) Punti 6 per un reddito da Euro 10.500,01 a Euro 11.500,00;

f) Punti 5 per un reddito da Euro 11.500,01 a Euro 12.800,00;

g) Punti 4 per un reddito da Euro 12.800,01 a Euro 13.900,00;

h) Punti 3 per un reddito da Euro 13.900,01 a Euro 15.000,00;

i) Punti 2 per un reddito da Euro 15.000,01 a Euro 16.100,00;

l) Punto 1 per un reddito da Euro 16.100,01 a Euro 17.300,00.

4. Ai fini dell'edilizia sociale, i limiti di reddito di cui all'articolo 58 della legge provinciale 17 dicembre 1998, n. 13, per l'ammissione alle agevolazioni edilizie per la costruzione, l'acquisto ed il recupero di abitazioni per il fabbisogno abitativo primario sono fissati nel modo seguente:

a) Prima fascia di reddito Euro 23.100,00;

b) Seconda fascia di reddito Euro 31.300,00;

c) Terza fascia di reddito Euro 37.400,00;

d) Quarta fascia di reddito Euro 44.900,00;

e) Quinta fascia di reddito Euro 57.800,00.

5. Ai fini dell'edilizia sociale alle fasce di reddito di cui sopra è attribuito il seguente punteggio:

a) Punti 10 per un reddito fino a Euro 23.100,00;

b) Punti 9 per un reddito da Euro 23.100,01 a Euro 25.800,00;

c) Punti 8 per un reddito da Euro 25.800,01 a Euro 28.600,00;

d) Punti 7 per un reddito da Euro 28.600,01 a Euro 31.300,00;

e) Punti 6 per un reddito da Euro 31.300,01 a Euro 34.300,00;

- f) Punti 5 per un reddito da Euro 34.300,01 a Euro 37.400,00;
- g) Punti 4 per un reddito da Euro 37.400,01 a Euro 41.100,00;
- h) Punti 3 per un reddito da Euro 41.100,01 a Euro 44.900,00;
- i) Punti 2 per un reddito da Euro 44.900,01 a Euro 51.200,00;
- l) Punto 1 per un reddito da Euro 51.200,01 a Euro 57.800,00.

6. Gli importi di cui sopra si applicano ai redditi percepiti nel corso dell'anno 2017.

7. La quota esente per il patrimonio immobiliare dei genitori, suoceri o figli di cui all'articolo 11, comma 7, del decreto del Presidente della Giunta provinciale 15 luglio 1999, n. 42, 1° Regolamento di esecuzione alla legge provinciale 17 dicembre 1998, n. 13, da 844.300,00 euro è aumentata a 861.200,00 euro. Tale quota esente è applicata per le domande del settore dell'edilizia abitativa agevolata presentate dal 01.07.2018 al 30.06.2019 e per le domande del settore dell'edilizia sociale presentate dal 01.05.2018 al 30.04.2019.

## ENTI LOCALI

### EMILIA-ROMAGNA

**DGR 20.12.17, n. 2083** - Composizione, compiti e modalità di funzionamento dell'Osservatorio regionale delle Unioni e dell'Osservatorio regionale delle fusioni (BUR n. 5 del 10.1.18)

#### Note

L'Osservatorio regionale delle Unioni è istituito al fine di monitorare gli effetti che scaturiscono dall'esercizio associato, anche attraverso le Unioni di Comuni, delle funzioni di cui all'articolo 7 della legge regionale n. 21/2012, nei diversi settori amministrativi di competenza regionale, nonché il concreto impatto del processo associativo sui cittadini, sugli enti pubblici e sulle imprese.

La Regione Emilia-Romagna ha da tempo posto in essere azioni di monitoraggio degli effetti scaturenti dalle gestioni associate in Unione nei diversi settori amministrativi di competenza regionale e lo ha fatto anche attraverso la costituzione di gruppi tematici misti (costituiti da dirigenti e funzionari regionali e da dirigenti delle Unioni individuati da ANCI-UNCCEM, oltre che da rappresentanti delle predette Associazioni regionali degli enti locali).

L'istituzione dell'Osservatorio regionale delle Unioni può, in un'ottica di efficacia e funzionalità, ricondurre a sistema il lavoro svolto sino ad ora, garantendo la più ampia partecipazione possibile dei diversi soggetti interessati all'incremento e al miglioramento delle gestioni associate sul territorio.

L'Osservatorio regionale delle Unioni e l'Osservatorio regionale delle fusioni sono i luoghi deputati all'analisi delle situazioni connesse ai fenomeni di aggregazione intercomunale e che ad entrambi gli Osservatori sono assegnati i seguenti obiettivi:

- a) valorizzare e monitorare i processi di associazionismo in Unione di comuni e quelli di fusione di comuni;
- b) supportare i comuni nei percorsi associativi che intenderanno intraprendere;
- c) promuovere lo scambio e la diffusione di esperienze e buone pratiche territoriali di associazionismo in Unione e di fusione;

Si procede all'aggiornamento delle modalità di funzionamento e di partecipazione relative all'Osservatorio regionale delle fusioni, stabilendo le seguenti modalità di funzionamento e di partecipazione, in sostituzione di quanto disposto nella precedente deliberazione n. 1446/2015:

## FAMIGLIA

### LOMBARDIA

**DGR 18.12.17 - n. X/7544** Determinazioni per il recupero di immobili da destinare in locazione ai genitori di cui alla l.r. 18/2014 «Norme a tutela dei coniugi separati o divorziati, in particolare con figli minori». anno 2018/2019. (BUR n. 52 del 29.12.17)

**Note**

Vengono approvati i criteri e modalità di accesso, nonché il limite del costo ammissibile da assegnare agli Enti pubblici, Enti privati del Terzo settore ed Enti religiosi riconosciuti, per il recupero di immobili di proprietà da destinare in locazione ai genitori di cui alla l.r. 18/2014, allegato A, (a cui si fa rinvio).

**DGR 28.12.17 - n. X/7632** -Prima applicazione della l.r. 27 marzo 2017 n. 10 «Norme integrative per la valutazione della posizione economica equivalente delle famiglie – Istituzione del fattore famiglia lombardo»: «Fattore famiglia lombardo per la disabilità sensoriale» (BUR n. 2 dell'8.1.18)

**Note**

Viene applicato per il 2017, nelle more della definizione dell'indicatore sintetico, il fattore famiglia lombardo quale agevolazione integrativa rispetto a quelle già previsti, in caso di presenza nel nucleo familiare di persone con disabilità e di non autosufficienti.

Vengono individuati, quale ambito di intervento, i servizi a supporto dell'inclusione scolastica degli studenti con disabilità sensoriale con un incremento denominato «fattore famiglia lombardo per la disabilità sensoriale, in coerenza con le relative linee guida di cui alla dgr n. 6832 del 30 giugno 2017; Vengono assegnate alle ATS le risorse pari a euro 1.500.000,00 per la prima applicazione del Fattore Famiglia lombardo per l'incremento di cui alla l.r. 27 marzo 2017, n.10 a sostegno della inclusione scolastica degli studenti con disabilità sensoriale denominato «fattore famiglia lombardo per la disabilità sensoriale»;

**DCR 21.12.17 - n. X/1741** - Designazione di tre consiglieri regionali nell'osservatorio per l'attuazione del Fattore Famiglia lombardo. (BUR n. 2 dell'11.1.18)

**Note**

Vengono designati quali componenti dell'Osservatorio per l'attuazione del fattore famiglia lombardo i consiglieri regionali

Alessandro Colucci, Silvana Santisi in Saita e Silvia Fossati, quest'ultima in rappresentanza della minoranza.

**PIEMONTE**

**DGR 7.12.17, n. 26-6086** - L.n. 296/2006 e L.R. n. 1/2004 - Finanziamenti per i centri famiglie e per le responsabilità genitoriali. Proroga scadenza per l'utilizzo dei finanziamenti e per la presentazione delle rendicontazioni, di cui alla dgr 27-3972 del 26 settembre 2016. (BUR n. 2 dell'11.1.18)

**Note**

Viene posticipata la scadenza individuata con la D.G.R. n. 273972 del 26 settembre 2016, Allegato 1, "Scheda progetto", che indica quale termine per l'utilizzo dei finanziamenti e per la presentazione della rendicontazione il 31 dicembre 2017

Viene concessa la proroga al 30 giugno 2018 per l'utilizzo dei finanziamenti e per la presentazione della rendicontazione.

|               |
|---------------|
| <b>MINORI</b> |
|---------------|

**LAZIO**

**Determinazione 15 dicembre 2017, n. G17474-** Costituzione della Commissione tecnica per l'istruttoria e la valutazione delle domande della Procedura negoziata senza previa pubblicazione del bando di gara ai sensi dell'art. 36, comma 2, lettera b) del D.Lgs. 50/2016, per l'affidamento dei servizi

del "Centro Giorgio Fregosi per i bambini ed adolescenti vittime di abuso e maltrattamento" con sede in Roma, Via dei Sabelli D.G.R. 537/2017. (BUR n. 4 dell'11.1.18)

**Note**

Si procede alla nomina dei componenti della Commissione tecnica per l'istruttoria e la valutazione delle domande pervenute, individuando a tal fine i seguenti componenti:

- Antonio Mazzarotto Presidente,
- Stefania Pucello, funzionario della Regione Lazio Area Politiche per l'Inclusione Componente esperto,
- Maria Paola Pacelli, funzionario della Regione Lazio Area Politiche per l'Inclusione Componente esperto,
- Rosario Mancuso, assistente amministrativo della Regione Lazio Area Politiche per l'Inclusione Segretario verbalizzante;
- Barbara Giordano assistente amministrativo della Regione Lazio Area Politiche per l'Inclusione Segretario verbalizzante, Supplente.

**Determinazione 10 gennaio 2018, n. G00196** Modifica dell'Allegato alla Determinazione n. G18393 del 22/12/2017 "Approvazione dell'avviso pubblico per la concessione di finanziamenti regionali a sostegno delle adozioni internazionali, a valere sul Fondo regionale per il Microcredito e la Microfinanza".(BUR n. 4 dell'11.1.18)

**Note**

Con DGR n. 685/2017 sono stati approvati i "Criteri e indirizzi per l'utilizzo delle economie di gestione del Fondo regionale per il microcredito e la microfinanza – L.R. 10/2006 e successive modifiche", che ha stabilito di destinare alle famiglie che devono sostenere costi per le adozioni internazionali le risorse residue del Fondo regionale per il microcredito e la microfinanza, già nella disponibilità di Lazio Innova S.p.A., nella misura di € 2.800.000,00, comprensivi dei compensi per l'attività di Lazio Innova S.p.A. e dei soggetti erogatori e dei costi per le attività di comunicazione e promozione dell'intervento.

Con Determinazione n. G18393 del 22/12/2017 è stato approvato l'Avviso pubblico per la concessione di finanziamenti regionali a sostegno delle adozioni internazionali, a valere sul Fondo regionale per il Microcredito e la Microfinanza, pubblicato sul BURL n.2 – Supplemento 1 del 4/01/2018;

Sono approvate le modifiche dell'Avviso pubblico approvato con la Determinazione n. G18393 del 22/12/2017, sostituendo l'Allegato della citata Determinazione con l'Allegato del presente atto, di cui costituisce parte integrante e sostanziale;

**REGIONE LAZIO**

**Direzione Regionale per le Attività Produttive e lo Sviluppo Economico**

**Fondo Regionale per il Microcredito e la Microfinanza**

**AVVISO PUBBLICO**

**per la concessione di finanziamenti a tasso agevolato a sostegno di percorsi di adozione internazionale avviati dalle Famiglie**

**Premessa**

La Regione Lazio ai sensi dell'art. 1, commi 20-28 della L.R. 10/2006 e ss. modifiche, in attuazione dei principi della finanza etica, promuove programmi di microcredito e di microfinanza come strumento di lotta alla povertà e all'esclusione sociale al fine di sviluppare la partecipazione e la solidarietà a favore di categorie svantaggiate.

Nel contesto degli interventi di microfinanza, con Deliberazione di Giunta n. 685/2017, la Regione ha inteso assicurare sostegno finanziario alle Famiglie che intraprendono percorsi di adozione internazionale.

La gestione delle operazioni è affidata alla società in house Lazio Innova, in qualità di Soggetto Gestore del “Fondo per il microcredito e la microfinanza”, che per l’attuazione degli interventi coinvolge soggetti terzi appositamente convenzionati per tutta la durata dell’iniziativa.

#### Art. 1 – Obiettivi e ambito di operatività

1. In attuazione di quanto indicato nelle premesse il presente Avviso intende attivare interventi a sostegno di percorsi di adozione internazionale, mediante l’erogazione di prestiti agevolati alle Famiglie che intraprendono tali percorsi.

2. L’Avviso definisce i soggetti che possono accedere ai finanziamenti agevolati, la forma, la misura e le caratteristiche dei finanziamenti, le spese ammissibili, le procedure di accesso, di istruttoria e di erogazione, nonché i criteri di valutazione e di priorità per alcune categorie di destinatari.

#### Art. 2 – Definizioni

1. I termini indicati, al singolare o al plurale, nel corpo del presente Avviso con la lettera maiuscola vanno intesi in riferimento alle definizioni come riportate di seguito in grassetto tra virgolette.

a. «Avviso»: il presente Avviso Pubblico.

b. «Destinatari»: le Famiglie che devono sostenere i costi per le adozioni internazionali.

c. «Famiglia»: ai fini del presente Avviso, si intendono i soggetti cui è consentita l’adozione ai sensi dell’art. 6 della Legge 4 maggio 1983, n 184, e ss.mm.ii. che siano in possesso dei requisiti previsti dall’Avviso.

d. «Richiedente» o «Famiglia Richiedente»: Destinatario che abbia presentato una Domanda ai sensi dell’art. 9 dell’Avviso.

e. «Beneficiario» o «Famiglia Beneficiaria»: Richiedente cui sia stato concesso il finanziamento agevolato ai sensi dell’art. 11 dell’Avviso.

f. «Domanda»: richiesta di accesso al finanziamento presentata con le modalità indicate dall’art. 9 dell’Avviso, da redigersi in conformità con l’allegato (sub B) all’Avviso.

g. «Soggetto Erogatore»: banche o intermediari finanziari vigilati, appositamente convenzionati con Lazio Innova, sulla base di una procedura di adesione ad un accordo predefinito (convenzionamento aperto). L’elenco dei Soggetti Erogatori convenzionati è disponibile sul sito [www.lazioinnova.it](http://www.lazioinnova.it) sulla pagina dedicata.

h. «Anomalie»: difformità/irregolarità indicate nell’allegato del presente Avviso (Elenco Anomalie) che richiedono una valutazione caso per caso.

i. «Decreto di Idoneità»: documento/decreto attestante la sussistenza dei requisiti all'adozione. Il decreto di idoneità potrebbe contenere, nell'interesse del minore, anche indicazioni utili a completare il quadro delle caratteristiche della coppia. Nella pratica, alcuni tribunali aggiungono alcune specifiche restrittive relative al numero massimo di minori adottabili, all'età e altre eventuali caratteristiche.

j. «Mandato»: mandato conferito ad un Ente autorizzato a svolgere la pratica di adozione internazionale ai sensi della Legge 476 del 31 dicembre 1998.

#### Art. 3 – Destinatari

1. Possono beneficiare dell’intervento le Famiglie che:

x presentino difficoltà di accesso al credito bancario ordinario;

x siano residenti nella Regione Lazio;

x se cittadini stranieri residenti nella Regione Lazio, siano in possesso di regolare permesso o carta di soggiorno;

x siano in possesso di valido “Decreto di Idoneità” rilasciato dalle Autorità Competenti da cui risulti anche l’opzione per l’adozione internazionale.

#### Art. 4 – Risorse Finanziarie

1. Le risorse finanziarie disponibili per gli interventi di cui al presente Avviso ammontano a Euro 2.760.000, comprensivi dei costi di gestione da corrispondere ai Soggetti Erogatori, a valere sul Fondo Regionale per il Microcredito e la Microfinanza della Regione Lazio.

#### Art. 5 – Modalità d’intervento

1. Le risorse destinate ad interventi di microfinanza a sostegno delle Famiglie che intraprendono percorsi di adozione internazionale sono utilizzate per erogare finanziamenti a tasso agevolato, senza il coinvolgimento del capitale bancario, né di altri co-finanziatori.
2. La copertura del rischio è totalmente a valere sul Fondo regionale per il microcredito e la microfinanza.
3. I finanziamenti sono erogati da uno o più soggetti terzi, banche o intermediari finanziari vigilati, inclusi gli intermediari finanziari iscritti nell'elenco speciale di cui all'art. 111 del D.Lgs 385/1993 (TUB), per la parte di attività di cui al DM n.176/2014 art. 1 e per la quale ci sia compatibilità con l'Avviso Pubblico ("Soggetti Erogatori"), appositamente convenzionati con Lazio Innova, sulla base di una procedura di adesione ad un accordo predefinito (convenzionamento aperto).
4. Le Famiglie potranno presentare domanda ai Soggetti Erogatori indicati nell'elenco disponibile sui siti: [www.lazioinnova.it](http://www.lazioinnova.it) e [www.regione.lazio.it](http://www.regione.lazio.it).
5. Lazio Innova non è tenuta a svolgere servizi di accompagnamento per gli interventi a valere sul presente Avviso.

#### Art. 6 - Caratteristiche del finanziamento

1. Le finalità dei finanziamenti devono essere coerenti con la Legge Regionale n. 10 del 18 settembre 2006, articolo 1, commi 20-28, e successive modifiche e integrazioni, il Disciplinare e le Linee Operative di cui alla DGR 135/2016 e con quanto previsto nell'Avviso.
  2. I finanziamenti agevolati sono erogati esclusivamente a copertura dei costi pre-adozione, meglio specificati nel paragrafo relativo alle spese ammissibili.
  3. I finanziamenti hanno la forma tecnica di prestiti personali, possono essere cointestati ai due coniugi ovvero intestati ad uno solo di essi e devono rispettare tutte le condizioni previste dalla normativa vigente.
  4. I finanziamenti si caratterizzano come di seguito indicato:
    - x importo minimo: 5.000,00 euro
    - x importo massimo: 25.000,00 euro
    - x durata: fino a 84 mesi
    - x tasso: fisso, predefinito nella misura del 1,00% (uno percento)
    - x rimborso: in rate costanti posticipate, mensili
- Costi per il beneficiario:
- x spese di istruttoria: zero;
  - x commissioni di erogazione o incasso: zero;
  - x penale di estinzione anticipata: zero.
3. Non possono essere richieste, a sostegno del finanziamento, garanzie reali, patrimoniali, finanziarie, né personali.
  4. In caso di ritardato pagamento, si applica al beneficiario un interesse di mora pari al 2% (due per cento) in ragione d'anno.

#### Art. 7 – Tipologie di spese ammissibili

1. Le spese ammissibili sono esclusivamente quelle sostenute nel percorso di pre-adozione e devono essere strettamente connesse all'adozione internazionale.
2. A titolo esemplificativo e non esaustivo sono ammissibili le spese per i servizi resi dall'Ente autorizzato, inclusi quelli relativi al conferimento del Mandato, i costi di viaggio e soggiorno della famiglia nel Paese dell'adottando, le spese amministrative, comprese quelle imposte dal Paese straniero, consulenze e altri servizi non resi dall'Ente autorizzato, strettamente funzionali al successo del percorso di adozione.
3. Sono ammissibili solo le spese sostenute successivamente alla data di presentazione della domanda, ad eccezione di quelle strettamente connesse alla sottoscrizione del Mandato ad un Ente autorizzato a svolgere la pratica di adozione internazionale, ai sensi della legge n. 476 del 31 dicembre 1998, che sono ammesse anche se sostenute prima della presentazione della domanda. Nessuna spesa potrà essere ammessa se sostenuta prima del conferimento del Mandato.

4. Per dare copertura alle spese ammissibili, le risorse saranno rese disponibili con le modalità indicate al comma 3 dell'art. 11.

5. Qualora l'adozione non vada a buon fine, il finanziamento a valere sul Fondo copre comunque le spese ammissibili sostenute dalla Famiglia.

#### Art. 8 – Spese escluse

1. Non è possibile utilizzare i finanziamenti agevolati per coprire le seguenti spese:

x imposte e tasse;

x spese già fatturate al momento della presentazione della domanda, ad eccezione di quelle sostenute per conferire il Mandato all'Ente autorizzato;

x consolidamento debiti bancari;

x interessi passivi.

#### Art. 9 – Modalità di presentazione domanda e procedure

1. I Destinatari possono presentare domanda contattando uno dei Soggetti Erogatori convenzionati con Lazio Innova per l'attuazione dell'intervento di cui all'Avviso, il cui elenco è disponibile sulla pagina dedicata del sito [www.lazioinnova.it](http://www.lazioinnova.it).

2. È possibile contattare i Soggetti Erogatori a partire dal 15 gennaio 2018 e fino ad esaurimento delle risorse disponibili, tempestivamente comunicato sul sito sopra indicato.

3. In sede di primo contatto, il Soggetto Erogatore verifica il possesso dei requisiti formali per la presentazione della domanda sulla base delle informazioni previste nell'apposito Formulario, allegato al presente avviso (sub A). Quindi il Soggetto Erogatore fissa un appuntamento con la Famiglia Richiedente, indicando la documentazione che deve essere consegnata in allegato alla domanda.

4. In sede di incontro, la Famiglia Richiedente consegna al Soggetto Erogatore la domanda redatta in conformità con lo schema allegato all'Avviso (sub B), sottoscritta in originale, corredata di copia del documento di identità, di copia del Decreto Idoneità e del Mandato – ove già conferito - nonché di tutta la documentazione prevista dall'Avviso e di quella richiesta dal Soggetto Erogatore; eventuali integrazioni dovranno essere consegnate comunque entro un termine perentorio di 20 gg dalla data dell'appuntamento. Decorso inutilmente tale termine, la domanda si intenderà rinunciata; il Richiedente potrà presentare una nuova domanda che acquisirà una nuova posizione nell'ordine cronologico di assegnazione delle risorse in base alla data in essa indicata.

5. A partire dal 25 gennaio 2018, settimanalmente ogni Soggetto Erogatore trasmette a Lazio Innova l'elenco delle domande che sono state presentate negli incontri tenutisi nella settimana, in ordine cronologico, al fine di consentire il costante monitoraggio della disponibilità residua di risorse finanziarie e – se del caso – provvedere per tempo alla chiusura dei termini per la presentazione delle domande; nel primo invio saranno indicate tutte le domande presentate a far data dall'apertura dei termini di cui al precedente comma 2.

6. La data di presentazione della domanda, indicata sul modulo sottoscritto dal Richiedente, determina l'ordine cronologico di assegnazione delle risorse finanziarie.

7. Non sono ammissibili le domande presentate in modo difforme, prive di firma riportanti erronea o parziale presentazione dei dati richiesti, presentate prima od oltre i termini previsti dall'Avviso o che presentino correzioni non espressamente confermate e sottoscritte.

8. Con la presentazione delle domande non si costituisce alcun obbligo di finanziamento in capo alla Regione Lazio, a Lazio Innova e al Soggetto Erogatore.

9. Il Richiedente, pena la decadenza, assume l'impegno di comunicare tempestivamente al Soggetto Erogatore gli aggiornamenti delle dichiarazioni rese ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, nel caso in cui, tra la data di presentazione della domanda e la concessione del finanziamento di cui all'art. 11 dell'Avviso, siano intervenuti eventi che rendano superate le citate dichiarazioni.

#### Art. 10 – Procedura di verifica, valutazione e delibera delle domande

10. Il Soggetto Erogatore procede all'istruttoria della domanda, che deve essere conclusa di norma entro 30 giorni dal completamento della documentazione a corredo della domanda, presentata entro i termini di cui al comma 4 del precedente art. 9.

11. Il Soggetto Erogatore verifica il possesso dei requisiti, inclusa la difficoltà nell'ottenere credito ordinario, valutando la richiesta di finanziamento in relazione alle reali esigenze della Famiglia; in presenza di situazioni rientranti nella lista delle "Anomalie" riportata nell'Allegato C all'Avviso, il Soggetto Erogatore ne valuta la portata e ne dà conto nella scheda istruttoria.

12. Qualora ne ravvisi la necessità a seguito delle verifiche e valutazioni effettuate, il Soggetto Erogatore può concordare con il Richiedente una rimodulazione del finanziamento richiesto, al fine di renderlo coerente con le capacità di rimborso.

13. Con cadenza settimanale i Soggetti Erogatori trasmettono a Lazio Innova le schede istruttorie con evidenza dell'esito della propria delibera, nel rispetto dei tempi previsti al comma 1 del presente articolo, riepilogando i dati nell'apposito prospetto settimanale, predisposto su format fornito da Lazio Innova.

14. In occasione dell'invio settimanale delle schede istruttorie e del prospetto settimanale, i Soggetti Erogatori danno inoltre evidenza:

a. degli eventuali contatti per i quali si è ritenuto non sussistessero le condizioni minime per la presentazione della domanda, con relative motivazioni;

b. dell'elenco complessivo delle domande presentate, in ordine cronologico, incluse quelle ancora in fase di completamento della documentazione, al fine di consentire il costante monitoraggio della potenziale disponibilità residua di risorse finanziarie.

15. Lazio Innova, previa verifica di conformità delle schede istruttorie ricevute dai Soggetti Erogatori le trasmette al Comitato Garanzie costituito con Regolamento interno di Lazio Innova in coerenza con la DGR 442/2014, cui è attribuita la funzione di organo collegiale incaricato di valutare e deliberare.

16. In caso di delibera negativa Lazio Innova provvede ad esperire le procedure di cui all'art. 10 bis della legge 241/90.

Art. 11– Concessione dei finanziamenti e modalità di erogazione

1. Dopo il recepimento da parte della Direzione regionale competente con apposita determinazione dirigenziale (provvedimento di concessione dell'agevolazione) delle delibere del Comitato Garanzie, Lazio Innova ne comunica l'esito al Soggetto Erogatore.

2. Il Soggetto Erogatore provvede ad inviare alla Famiglia Richiedente formale comunicazione dell'esito della delibera e, in caso di delibera positiva, provvede di norma entro 30 giorni alla stipula del contratto di finanziamento e alla relativa erogazione nei termini indicati al comma successivo; sono fatti salvi ritardi non imputabili al Soggetto Erogatore, quali ad esempio quelli legati alla impossibilità di sottoscrivere il contratto o di erogare il finanziamento per mancata consegna da parte del beneficiario della documentazione necessaria.

3. Il finanziamento è erogato con pagamento diretto delle spese ritenute ammissibili. A tal fine, l'erogazione avviene su un conto corrente vincolato intestato a uno dei coniugi o ad entrambi, aperto presso il Soggetto Erogatore o una delle banche con esso convenzionate. Si specifica che il conto corrente vincolato è un rapporto di tipo continuativo e la singola banca convenzionata può rifiutare l'apertura del rapporto se contrasta con le proprie policy interne, con particolare riferimento alla normativa antiriciclaggio; in tal caso la Famiglia Beneficiaria può rivolgersi ad una diversa banca fra quelle convenzionate con il Soggetto Erogatore prescelto. Per agevolare il pagamento delle spese ammesse è consentito l'utilizzo di strumenti finanziari, quali ad esempio le "carte prepagate/ricaricabili", caricate inizialmente e quindi ricaricate tempo per tempo, di norma entro il del 20% del finanziamento concesso; la ricarica potrà avvenire solo a fronte di rendicontazione delle spese sostenute utilizzando la carta. Tutte le spese sostenute con la carta devono rientrare nelle spese ammesse a finanziamento e devono quindi essere puntualmente rendicontate. È consentito ricaricare la carta per un importo superiore al limite del 20% a fronte di richiesta motivata della Famiglia Beneficiaria, ad esempio per effettuare un unico pagamento on line (es. biglietti aerei) di importo superiore al 20% del finanziamento concesso. In alternativa all'utilizzo della carta prepagata, può essere svincolata una parte del finanziamento, fino ad un massimo del 20% dell'importo totale, da utilizzarsi esclusivamente per sostenere spese ammesse e comunque da rendicontare puntualmente.

Il conto corrente vincolato è infruttifero e non può avere convenzione assegni e carte di credito, fatto salvo quanto detto sulla carta prepagata/ricaricabile.

4. Il Soggetto Erogatore trasmette bimestralmente a Lazio Innova un prospetto contenenti i dati di monitoraggio, secondo il tracciato concordato con Lazio Innova, incluse puntuali informazioni sullo status delle posizioni in essere, che evidenziano in particolare le posizioni con due o più rate scadute e quelle che hanno superato i 180 giorni (sei rate) di scaduto.

5. Il Soggetto Erogatore cura altresì l'incasso delle rate e il monitoraggio del regolare rimborso. In caso di ritardato pagamento del beneficiario, il Soggetto erogatore sollecita il beneficiario a provvedere ai ritardati pagamenti inviando sollecito di pagamento almeno entro la scadenza della seconda rata insoluta e al raggiungimento e/o superamento della soglia di 180 giorni di scadenza relativamente al rimborso della rata del finanziamento informa Lazio Innova ed invia al beneficiario dichiarazione di decadenza del beneficio del termine (DBT) con contestuale intimazione entro 15 giorni a rimborsare il credito distinto nelle sue componenti di capitale ed interessi anche moratori, decorsi i 15 giorni il Soggetto Erogatore comunica a Lazio Innova se il beneficiario ha provveduto a rimborsare quanto dovuto ovvero se si debba procedere al recupero coatto. In tale ultimo caso, Lazio Innova segnala il destinatario alla struttura regionale competente che attiva il recupero coatto dell'intero credito come sopra individuato mediante iscrizione a ruolo.

#### Art.12 – Casi di decadenza e revoca del finanziamento

1. Il finanziamento concesso è soggetto a revoca, con conseguente decadenza del beneficio del termine e obbligo di restituzione del finanziamento eventualmente già erogato, per la parte non ancora rimborsata, oltre agli interessi di mora eventualmente dovuti, qualora nel periodo di durata del finanziamento si verificano i seguenti casi:

- a. finanziamento concesso sulla base di dati, notizie, dichiarazioni mendaci, inesatte o reticenti;
- b. venir meno dei requisiti soggettivi o oggettivi di ammissibilità all'agevolazione;
- c. inadempimento del Beneficiario, rispetto agli obblighi previsti nell'Avviso, nella domanda e in tutta la documentazione prodotta;
- d. raggiungimento e/o superamento della soglia di 180 giorni di scadenza relativamente al rimborso della rata del finanziamento, con conseguente passaggio a sofferenza del credito ad esso collegato;
- e. destinazione dell'intervento a finalità diverse rispetto a quelle contemplate dal Progetto ammesso a finanziamento;

2. Il Beneficiario può rinunciare al finanziamento inviando una comunicazione al Soggetto Erogatore e, per conoscenza, a Lazio Innova, debitamente sottoscritta e corredata di fotocopia di documento d'identità. La rinuncia determina la decadenza del beneficio del termine e l'obbligo di restituzione del finanziamento eventualmente già erogato, per la parte non ancora rimborsata. L'eventuale rinuncia non pregiudica gli effetti del provvedimento di revoca, qualora il procedimento di revoca sia stato già avviato.

3. Al verificarsi di una o più cause di decadenza, revoca o rinuncia, Lazio Innova, esperite ove previsto le procedure di cui agli artt. 7 e 8 della Legge 241/90, sottopone la proposta alla Direzione regionale competente per l'assunzione del provvedimento definitivo.

4. Gli importi indicati nel provvedimento definitivo devono essere pagati entro 60 giorni dalla comunicazione del provvedimento Decorso tale termine si applica un interesse di mora, nella misura del 2% (due per cento) su base annua, e la Regione procede al recupero coatto della somma dovuta.

5. Qualora, nel rilevamento delle predette irregolarità, siano coinvolti profili di responsabilità per danni o penale, il Soggetto Erogatore, Lazio Innova e la Regione Lazio possono esperire ogni azione nelle sedi opportune.

#### Art.13 – Diritto di accesso, informativa ai sensi della legge 241/90, Trasparenza e trattamento dei dati personali

1. Il diritto di accesso di cui all'art. 22 e seguenti della Legge 241/90 e s.m.i. viene esercitato mediante richiesta motivata rivolgendosi a Lazio Innova all'indirizzo PEC lazioinnova@pec.lazioinnova.it.

2. Il responsabile per le attività delegate a Lazio Innova è il Direttore Generale pro tempore. La competenza dei provvedimenti finali spetta alla Direzione Sviluppo Economico e Attività Produttive.

3. La durata del procedimento non può superare i termini previsti dall'art. 5, comma 5, del D.Lgs. 123/98.

4. Ai sensi del D.Lgs. 33/2013 e s.m.i. in materia di trasparenza, i dati saranno pubblicati dalla Regione Lazio nel rispetto di quanto specificatamente previsto dagli artt. 26 e 27.

5. Ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. e fermi restando i maggiori dettagli riportati nell'Allegato D all'Avviso, i dati personali forniti all'Amministrazione nell'ambito della presente procedura sono trattati anche con strumenti informatici ed utilizzati per le finalità della procedura stessa e per scopi istituzionali nella piena tutela dei diritti e della riservatezza delle persone e secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza.

6. Lazio Innova S.p.A. è responsabile del trattamento dei soli dati personali dalla stessa acquisiti e gestiti ai fini della concessione dell'agevolazione. Lazio Innova S.p.A. non è responsabile del trattamento dei dati personali richiesti ai destinatari dai Soggetti Erogatori e gestiti esclusivamente da questi ultimi ai fini dell'erogazione dei finanziamenti

Art. 14 - Verifiche e controlli

1. E' facoltà del Soggetto Erogatore, di Lazio Innova e della Regione Lazio, per tutta la durata del finanziamento, effettuare, direttamente o indirettamente, verifiche tecniche, amministrative e finanziarie presso la Famiglia Beneficiaria, per accertare la reale rispondenza tra quanto dichiarato e quanto realizzato.

2. E' inoltre facoltà di Lazio Innova, della Regione Lazio, per tutta la durata dell'intervento, effettuare, direttamente o indirettamente, verifiche tecniche, amministrative e finanziarie presso la sede legale e/o operativa del Soggetto Erogatore, per accertare il corretto svolgimento dell'attività.

Art. 15 - Conservazione documenti

1. I Beneficiari si impegnano a conservare la documentazione e a renderla disponibile su richiesta dei Soggetti Erogatori, di Lazio Innova o dell'Amministrazione regionale. I documenti devono essere conservati sotto forma di originali o di copie autenticate, o su supporti per i dati comunemente accettati, comprese le versioni elettroniche di documenti originali o i documenti esistenti esclusivamente in versione elettronica.

## ALLEGATO A – FORMULARIO

### Documento A – FORMULARIO

Fondo Regionale per il Microcredito e la Microfinanza

FORMULARIO per la partecipazione all'Avviso Pubblico per la concessione di finanziamenti a tasso agevolato a sostegno di percorsi di adozione internazionale avviati dalle famiglie

DOMANDA 1. Il percorso intrapreso è di adozione internazionale?

DOMANDA 2. Il nucleo familiare è residente nel territorio della Regione Lazio?

DOMANDA 3. È stato rilasciato dal Tribunale dei Minori il Decreto di Idoneità?

NEL CASO DI RISPOSTA POSITIVA ALLE DOMANDE SOPRA INDICATE, L'OPERATORE FISSERA' L'INCONTRO PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA  
ALLEGATO B– DOMANDA

### Documento B – DOMANDA

Fondo Regionale per il Microcredito e la Microfinanza

DOMANDA per la partecipazione all'Avviso Pubblico per la concessione di finanziamenti a tasso agevolato a sostegno di percorsi di adozione internazionale avviati dalle famiglie

I sottoscritti coniugi Nome e Cognome (coniuge) Tipologia Documento Identità  
 Rilasciato da Numero Data di rilascio Data di scadenza Codice fiscale  
 Luogo di nascita Data di nascita Nome e Cognome (coniuge) Tipologia Documento di Identità  
 Rilasciato da Numero Data Rilascio Data di scadenza Codice fiscale Luogo di nascita Data di  
 nascita Numero di telefono Indirizzo e-mail (di uno dei due coniugi oppure di entrambi)

MARCA DA BOLLO DA 16,00 EURO

11/01/2018 - BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LAZIO - N. 4 - Supplemento n. 1

ALLEGATO B- DOMANDA

Documento B – DOMANDA

CHIEDONO

di accedere all'agevolazione prevista nell'Avviso in oggetto in forma di finanziamento agevolato di importo pari a Euro \_\_.\_\_\_\_,00 (\_\_\_\_\_ Euro) a valere sul Fondo Regionale per il Microcredito e la Microfinanza – per la concessione di finanziamenti a tasso agevolato a sostegno di percorsi di adozione internazionale avviati dalle famiglie, con riferimento alle spese ammissibili di seguito descritte: DESCRIZIONE DELLE SPESE CONNESSE AL PROGETTO DI ADOZIONE Tipologia di spesa Importo (Euro)

A tal fine

DICHIARANO

- di aver preso visione di tutte le condizioni e le modalità indicate nell'Avviso in oggetto; - di essere consapevoli che la concessione dell'agevolazione richiesta è subordinata alle risultanze dell'istruttoria realizzata ai sensi dell'Avviso ed all'approvazione, mediante Determinazione, da parte della competente Direzione Regionale.

PRESTANO

il consenso al trattamento dei dati personali, secondo quanto previsto Informativa ai sensi del D.Lgs. 196/03 “Codice in materia di protezione dei dati personali” di cui all'Allegato D all'Avviso, ivi compresa la comunicazione ai soggetti di cui al punto D dell'informativa e per le finalità in essa indicate.

ALLEGATO B- DOMANDA

Documento B – DOMANDA

SI IMPEGNANO A

- consentire controlli ed accertamenti ritenuti più opportuni in ordine ai dati dichiarati, con le modalità indicate nell'Avviso in oggetto; - comunicare tempestivamente, con le modalità previste nell'Avviso in oggetto, ogni variazione dei dati contenuti nei documenti allegati e nelle dichiarazioni fornite; - rispettare tutte le condizioni e le modalità previste dall'Avviso in oggetto.

DICHIARANO ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, consapevoli delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76

... di possedere i requisiti di ammissibilità previsti nell'Avviso in oggetto; ... di non presentare a proprio carico Anomalie<sup>1</sup>, con riferimento agli ultimi tre anni ... di presentare a proprio carico la/e seguente/i \_\_\_\_\_ Anomalia/e<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ che saranno oggetto di valutazione "caso per caso".

Inoltre rilasciano

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DELLA RESIDENZA E DELLO STATO DI FAMIGLIA ai sensi degli artt. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, consapevoli delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76

... di essere residenti nel Comune di \_\_\_\_\_, Prov. \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_,

il coniuge \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ : il coniuge \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ :

1 Elenco delle Anomalie in allegato D all'Avviso. 2 Si veda nota precedente.

#### ALLEGATO B- DOMANDA

#### Documento B – DOMANDA

... che lo stato di famiglia, oltre ai dichiaranti, è composto dalle seguenti persone

PARENTELA CODICE FISCALE  
COGNOME NOME LUOGO DI NASCITA DATA DI NASCITA

Luogo e data \_\_\_\_\_

I dichiaranti

Coniuge \_\_\_\_\_

Coniuge \_\_\_\_\_

Allegati: x copia dei documenti di identità dei dichiaranti, in corso di validità x (nel caso di stranieri residenti nella Regione Lazio), copia di regolare permesso o carta di soggiorno x Decreto di Idoneità rilasciato dal Tribunale dei Minori x (ove già conferito) Copia del mandato conferito ad un Ente Autorizzato a svolgere la pratica di adozione internazionale, ai sensi della legge n. 476 del 31 dicembre 1998

## ALLEGATO C – ELENCO ANOMALIE

Anomalie BF bancarotta fraudolenta BS bancarotta semplice CF Concordato fallimentare FL fallimento LC liquidazione coatta amministrativa AC amministrazione controllata AR Accordo di ristrutturazione dei debiti AS amministrazione straordinaria CP concordato preventivo In Procedura Concorsuale (N) AG amministrazione giudiziaria LG liquidazione giudiziaria SG sequestro giudiziario SA scioglimento per atto dell'autorità Più di un protesto oppure un protesto per un valore superiore ai 1.500 euro Pignoramenti, sequestri cautelativi e ipoteche giudiziali superiori a 5 mila euro Utenze insolute e decreti ingiuntivi superiori a 1.500 Sofferenze e incagli segnalati in centrale rischi Scaduti o sconfinanti da più di 180 gg segnalati in centrale rischi Pignoramenti, sequestri cautelativi e ipoteche giudiziali inferiori a 5 mila euro Utenze insolute e decreti ingiuntivi inferiori a 1.500 Scaduti o sconfinanti da più di 90 gg e meno di 180 gg segnalati in centrale rischi Protesto singolo per un valore inferiore a 1.500 euro

## ALLEGATO D – INFORMATIVA PRIVACY

Informativa ai sensi del D.Lgs. 196/03 “Codice in materia di protezione dei dati personali”

Ai sensi del Decreto Legislativo n. 196/2003, recante disposizioni per la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, all’atto della raccolta dei dati personali Lazio Innova S.p.A. è tenuta a fornire alcune informazioni riguardanti l’utilizzo di tali dati.

A. I Vostri dati personali possono essere da noi acquisiti tramite: x l’inoltro, anche da parte Vostra, di richieste di consulenza finanziaria, domande di attivazione di fondi pubblici anche comunitari e richieste di finanziamento o di altri servizi erogati dalla nostra Società; x tramite la consultazione di elenchi o documenti pubblici e conoscibili da chiunque (Registro delle imprese, Albi, altri Uffici Pubblici); x Banche, Finanziarie, soggetti terzi ed Enti Pubblici. Tali dati personali saranno utilizzati esclusivamente per le finalità strettamente connesse e strumentali alla partecipazione alla procedura di evidenza pubblica, volta all’erogazione di finanziamenti a tasso agevolato a favore delle famiglie coinvolte in percorsi di adozione. B. I Vostri dati personali saranno trattati per le seguenti finalità: B.1 per l’adempimento ad obblighi di legge, regolamenti e normative comunitarie cui è sottoposta Lazio Innova S.p.A., o i servizi da Voi richiesti (fatturazione, documentazione necessaria per l’attivazione dei finanziamenti pubblici, valutazione e finanziabilità del progetto, revisione contabile, ecc.); B.2 per dare esecuzione a contratti nei quali siete parte, o ad obblighi scaturenti dagli stessi, o per acquisire informazioni precontrattuali attivate su Vostra richiesta (garanzie, fidejussioni, merito di credito, ecc.); B.3 per verifiche tecniche, amministrative e finanziarie ai fini dell’accertamento della corretta esecuzione della procedura.. Il conferimento dei dati necessari per le finalità di cui al punto B1 e B2 è obbligatorio ed il loro mancato conferimento comporta la mancata instaurazione, prosecuzione del rapporto e/o valutazione del progetto. Il mancato conferimento, o il mancato consenso al trattamento dei dati per le finalità di cui al punto B.3 potrebbe essere valutato negativamente ai fini dell’instaurazione o prosecuzione dei rapporti. C. In relazione alle indicate finalità, il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali ed informatici con logiche strettamente correlate alle finalità stesse e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi. D. Categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati. Per il conseguimento delle finalità indicate al punto B, Lazio Innova S.p.A. potrà comunicare tali dati a: x società che svolgono servizi bancari, finanziari ed assicurativi;

## ALLEGATO D – INFORMATIVA PRIVACY

x Enti, od Amministrazioni Pubbliche, anche Comunitari, il cui intervento è previsto da leggi, regolamenti e normative comunitarie o dalle convenzioni o accordi in base ai quali opera la nostra Società; x liberi professionisti, alcuni dei quali operano in forma associata (studi legali,

commercialisti) per consulenze operative anche in forma associata o società che operano per nostro conto valutazioni di progetto, incluso il possesso di requisiti per l'attivazione di fondi pubblici; x società di consulenza amministrativa, organizzativa e gestionale (società di revisione, società di consulenza informatica, ecc.); x professionisti e società di recupero crediti (ove ciò dovesse rendersi necessario).

Tutti i soggetti appartenenti alle categorie ai quali i dati possono essere comunicati utilizzeranno i dati in qualità di "Titolari" ai sensi della legge, in piena autonomia. Un elenco dettagliato di queste società è disponibile presso la nostra azienda. E. Diritti di cui all'art. 7. Informiamo, infine, che l'art. 7 del Decreto Legislativo conferisce agli interessati l'esercizio di specifici diritti. In particolare, l'interessato può ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o non di propri dati personali e che tali dati vengano messi a sua disposizione in forma intelligibile. L'interessato può altresì chiedere di conoscere l'origine dei dati nonché la logica e le finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge nonché l'aggiornamento e se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi per motivi legittimi al trattamento stesso ed in particolare di opporsi, in tutto o in parte, al trattamento dei propri dati personali a fini di informazione commerciale, invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta ecc., esercitando tale diritto in forma gratuita presso l'indirizzo di seguito indicato: Lazio Innova S.p.A. - Via Marco Aurelio 26/a - 00184 ROMA Il titolare del trattamento è Lazio Innova S.p.A., con sede legale in Via Marco Aurelio 26/a - 00184 Roma. I dati identificativi del/dei responsabile/i del trattamento, designato/i ai sensi dell'art. 29 del decreto, sono riportati in un elenco costantemente aggiornato presso l'agenzia stessa all'indirizzo sopra indicato. Lazio Innova S.p.A. è responsabile del trattamento dei soli dati personali dalla stessa acquisiti e gestiti ai fini della concessione dell'agevolazione. Lazio Innova S.p.A. non è responsabile del trattamento dei dati personali richiesti ai destinatari dai Soggetti erogatori e gestiti esclusivamente da questi ultimi ai fini dell'erogazione dei finanziamenti.

#### **MARCHE**

**DGR 18.12.17, n. 1560** - L.R. 14/2017: Interventi di sviluppo e sostegno delle "Città sostenibili e amiche dei bambini e degli adolescenti"

|                            |
|----------------------------|
| <b>NON AUTOSUFFICIENTI</b> |
|----------------------------|

#### **MARCHE**

**DGR 18.12.17, n. 1499** - Criteri di riparto e modalità di utilizzo del Fondo Nazionale per le non autosufficienze Interventi per anziani. Annualità 2017.(BUR n. 139 del 29.12.17)

#### **Note**

Vengono approvati i criteri di riparto e modalità di utilizzo del Fondo Nazionale per le non autosufficienze - Interventi a favore degli anziani, annualità 2017 così come riportati nell'Allegato A) che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto

Il Fondo rappresenta una specifica anticipazione del Fondo per le non autosufficienze autorizzata dalla L.R. n. 35/2016 in attesa del Decreto ministeriale di riparto del fondo per il 2017 che ha acquisito l'Intesa della Conferenza Unificata della Presidenza del Consiglio dei Ministri nella seduta del 7 settembre 2017

L'onere complessivo derivante dal presente provvedimento è pari ad C 4.740.000,00

|                                |
|--------------------------------|
| <b>PERSONE CON DISABILITA'</b> |
|--------------------------------|

#### **MARCHE**

**DGR 18.12.17, n. 1564** L.R. 25/2014 art. 7 - Avvio della procedura per l'attivazione di strutture dedicate a persone con disturbi dello spettro autistico. (BUR n. 139 del 29.12.17)

## **MOLISE**

**DGR 20.12.17, n. 485**- Progetto interistituzionale centro documentazione handicap (CDH) – rinnovo protocollo d'intesa.(NUR n. 73 del 30.12.17)

### **DOCUMENTO ISTRUTTORIO**

VISTA la legge regionale 6 maggio 2014, n.13 “Riordino del sistema integrato degli interventi e servizi sociali”, che, in particolare, all’art.47 “Politiche per le persone disabili” definisce gli interventi da realizzare per promuovere e favorire l’inclusione sociale, lavorativa e scolastica delle persone in condizioni di diversa abilità;

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 331 del 9 luglio 2013 recante “Legge 3 marzo 2009, n.18 – Ratifica della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità. Protocollo opzionale.....” con la quale è stata approvata l’adesione della Regione Molise al predetto protocollo,

oltre all’impegno a promuovere attività di monitoraggio e sensibilizzazione sulle condizioni esistenziali

delle persone disabili e delle loro famiglie”;

PRESO ATTO dell’attività svolta dal Centro Documentazione Handicap, promosso ormai da diversi anni ( 9 ottobre 2000) in seguito ad un protocollo d’intesa tra Regione, Provincia e Comune di Campobasso, Ufficio Scolastico Regionale e dei positivi risultati raggiunti;

RAVVISATA l’utilità di dare continuità al sopracitato protocollo prevedendo anche la partecipazione dei rappresentanti degli Ambiti Territoriali Sociali;

CONSIDERATO che il Centro Documentazione Handicap opera, fin dalla sua iniziale costituzione con le seguenti finalità:

a) **Informazione:** fornire informazioni e consulenza sulla normativa vigente (assistenza, agevolazione fiscali, previdenza, educazione, istruzione, riabilitazione, inserimento lavorativo, sport etc.), sui servizi, le risorse e le opportunità progettuali e lavorative in raccordo con gli Enti Territoriali e la Rete di collaborazioni realizzata in questi anni con le realtà del Terzo Settore regionale;

b) **Documentazione:** gestione di una biblioteca specializzata e aggiornamento periodico del patrimonio librario; raccolta e diffusione delle buone prassi sviluppate in tema di inclusione sociale, con particolare riferimento nell’ambito scolastico e universitario; Raccolta dei dati statistici e amministrativi inerenti la disabilità sul territorio regionale al fine di favorire il monitoraggio delle politiche e degli interventi attuati sul territorio regionale.

c) **Formazione:** organizzazione di convegni, corsi e seminari tematici intesi come processi di apprendimenti “attivi” in cui l’aspetto teorico si integra con quello pratico, collegati a diverse sfere di intervento nell’ambito della disabilità. In particolare l’Associazione, in collaborazione anche con gli Enti firmatari, realizzerebbe percorsi di alta formazione su tematiche legate alle metodologie scolastiche inclusive e alla formazione di figure specialistiche emergenti nell’ambito della disabilità (es. assistenti alla persona, babyxitter...)

d) **Progettazione:** elaborazione di progetti a carattere sociale e culturale finalizzati a coinvolgere e sensibilizzare la cittadinanza con l’obiettivo di migliorare la qualità della vita delle persone con disabilità e dove possibile creare le condizioni per il raggiungimento dellapiena autonomia e benessere anche attraverso il supporto di ausili tecnologici.

CHE le finalità del protocollo d’intesa richiamato mirano a :

a) concorrere all’attuazione delle politiche europee, nazionali, regionali e degli enti locali, in forma singola o associata, finalizzate all’attuazione dei diritti delle persone con disabilità;

b) Ideare e progettare politiche e azioni per l’inclusione delle persone con disabilità sul territorio regionale in ambito scolastico, universitario, formativo, culturale, lavorativo e, più in generale a promuovere la loro piena partecipazione in tutti gli ambiti della vita sociale;

c) stabilire forme di collaborazione interistituzionale, anche mediante la stipula di apposite convenzioni operative fra due o più partner sottoscrittori del protocollo, per concorrere alla piena attuazione degli interventi finalizzati all'inclusione sociale e alla realizzazione di progetti innovativi;

d) promuovere l'integrazione istituzionale e professionale per sostenere lo sviluppo delle potenzialità delle persone con disabilità in ogni ambito della vita sociale il valore di una reale partecipazione delle loro famiglie e associazioni al percorso di inclusione;

e) valorizzare il percorso educativo che si compie nelle istituzioni scolastiche e universitarie e negli ambiti di formazione professionale nella prospettiva più ampia del progetto di vita complessivo, individuando forme di raccordo con i servizi per la disabilità adulta e ricercando soluzioni per assicurare il diritto della persona con disabilità ad apprendere per tutto l'arco della vita;

VISTO l'allegato schema di protocollo d'intesa tra la Regione Molise, la Provincia e il Comune di Campobasso, Ufficio Scolastico Regionale del Molise, l'ANCI Molise, l'Università degli Studi del Molise, l'ASReM, il CNIS e gli ATS di Agnone, Venafro, Isernia, Campobasso, Riccia/ Boiano, Larino e Termoli, che forma parte integrante e sostanziale del presente atto;

RITENUTO di dover provvedere in merito

Il presente atto:

- non è assoggettato al controllo di regolarità amministrativa;
- sarà pubblicato sul BURM e sul sito istituzionale della Regione Molise.

TUTTO CIO' PREMESSO, SI PROPONE ALLA GIUNTA REGIONALE:

· di approvare l'allegato schema di protocollo d'intesa tra la Regione Molise, la Provincia e il Comune di Campobasso, Ufficio Scolastico Regionale del Molise, l'ANCI Molise, l'Università degli Studi del Molise, l'ASReM, il CNIS e gli ATS di Agnone, Venafro, Isernia, Campobasso, Riccia/Boiano, Larino e Termoli, che forma parte integrante e sostanziale del presente atto;

**Protocollo d'Intesa**

**Progetto Interistituzionale C.D.H.**

**(2018-2022)**

Le parti:

**Regione Molise- Assessorato alle Politiche Sociali;**

**Provincia di Campobasso;**

**Comune di Campobasso;**

**Ufficio Scolastico Regionale del Molise;**

**ANCI Molise;**

**Università degli Studi del Molise;**

**Azienda Sanitaria Regione Molise;**

**Coordinamento Nazionale Insegnanti Specializzati (C.N.I.S.) di Campobasso;**

**Ambiti Territoriali Sociali di: Campobasso, Riccia/Bojano, Larino, Termoli, Agnone, Isernia e Venafro.**

**Premesso che**

L'Associazione Coordinamento Nazionale Insegnanti Specializzati sezione di Campobasso (di seguito C.N.I.S.) è promotrice nonché progettista del Centro Documentazione Handicap (di seguito C.D.H.) previsto in sostegno delle persone con disabilità e finalizzato a costituire una rete sociale di solidarietà regionale.

Già nei precedenti esercizi progettuali il C.D.H. ha raggiunto ottimi risultati di impatto operativo e di aggregazione sociale ed istituzionale. L'intenzione, quindi, dei soggetti firmatari del presente protocollo è di confermare la progettualità operativa del C.D.H., sostenendone la presenza sul territorio attraverso un protocollo d'intesa aperto all'ingresso di altre soggettività pubbliche/private, che si riconoscono nella sua mission.

Gli Enti sottoscrittori si riconoscono nei principi ispiratori della Convenzione ONU sui Diritti delle Persone con Disabilità e, in particolare:

- condividono l'idea che la disabilità sia il risultato dell'interazione tra persone con menomazioni e barriere comportamentali ed ambientali, che impediscono la loro piena ed effettiva partecipazione alla vita sociale su una base di uguaglianza con gli altri;
- riconoscono che la famiglia sia il nucleo naturale e fondamentale della società e che abbia diritto alla protezione da parte della società, degli enti locali e dello Stato, in una prospettiva solidale e sussidiaria, e che le persone con disabilità ed i membri delle loro famiglie debbano ricevere protezione e assistenza necessarie a permettere alle famiglie di contribuire al pieno ed uguale godimento dei diritti delle persone con disabilità;
- riconoscono, altresì, gli utili contributi, esistenti e potenziali, delle persone con disabilità in favore del benessere generale e della diversità della comunità, e che la promozione del pieno godimento dei diritti umani e delle libertà fondamentali e della piena partecipazione alla vita sociale da parte delle persone con disabilità accrescerà il senso di appartenenza ed apporterà significativi progressi nello sviluppo umano, sociale ed economico della società.

## CAPITOLO 1

### FINALITÀ E OPERATIVITÀ DEL CENTRO DOCUMENTAZIONE HANDICAP

#### Art.1

##### *Finalità del Centro Documentazione Handicap*

Il Centro Documentazione Handicap opera, fin dalla sua iniziale costituzione avvenuta in data 9 ottobre 2000 con le seguenti finalità:

- a) **Informazione:** fornire informazioni e consulenza sulla normativa vigente (assistenza, agevolazione fiscali, previdenza, educazione, istruzione, riabilitazione, inserimento lavorativo, sport etc.), sui servizi, le risorse e le opportunità progettuali e lavorative in raccordo con gli Enti Territoriali e la Rete di collaborazioni realizzata in questi anni con le realtà del Terzo Settore regionale;
- b) **Documentazione:** gestione di una biblioteca specializzata e aggiornamento periodico del patrimonio librario; raccolta e diffusione delle buone prassi sviluppate in tema di inclusione sociale, con particolare riferimento nell'ambito scolastico e universitario; Raccolta dei dati statistici e amministrativi inerenti la disabilità sul territorio regionale al fine di favorire il monitoraggio delle politiche e degli interventi attuati sul territorio regionale.
- c) **Formazione:** organizzazione di convegni, corsi e seminari tematici intesi come processi di apprendimenti "attivi" in cui l'aspetto teorico si integra con quello pratico, collegati a diverse sfere di intervento nell'ambito della disabilità. In particolare l'Associazione, in collaborazione anche con gli Enti firmatari, realizzerebbe percorsi di alta formazione su tematiche legate alle metodologie scolastiche inclusive e alla formazione di figure specialistiche emergenti nell'ambito della disabilità (es. assistenti alla persona, babyxitter...)
- d) **Progettazione:** elaborazione di progetti a carattere sociale e culturale finalizzati a coinvolgere e sensibilizzare la cittadinanza con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita delle persone con disabilità e dove possibile creare le condizioni per il raggiungimento della piena autonomia e benessere anche attraverso il supporto di ausili tecnologici.

#### Art.2

##### *Sede e operatività del C.D.H.*

Il C.D.H. individua la sede centrale presso i locali della Provincia siti in via Garibaldi, 25 a Campobasso.

È presente altresì con proprio personale presso il Centro Servizi per Studenti Disabili e Studenti con DSA dell'Università degli Studi del Molise in Campobasso, nei locali dell'Ateneo.

Può, a richiesta, garantire la presenza di propri esperti all'interno degli Uffici di Piano degli Ambiti territoriali sociali.

## CAPITOLO 2

### FINALITÀ DEL PROTOCOLLO D'INTESA E IMPEGNI DEI SOGGETTI FIRMATARI

#### Art. 3

Finalità del Protocollo d'Intesa - Progetto Interistituzionale CDH

Le Istituzioni e gli Enti firmatari del presente protocollo condividono il partenariato con il CDH finalizzato a:

- a) concorrere all'attuazione delle politiche europee, nazionali, regionali e degli enti locali, in forma singola o associata, finalizzate all'attuazione dei diritti delle persone con disabilità;
- b) Ideare e progettare politiche e azioni per l'inclusione delle persone con disabilità sul territorio regionale in ambito scolastico, universitario, formativo, culturale, lavorativo e, più in generale a promuovere la loro piena partecipazione in tutti gli ambiti della vita sociale;
- c) stabilire forme di collaborazione interistituzionale, anche mediante la stipula di apposite convenzioni operative fra due o più partner sottoscrittori del protocollo, per concorrere alla piena attuazione degli interventi finalizzati all'inclusione sociale e alla realizzazione di progetti innovativi;
- d) promuovere l'integrazione istituzionale e professionale per sostenere lo sviluppo delle potenzialità delle persone con disabilità in ogni ambito della vita sociale il valore di una reale partecipazione delle loro famiglie e associazioni al percorso di inclusione;
- e) valorizzare il percorso educativo che si compie nelle istituzioni scolastiche e universitarie e negli ambiti di formazione professionale nella prospettiva più ampia del progetto di vita complessivo, individuando forme di raccordo con i servizi per la disabilità adulta e ricercando soluzioni per assicurare il diritto della persona con disabilità ad apprendere per tutto l'arco della vita;

#### **Art. 4**

##### *Impegni dei soggetti firmatari del protocollo d'Intesa*

I soggetti aderenti al presente protocollo d'Intesa partecipano all'iniziativa nel seguente modo:

**L'Associazione C.N.I.S.**, in ragione della titolarità progettuale, svolge il coordinamento funzionale ed interistituzionale delle attività provvedendo alla gestione economica delle spese di funzionamento sostenute con il contributo dei firmatari e rendicontate a costi;

➤ **La Regione Molise** in attuazione di quanto previsto dalla L.R. n.13/2014 recante ad oggetto *“Riordino del sistema regionale integrato degli interventi e servizi sociali”* e del relativo Piano Sociale Regionale 2015/18 realizza, anche in collaborazione con gli Ambiti Territoriali Sociali, ogni utile attività di promozione per la tutela dei diritti delle persone disabili e di sensibilizzazione rispetto a tutte le aree e le tematiche di inclusione sociale delle persone diversamente abili.

Partecipa, inoltre, alle attività di cui al presente protocollo attraverso una quota di finanziamento annuale non inferiore ad euro 8.000;

➤ **La Provincia di Campobasso** conferisce un supporto logistico attraverso il comodato in uso gratuito di alcuni locali, ad oggi sede della Direzione Scolastica Regionale, meglio specificati nella planimetria allegata.

➤ **Il Comune di Campobasso** conferisce - a fronte dell'impegno del C.D.H. ad offrire servizi integrati con quelli offerti dall'Amministrazione Comunale e diretti a migliorare la qualità della vita delle persone con disabilità – un contributo annuale secondo le successive intese che saranno definite tra le parti;

➤ **L'ANCI Molise** provvederà a svolgere attività di informazione e sensibilizzazione rispetto alle competenze e al ruolo degli Ambiti Territoriali sociali, favorendo, per quanto di competenza, il raccordo tra i singoli Comuni capofila. Si impegna a divulgare ogni iniziativa programmata nell'ambito del presente protocollo tramite un'area dedicata nel proprio portale telematico per permettere il collegamento tra le varie realtà presenti sul territorio al fine di incentivare e sviluppare progetti locali;

➤ **L'Ufficio Scolastico Regionale del Molise** provvede a sensibilizzare ed informare le scuole in merito alle attività svolte dal C.D.H. e a realizzare in collaborazione con il C.D.H. attività di formazione/aggiornamento, promozione, sostegno all'attività progettuale delle scuole per le problematiche dell'handicap e del disagio. L'Ufficio impiegherà parte delle proprie risorse umane, specializzate nel settore di competenza, per l'attuazione di progetti, iniziative, programmi e attività riferite ai contenuti del presente Protocollo;

➤ **L'Università degli Studi del Molise**, operando nel quadro delle disposizioni normative contenute nella legge 17/1999 – che integra e modifica la legge quadro 104/1992 – e nella legge 170/2010,

supporta e accompagna gli studenti con disabilità o con disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) con servizi e interventi che consentano a ciascuno studente di frequentare con profitto il proprio percorso di studi. L'Università del Molise promuove, inoltre, attivamente la collaborazione con le famiglie, le Associazioni delle persone con disabilità, e più in generale con i soggetti del terzo settore, le Istituzioni, gli Enti Locali, i Servizi territoriali, sostenendo la capacità dello studente universitario nella costruzione autonoma di relazioni efficaci.

Oltre al personale docente e al personale tecnico-amministrativo, per l'erogazione dei summenzionati servizi e, più in generale, per il funzionamento del Centro, l'Università del Molise si avvale dell'impegno del C.N.I.S., nell'ambito del progetto C.D.H., che garantisce personale dotato di idonee competenze nel campo dei servizi alle persone con disabilità o con DSA.

A tal fine, l'Università del Molise si impegna, per l'annualità 2018, a conferire al C.N.I.S. il supporto logistico ed un contributo di euro 16.000,00 (sedecimila/00) per le spese di funzionamento e di gestione delle attività specialistiche che integreranno i servizi offerti dal Centro servizi per gli Studenti Disabili e Studenti con DSA nell'ambito del Piano annuale delle attività del Centro medesimo. Per le successive annualità di durata del presente Protocollo l'eventuale impegno finanziario dell'Università sarà assunto dagli Organi di Governo con appositi provvedimenti.

➤ **L'Azienda Sanitaria Regionale del Molise**, attraverso il Dipartimento di Riabilitazione, contribuisce all'attività del presente protocollo mettendo disposizione le competenze specialistiche, secondo modalità che saranno definite da un apposito protocollo di collaborazione tra ASREM, C.D.H. e Università degli Studi del Molise: la collaborazione potrà essere estesa al settore degli ausili per l'età evolutiva e adulta, soprattutto in relazione alle innovazioni tecnologiche.

➤ **Ambiti Territoriali Sociali di Campobasso, Riccia/Boiano, Larino, Termoli, Isernia, Venafro e Agnone**, nell'ambito delle competenze definite dalla legge regionale n.13/14 e del relativo Piano Sociale regionale 2015/18 mettono a disposizione, anche attraverso formali accordi di collaborazione, le proprie risorse organizzative ed eventualmente le sedi degli Uffici di segretariato sociale per consentire, anche agli operatori del CDH, di poter informare le famiglie e i disabili sulle opportunità offerte dalla programmazione comunitaria, nazionale e regionale in materia di inclusione sociale per le persone diversamente abili, in particolare per quanto attiene ad interventi di consulenza per l'acquisto di ausili tecnologici;

#### **Art. 5**

##### *Dati per la programmazione*

I firmatari e gli aderenti riconoscono l'utilità di monitorare l'andamento dei fenomeni riferiti alla condizione delle persone con disabilità nei diversi ambiti, sia un fattore fondamentale per una programmazione efficace delle azioni e degli interventi di competenza di ciascuno.

Si impegnano, pertanto, a contribuire alla diffusione dei propri dati, in osservanza alle norme internazionali e nazionali vigenti per la tutela della privacy.

Le modalità di raccolta e di diffusione saranno definite all'interno del Comitato Tecnico Scientifico di cui al successivo art. 8;

#### **Art.6**

##### *Sostegno alle attività del C.D.H.*

Le risorse organizzative e finanziarie messe a disposizione nel presente protocollo dai soggetti firmatari potranno essere integrate nel seguente modo:

- adesione di istituzioni pubbliche interessate alle finalità del C.D.H. attraverso contributi di sostegno economico e/o risorse organizzative;
- adesione di istituzioni pubbliche o soggetti privati in accordo di sponsorizzazione.

#### **Art. 7**

##### *Promozione del Protocollo d'Intesa*

I soggetti firmatari si impegnano a promuovere la diffusione e la conoscenza del Protocollo d'Intesa al fine di assicurare il coinvolgimento e la partecipazione più ampia della società civile, oltre che dei soggetti contraenti. Si impegnano, pertanto, a promuovere iniziative di approfondimento all'interno

delle rispettive organizzazioni e dei territori di riferimento, atte a garantire la conoscenza e la condivisione di contenuti e finalità del Protocollo.

### **CAPITOLO 3**

#### **FINALITA' DEL PROTOCOLLO D'INTESA E IMPEGNI DEI SOGGETTI FIRMATARI**

##### **Art. 8**

###### *Comitato Tecnico -Scientifico*

Considerata la rilevanza e la complessità dell'agire in raccordo tra le Istituzioni e gli Enti firmatari del Protocollo d'Intesa, che a vario titolo si occupano di disabilità, al fine di dare attuazione ai contenuti dello stesso è istituito un Comitato Tecnico-Scientifico che rimarrà in vigore per l'intero quinquennio di durata del Protocollo.

Il Comitato Tecnico Scientifico è costituito dai rappresentanti esperti nominati nel numero di uno per ogni soggetto firmatario o aderente del presente protocollo.

Nella prima riunione, il Comitato adotta un Regolamento di funzionamento.

La convocazione del Comitato Tecnico Scientifico è disposta dal C.N.I.S., il quale svolge anche la funzione di coordinamento dei lavori.

Il Comitato Tecnico Scientifico si riunisce almeno tre volte l'anno, ha il compito di:

- definire le linee generali di attività del C.D.H. e delle strategie rispetto alle finalità;
- elaborare e approvare un piano di attività annuale per l'attuazione delle finalità del presente Protocollo. A tal fine, il Comitato Tecnico Scientifico può istituire al suo interno Gruppi di lavoro per approfondire tematiche specifiche;
- verificare periodicamente lo stato di attuazione del piano di attività annuale e i risultati ottenuti dall'attuazione del Protocollo;
- promuovere attività di valorizzazione e conoscenza delle fonti dati esistenti, sia di tipo statistico sia di tipo amministrativo, di ricerca e di studio sulla condizione delle persone con disabilità, sui servizi loro destinati e sull'impatto delle politiche per la disabilità a livello regionale;
- collaborare con le istituzioni operanti nell'ambito della disabilità, formulando pareri, proposte e collaborando alla realizzazione di iniziative le cui finalità siano coerenti con quelle del presente protocollo;
- promuovere l'informazione dell'esistenza del Protocollo d'Intesa e delle sue finalità presso Istituzioni, Soggetti pubblici, privati, soggetti non profit, con particolare riferimento alle Associazioni delle persone con disabilità e le le famiglie;
- assumere le iniziative più idonee per l'eventuale aggiornamento del testo del Protocollo d'Intesa, qualora intervenissero modifiche legislative e normative rilevanti.

##### **Art. 9**

###### *Durata del presente Protocollo*

La durata del presente protocollo è quinquennale.

##### **Art. 10**

###### *Spese e oneri fiscali*

Il presente Protocollo, redatto in n....originali, uno per ciascun Soggetto firmatario, è soggetto a registrazione in caso d'uso. Le spese di registrazione sono a carico della parte richiedente.

Le spese di bollo, se dovute, sono a carico di ciascun Soggetto firmatario in misura paritaria.

### **SICILIA**

**DECRETO 14 dicembre 2017.** PO FSE 2014-2020, Azione 9.2.1: Approvazione dell'Avviso n. 18/2017 per la realizzazione di percorsi formativi rivolti alle persone con disabilità. (GURS n. 3 del 12.1-18)

##### **Art. 1**

In attuazione del PO FSE Sicilia 2014-2020, asse II, obiettivo tematico 9, priorità di investimento 9.i, obiettivo specifico 9.2, azione 9.2.1, è approvato l'avviso pubblico n. 18/2017 con cui si promuove la presentazione di proposte progettuali per la realizzazione di percorsi formativi rivolti alle persone

con disabilità, finalizzati ad una loro attivazione e al rafforzamento della loro occupabilità, unitamente alla relativa modulistica di seguito elencata: – allegato A - elenco delle qualificazioni; – allegato 1 - domanda di finanziamento; – allegato 2 - formulario della proposta progettuale; – allegato 3 - patto d'integrità. L'Avviso n. 18/2017, in uno con la modulistica citata, sono allegati al presente decreto e ne costituiscono parte integrante.

Art. 2 Per la realizzazione dell'Avviso n. 18/2017 sono destinate risorse pari a € 8.400.000,00. All'impegno delle somme occorrenti si provvederà a seguito dell'approvazione della graduatoria definitiva, sull'istituto capitolo di bilancio n. 183806 del bilancio della Regione siciliana.

Art. 3 L'avviso e la relativa modulistica saranno pubblicati per esteso nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana ed inoltre saranno inseriti nei siti ufficiali del Dipartimento della famiglia e delle politiche sociali [www.regione.sicilia.it/famiglia](http://www.regione.sicilia.it/famiglia) e del PO FSE [www.sicilia-fse.it](http://www.sicilia-fse.it). Palermo.

## TOSCANA

**ORDINE DEL GIORNO 20 dicembre 2017, n. 672** - Ordine del giorno approvato nella seduta del Consiglio regionale del 20 dicembre 2017 collegato alla legge regionale 27 dicembre 2017, n. 78 (Legge di stabilità per l'anno 2018). Per applicare l'esenzione della tassa automobilistica regionale anche ad un veicolo per nucleo familiare in cui è compresa la persona disabile, non di proprietà della persona medesima o del soggetto del nucleo familiare cui la persona disabile è fiscalmente a carico. (BUR n. 1 del 5.1.18)

### IL CONSIGLIO REGIONALE

Vista la legge regionale 27 dicembre 2017, n. 78 (Legge di stabilità per l'anno 2018);

Visto ed apprezzato, in particolare, l'articolo 3 (Esenzione in favore di persone disabili. Modifiche all'articolo 5 della l.r. 49/2003), che interviene ad ampliare la disciplina delle esenzioni dal pagamento della tassa automobilistica regionale previsto per le persone disabili anche ai soggetti con disabilità motorie connesse a patologie degli arti superiori;

Considerato che l'esenzione è riconosciuta, ai sensi dell'articolo 5, comma 3, della legge regionale 22 settembre 2003, n. 49 (Norme in materia di tasse automobilistiche regionali), "limitatamente ad un solo veicolo di proprietà del disabile oppure della persona di cui il disabile risulti fiscalmente a carico" e "a condizione che il veicolo sia utilizzato in via esclusiva o prevalente a beneficio del disabile";

Richiamato il decreto del Presidente della Repubblica 5 febbraio 1953, n. 39 (Testo unico delle leggi sulle tasse automobilistiche), che all'articolo 17 (Esenzioni permanenti) individua i veicoli di cui al punto 31 dell'Allegato

A, (Istituzione e disciplina dell'imposta sul valore aggiunto), fra cui sono ricompresi "... gli autoveicoli... anche prodotti in serie, adattati per la locomozione dei soggetti di cui all'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992 n.104, con ridotte o impedito capacità motorie permanenti, ceduti o a detti soggetti o ai familiari di cui essi sono fiscalmente a carico...";

Richiamata la legge regionale 18 ottobre 2017, n. 60 (Disposizioni generali sui diritti e le politiche per le persone con disabilità), che all'articolo 16 (Mobilità individuale) dispone che "La Regione promuove azioni rivolte alle persone con disabilità al fine di favorire la mobilità individuale con la maggiore autonomia possibile";

Preso atto che all'esame del Consiglio regionale è posta anche la proposta di legge n. 240 (Interventi atti a favorire la mobilità individuale e l'autonomia personale delle persone con disabilità), che istituisce, per l'annualità 2018, una misura di sostegno finanziario in favore delle persone con disabilità che si trovano in situazioni di grave limitazione dell'autonomia personale o, in alternativa, ai genitori o ad un componente del nucleo familiare della persona con disabilità, finalizzata a concorrere all'acquisto di autoveicoli nuovi adattati o usati da adattare per il trasporto di persone permanentemente non deambulanti; ai costi per la modifica degli strumenti di guida, ivi compreso il cambio automatico di serie, necessario per i cittadini portatori di handicap, con incapacità motoria permanente, titolari di patente di guida delle categorie A, B e C speciali; a quelli per gli interventi di

modifica dell'autoveicolo privato di un genitore o di un componente del nucleo familiare della persona con disabilità, necessario al trasporto del portatore di handicap, con incapacità motoria permanente e non titolare di patente, al conseguimento della patente A, B o C speciali;

Valutata positivamente la scelta di ammettere ai benefici della proposta di legge n. 240 anche il componente del nucleo familiare della persona disabile non genitore, o comunque non avente fiscalmente a carico la persona disabile stessa, in quanto è esperienza diffusa che, nei nuclei familiari dove è presente una persona disabile fiscalmente a carico, l'autoveicolo utilizzato per garantire il diritto alla mobilità individuale sopra richiamato non sia di proprietà né della persona disabile, né del familiare che ha la persona disabile fiscalmente a carico;

Valutata l'impossibilità di una autonoma norma regionale che applichi tale previsione anche all'agevolazione dell'esenzione della tassa automobilistica regionale;

IMPEGNA

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

a condividere in seno alla Conferenza delle Regioni una iniziativa nei confronti di Governo e Parlamento finalizzata a modificare la disciplina in ordine alle agevolazioni fiscali per favorire la mobilità individuale delle persone disabili, al fine di consentire l'esenzione dal pagamento della tassa automobilistica regionale anche al veicolo di proprietà di soggetto appartenente al nucleo familiare della persona disabile quando questo non

coincidente con il familiare che ha fiscalmente a carico la persona disabile medesima, e quando ovviamente il veicolo sia utilizzato in via esclusiva o prevalente a beneficio della persona disabile.

## POLITICHE SOCIALI

### LAZIO

**Determinazione 11 dicembre 2017, n. G17005** -Deliberazione di Giunta regionale n. 537 del 09.08.2017, assegnazione ai Distretti socio-sanitari degli importi finalizzati all'attuazione degli interventi previsti dalla misura 6, sottomisura 6.3 dei Piani sociali di zona inclusione disagio psichico, annualità 2017. Impegno e liquidazione delle somme di €. 4.200.000,00 sul Capitolo H41903 macroaggregato 12.02.1.04.01.02.000 esercizio finanziario 2017 e impegno dell'importo di €.1.800.000,00 sul Capitolo H41903 a carico del bilancio pluriennale, esercizio finanziario 2018. (BUR n. 2 del 4.1.18)

#### Note

La D.G.R. 537/2017 ribadisce che, in analogia a quanto già previsto nella D.G.R.662/16, l'erogazione delle risorse assegnate ai distretti socio sanitari per l'annualità 2017, relativamente alle Misure 1, 2 e 6.3 dei Piani di zona, avverrà per il 70% nel corrente esercizio finanziario e per il restante 30%, rispettate le prescrizioni indicate, sul bilancio 2018.

Con la citata deliberazione si stabilisce che le somme assegnate ai Distretti socio sanitari per le diverse misure tra le quali la 6,3 disagio psichico vengono liquidate per la quota del 70% a carico e nel corso del bilancio 2017, e le rendicontazioni dovranno essere inviate entro al 31 marzo 2018, mentre la rimanente quota del 30%, a carico del bilancio pluriennale 2018, verrà liquidata in tale anno subordinatamente all'invio della rendicontazione attestante lo stato di avanzamento della spesa e delle certificazioni, da parte dei servizi di ragioneria dei Comuni ed Enti capofila, dei fondi di programmazione e governo della rete dei servizi di tutte le Misure e Sottomisure dei Piani Sociali di Zona, che devono essere trasmesse entro il 28 febbraio 2018;

Viene impegnata e liquidata per l'annualità 2017 in favore dei Comuni e Enti capofila Distretti socio sanitari gli importi finalizzati con deliberazione di Giunta regionale n. 537/2017 per assicurare gli interventi previsti dalla misura 6. sottomisura 6.3 dei Piani sociali di zona – inclusione disagio psichico, pari a euro 4.200.000,00

**DGR 2.12.17, n. 911** - Proroga del commissariamento dell'IPAB Istituto Romano di San Michele con sede in Roma. (BUR n. 2 del 4.1.18)

**Note**

Viene prorogato, nelle more delle procedure di approvazione del nuovo statuto, al fine di garantire il corretto e regolare svolgimento delle funzioni di competenza nonché l'ordinaria e la straordinaria amministrazione dell'Ente, il commissariamento dell'IPAB Istituto Romano di San Michele, per un periodo di dieci mesi e comunque fino al 30 ottobre 2018.

**PIEMONTE**

**DGR 1.12.17, n. 34-6033** - Rettifica della D.G.R. n. 46-5477 del 03/08/2017 e s.m.i. in tema di numero complessivo delle I.P.A.B. interessate dalla procedura straordinaria ivi delineata e modifica del mandato del Commissario Straordinario nominato con D.G.R. n. 14 - 5705 del 02/10/2017. (BUR n. 1 del 4.1.18)

**Note**

Viene rettificata la D.G.R. n. 46 - 5477 del 03 agosto 2017 e s.m.i. nella parte in cui individua il numero complessivo delle I.P.A.B. interessate dalla procedura ivi delineata portando il numero complessivo di tali Enti a n. 63 attraverso l'eliminazione da detto novero dell'I.P.A.B. CASA DI RIPOSO SEGHINI STRAMBI & GIULIO SEGRE di Strevi (AL).

**TOSCANA**

**DPGR 9 gennaio 2018, n. 2/R** - Regolamento di attuazione dell'articolo 62 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale). (BUR n. 2 del 12.1.18)

**PRESENTAZIONE**

**Nel contesto di un organico disegno volto a definire il sistema di offerta dei servizi sociali, secondo una tradizione che risale alla L.R. n. 15/76, la Regione Toscana ha costantemente seguito e definito attraverso atti regolamentari, propri della funzione di indirizzo, coordinamento ed alta amministrazione il complesso dell'offerta residenza e e semiresidenziale, in linea anche con la Legge n 328/2000.**

**Si rappresenta di seguito il provvedimento, che in particolare sottolinea il ruolo dell'assistente sociale in quanto direttore dei servizi.**

**PREAMBOLO**

Visto l'articolo 121 della Costituzione, comma 4, così come modificato dall'articolo 1 della Legge Costituzionale 22 novembre 1999, n. 1;

Visti gli articoli 34, 42, comma 2, e 66, comma 3, dello Statuto;

Vista la legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale);

Visto, in particolare, l'articolo 62, comma 1, della legge regionale citata il quale stabilisce che con regolamento regionale sono definiti:

a) relativamente alle tipologie di strutture residenziali e semiresidenziali soggette ad autorizzazione, ivi comprese quelle che erogano prestazioni inerenti alle aree d'integrazione socio-sanitaria: - i requisiti minimi strutturali e organizzativi;

- le figure professionali preposte alla direzione delle strutture;

- i requisiti professionali per il personale addetto;

- i criteri per la composizione ed il funzionamento della commissione multidisciplinare, di cui all'articolo 20, comma 3, della citata legge regionale; - i requisiti previsti a pena di decadenza dell'autorizzazione, ai sensi dell'articolo 24, comma 2, della citata legge regionale;

b) relativamente alle strutture soggette all'obbligo di comunicazione di avvio di attività:

- i requisiti organizzativi e di qualità per la gestione dei servizi e per l'erogazione delle prestazioni;

- i requisiti organizzativi specifici;

- le modalità di integrazione delle persone ospitate nelle strutture e nella rete dei servizi sociali e sanitari;

c) la composizione e la procedura per la nomina della commissione regionale per le politiche sociali;

d) i livelli di formazione scolastica e professionale per gli operatori sociali impiegati nelle attività del sistema integrato;

Visti gli articoli 21 (Strutture soggette ad autorizzazione) e 22 (Strutture soggette ad obbligo di comunicazione di avvio di attività) della citata l.r. 41/2005;

Visto il Decreto del Presidente della Giunta regionale 26 marzo 2008, n. 15/R “Regolamento di attuazione dell’articolo 62 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale)”;

Visto l’esito del Comitato di Direzione del 16 novembre 2017;

Visti gli esiti dei Tavoli di Concertazione istituzionale e generale del 20 novembre 2017;

Visti i pareri delle competenti strutture di cui all’articolo 17, comma 4, del regolamento interno della Giunta regionale n. 5 del 19 luglio 2016;

Vista la deliberazione della Giunta regionale 27 dicembre 2017, n. 1521;

Considerato quanto segue:

1. il 26/3/2008 è stato approvato il DPGR 15/R, attuativo dell’articolo 62 della l.r. 41/2005, che ha uniformato la previgente disciplina, contenuta in disparati atti amministrativi: l’aspetto innovativo di tale strumento è da cogliersi nell’unitarietà che lo caratterizza e che permette di leggere secondo criteri uniformi e confrontabili il complesso degli elementi peculiari che investe tutto il sistema nel quale operano le strutture sociali e socio-sanitarie;

2. dall’ambito di applicazione del primo regolamento sono state escluse le strutture già operanti, purché in possesso di regolare autorizzazione al funzionamento e, nello stesso tempo, ai fini di una maggiore omogeneità nel sistema, è stato previsto per le strutture in possesso di autorizzazione provvisoria o che avessero una richiesta di autorizzazione in corso, al momento dell’entrata in vigore del regolamento, di poter concludere il percorso autorizzativo secondo le rispettive normative vigenti;

3. col passare del tempo è stata rilevata la necessità di:

a) portare all’interno del regime dei requisiti strutturali, organizzativi e professionali anche le strutture autorizzate antecedentemente al regolamento;

b) prendere atto delle richieste avanzate dal territorio, a fronte dell’esigenza di fornire servizi sempre più specializzati di fronte a bisogni crescenti e diversificati, mantenendo un forte presidio dell’appropriatezza degli interventi e calibrando l’intensità assistenziale e la complessità organizzativa rispetto alle possibili risposte fornite dal sistema sociale e socio-sanitario del territorio toscano;

4. per garantire l’adeguamento all’unitario sistema dei requisiti strutturali, organizzativi e professionali è stata introdotta una differenziazione nell’applicazione del regolamento a seconda che si tratti di:

a) strutture di nuova istituzione, che devono richiedere nuova autorizzazione;

b) strutture già operanti che intendono trasferirsi in altra sede ovvero modificare la tipologia di servizio erogato, che, per il tipo di cambiamenti da apportare, devono richiedere nuova autorizzazione;

c) strutture già operanti che intendono incrementare il numero di posti letto ovvero modificare la destinazione d’uso di locali o spazi, che, dato che si tratta di cambiamenti di minore entità, sono tenuti ad integrare l’autorizzazione già in loro possesso, limitatamente a quanto modificato, ma devono comunque adeguarsi ai requisiti organizzativi e professionali previsti dal regolamento;

d) strutture già operanti che non intendono effettuare alcun cambiamento, che, per mantenere l’autorizzazione già in loro possesso, devono adeguarsi ai requisiti organizzativi e professionali previsti dal regolamento;

5. per rispondere alle nuove esigenze dei servizi territoriali, è stato aggiornato l’allegato A, al primo regolamento, contenente per ciascuna tipologia di struttura l’individuazione dei requisiti minimi strutturali, organizzativi e professionali, inserendo nuovi moduli all’interno di alcune strutture,

prendendo così atto di alcune esperienze nell'erogazione dei servizi che il territorio ha già messo in campo, coniugando sostenibilità del sistema ed appropriatezza degli interventi; 6. dall'altro lato è stata data attuazione all'articolo 22, comma 1, lettera b) della l.r. 41/2005, che richiama la necessità di attingere alle indicazioni del Piano sanitario e sociale integrato regionale per individuare i requisiti delle "comunità di tipo familiare per le funzioni di assistenza a bassa intensità per soggetti di diverse fasce di età per un numero non superiore a sei soggetti", nell'ambito di percorsi sperimentali, tesi a verificare la fattibilità e la sostenibilità di nuovi modelli assistenziali: tali modelli, caratterizzati da bassa complessità organizzativa e bassa intensità assistenziale, sono stati descritti nell'allegato B al nuovo regolamento;

7. sono state di conseguenza meglio declinate le funzioni della commissione multidisciplinare, della quale si avvale il comune per il controllo sulle strutture rientranti nel regolamento: è stato ribadito che il comune rilascia nuova autorizzazione e consente il mantenimento dell'autorizzazione già data, alle strutture, soggette ad autorizzazione di cui all'articolo 21 della l.r. 41/2005, che siano in regola con quanto richiesto dal regolamento;

8. la novità riguarda invece le strutture soggette a sola comunicazione di avvio, di cui all'articolo 22, comma 1, della l.r. 41/2005: solo per quelle individuate dalla lettera b), disciplinate dall'allegato B al nuovo regolamento, il comune deve attivare la commissione di vigilanza, al fine di presidiare in modo forte la risposta assistenziale e l'attuazione del modello sperimentale, per le altre strutture elencate dall'articolo 22, invece, rimane in capo al comune la mera facoltà di avvalersi della commissione;

9. si rende, quindi, necessario procedere all'abrogazione del regolamento, approvato con D.P.G.R. 15/ R/2008 ed alla contestuale approvazione di un nuovo regolamento al fine di avere una riscrittura esaustiva e puntuale delle norme di attuazione;

Si approva il presente regolamento:

Capo I Oggetto del Regolamento

Art. 1 Oggetto

1. Il presente regolamento, in attuazione dell'articolo 62 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale), disciplina:

- a) i requisiti per le strutture soggette ad autorizzazione ed a comunicazione di avvio attività;
- ) i livelli di formazione scolastica e professionale degli operatori del sistema integrato sociale;
- c) i criteri per la composizione ed il funzionamento della commissione multidisciplinare;
- d) la composizione e la procedura per la nomina della commissione regionale per le politiche sociali.

Capo II Autorizzazione al funzionamento

Sezione I Disposizioni generali

Art. 2 Ambito di applicazione

1. Le disposizioni del presente regolamento si applicano alle strutture di cui all'articolo 21 della l.r. 41/2005, di nuova istituzione, secondo quanto previsto dalla Sezione II. Le disposizioni del presente regolamento si applicano altresì alle strutture già operanti nel caso di: a) trasferimento della struttura in altra sede; b) modifica della tipologia di servizio erogato. Le strutture, ancorché già operanti, sono tenute a richiedere l'autorizzazione, ai sensi con quanto previsto dalla Sezione III.

3. Le disposizioni del presente regolamento si applicano inoltre alle strutture già operanti, nel caso di: a) incremento del numero di posti letto; b) modifica della destinazione d'uso di locali o spazi. Le strutture, ancorché già operanti, sono tenute a richiedere l'integrazione dell'autorizzazione, limitatamente ai cambiamenti apportati, ai sensi di quanto previsto dalla Sezione IV.

4. Le strutture già operanti che non apportano i cambiamenti di cui ai commi 2 e 3 sono comunque tenute al rispetto di quanto previsto dalla Sezione V.

5. Le strutture di cui all'articolo 21, comma 1, lettera b), della l.r. 41/2005, sono disciplinate nell'ambito della sperimentazione prevista nel Piano sanitario e sociale integrato regionale, ai sensi dell'articolo 14, comma 5, della medesima l.r. 41/2005.

Sezione II Strutture residenziali e semiresidenziali di nuova istituzione

Art. 3 Strutture soggette ad autorizzazione

1. Sono tenute a richiedere l'autorizzazione le strutture di cui all'articolo 21, comma 1 della l.r. 41/2005, di nuova istituzione.

Art. 4 Domanda per il rilascio dell'autorizzazione

1. La domanda per il rilascio dell'autorizzazione è presentata dai legali rappresentanti delle strutture di cui all'articolo 3 al comune nel cui territorio è ubicata la struttura.

Art. 5 Requisiti strutturali ed organizzativi

1. Le strutture di cui all'articolo 3, ai fini del rilascio dell'autorizzazione al funzionamento, devono possedere i requisiti minimi strutturali e organizzativi indicati, per ciascuna tipologia di struttura, nell'allegato A al presente regolamento, fermo restando il rispetto delle norme vigenti in materia di urbanistica, edilizia, antisismica, prevenzione incendi, igiene e sicurezza.

Art. 6 Requisiti professionali per il personale

1. Ferma restando l'applicazione dei contratti collettivi nazionali di lavoro e dei relativi accordi integrativi, il personale addetto alle strutture di cui all'articolo 3, opera secondo le funzioni e gli apporti indicati, per ciascuna tipologia di struttura, nell'allegato A.

2. A ciascun addetto di cui al comma 1 deve corrispondere una delle seguenti professioni o qualifiche:

- a) addetto all'assistenza di base;
- b) operatore socio sanitario;
- c) educatore professionale;
- d) infermiere;
- e) fisioterapista;
- f) animatore socio-educativo.

3. L'animatore socio-educativo di cui al comma 2, lettera f), deve possedere uno dei seguenti titoli di studio o qualifiche professionali:

- a) diploma di tecnico dei servizi sociali;
- b) diploma di dirigente di comunità;
- c) attestato di qualifica rilasciato dal sistema della formazione professionale nel relativo profilo.

Art. 7 Figure professionali preposte alla direzione

1. La funzione di direzione delle strutture di cui all'articolo 3, ad eccezione delle comunità familiari, è esercitata da un laureato in possesso di comprovate competenze di tipo gestionale tali da assicurare le funzioni di cui al comma 2.

2. Il soggetto di cui al comma 1: a) cura l'attuazione dei piani individualizzati ed è garante della qualità dell'assistenza e del benessere dei soggetti accolti; b) assicura il coordinamento, la pianificazione, l'organizzazione ed il controllo delle attività della struttura; c) coordina il personale, favorendo il lavoro di gruppo e l'autonomia tecnica degli operatori, individuando compiti, responsabilità e linee guida di comportamento; d) sostiene la motivazione al lavoro degli operatori e favorisce la formazione del personale; e) cura i rapporti con i familiari, con i servizi territoriali e con l'autorità giudiziaria.

3. Possono esercitare la funzione di direzione delle strutture anche coloro che risultano in possesso dei requisiti di cui all'articolo 40, comma 5, lettera c), della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale).

Sezione III Strutture residenziali e semiresidenziali già operanti che intendono trasferirsi in altra sede o modificare la tipologia di servizio erogato

Art. 8 Domanda per il rilascio dell'autorizzazione

1. Qualora le strutture già operanti, alla data di entrata in vigore del presente regolamento, intendano trasferirsi in altra sede o modificare la tipologia di servizio erogato, i legali rappresentanti sono tenuti a richiedere l'autorizzazione al comune nel cui territorio è ubicata la struttura.

Art. 9 Requisiti strutturali ed organizzativi

1. Le strutture di cui all'articolo 8, ai fini del rilascio dell'autorizzazione al funzionamento, devono possedere i requisiti minimi strutturali e organizzativi indicati, per ciascuna tipologia di struttura, nell'allegato A al presente regolamento, fermo restando il rispetto delle norme vigenti in materia di urbanistica, edilizia, antisismica, prevenzione incendi, igiene e sicurezza.

#### Art. 10 Requisiti professionali per il personale

1. Ferma restando l'applicazione dei contratti collettivi nazionali di lavoro e dei relativi accordi integrativi, il personale addetto alle strutture di cui all'articolo 8, opera secondo le funzioni e gli apporti indicati, per ciascuna tipologia di struttura, nell'allegato A.

2. A ciascun addetto di cui al comma 1 deve corrispondere una delle seguenti professioni o qualifiche:

- a) addetto all'assistenza di base;
- b) operatore socio sanitario;
- c) educatore professionale;
- d) infermiere;
- e) fisioterapista;
- ) animatore socio-educativo.

3. L'animatore socio-educativo di cui al comma 2, lettera f), deve possedere uno dei seguenti titoli di studio o qualifiche professionali:

- a) diploma di tecnico dei servizi sociali;
- ) diploma di dirigente di comunità;
- c) attestato di qualifica rilasciato dal sistema della formazione professionale nel relativo profilo.

#### Art. 11 Figure professionali preposte alla direzione

1. La funzione di direzione delle strutture di cui all'articolo 8, ad eccezione delle comunità familiari, è esercitata da un laureato in possesso di comprovate competenze di tipo gestionale tali da assicurare le funzioni di cui al comma 2.

2. Il soggetto di cui al comma 1:

- a) cura l'attuazione dei piani individualizzati ed è garante della qualità dell'assistenza e del benessere dei soggetti accolti;
- b) assicura il coordinamento, la pianificazione, l'organizzazione ed il controllo delle attività della struttura; ù
- c) coordina il personale, favorendo il lavoro di gruppo e l'autonomia tecnica degli operatori, individuando compiti, responsabilità e linee guida di comportamento;
- d) sostiene la motivazione al lavoro degli operatori e favorisce la formazione del personale;
- e) cura i rapporti con i familiari, con i servizi territoriali e con l'autorità giudiziaria.

3. Possono esercitare la funzione di direzione delle strutture anche coloro che risultano in possesso dei requisiti di cui all'articolo 40, comma 5, lettera c), della l.r. 40/2005.(1)

(1) . Possono essere nominati direttore dei servizi sociali della azienda unità sanitaria locale i soggetti che abbiano svolto, per almeno cinque anni, qualificata attività di direzione o di coordinamento tecnico-professionale in enti o strutture di assistenza sociale pubblici o privati di media o grande dimensione, che possiedano inoltre uno dei seguenti requisiti:

- a) diploma di laurea in scienze della formazione, in sociologia, o in discipline equipollenti a indirizzo sociologico;
- b) diploma di laurea specialistica in servizio sociale;
- c) iscrizione nella sezione A dell'albo di cui al combinato disposto della legge 23 marzo 1993, n. 84 (Ordinamento della professione di assistente sociale e istituzione dell'albo professionale) e del decreto del Presidente della Repubblica 5 giugno 2001, n. 328 (Modifiche ed integrazioni della disciplina dei requisiti per l'ammissione all'esame di Stato e delle relative prove per l'esercizio di talune professioni, nonché della disciplina dei relativi ordinamenti).

Sezione IV Strutture residenziali e semiresidenziali già operanti che intendono incrementare il numero di posti letto o modificare la destinazione d'uso di locali o spazi

#### Art. 12 Domanda per l'integrazione dell'autorizzazione

1. Qualora le strutture già operanti, alla data di entrata in vigore del presente regolamento, intendano incrementare il numero di posti letto o modificare la destinazione d'uso di locali o spazi, i legali rappresentanti sono tenuti a richiedere, al comune nel cui territorio è ubicata la struttura, l'integrazione dell'autorizzazione limitatamente alle modifiche apportate.

#### Art. 13 Requisiti strutturali ed organizzativi

1. Le strutture di cui all'articolo 12 devono possedere i requisiti minimi strutturali, limitatamente alle modifiche apportate, nonché i requisiti organizzativi indicati, per ciascuna tipologia di struttura, nell'allegato A al presente regolamento, fermo restando il rispetto delle norme vigenti in materia di urbanistica, edilizia, antisismica, prevenzione incendi, igiene e sicurezza.

#### Art. 14 Requisiti professionali per il personale

1. Ferma restando l'applicazione dei contratti collettivi nazionali di lavoro e dei relativi accordi integrativi, il

personale addetto alle strutture di cui all'articolo 12, opera secondo le funzioni e gli apporti indicati, per ciascuna tipologia di struttura, nell'allegato A.

2. A ciascun addetto di cui al comma 1 deve corrispondere una delle seguenti professioni o qualifiche: a) addetto all'assistenza di base; b) operatore socio sanitario; c) educatore professionale; d) infermiere; e) fisioterapista; f) animatore socio-educativo.

3. L'animatore socio-educativo di cui al comma 2, lettera f), deve possedere uno dei seguenti titoli di studio o qualifiche professionali: a) diploma di tecnico dei servizi sociali; b) diploma di dirigente di comunità; c) attestato di qualifica rilasciato dal sistema della formazione professionale nel relativo profilo.

4. Qualora gli addetti non posseggano i requisiti di cui ai commi 2 e 3, essi continuano ad operare fino a naturale scadenza del contratto.

#### Art. 15 Figure professionali preposte alla direzione

1. La funzione di direzione delle strutture di cui all'articolo 12, ad eccezione delle comunità familiari, è esercitata da un laureato in possesso di comprovate competenze di tipo gestionale tali da assicurare le funzioni di cui al comma 2.

2. Il soggetto di cui al comma 1:

a) cura l'attuazione dei piani individualizzati ed è garante della qualità dell'assistenza e del benessere dei soggetti accolti;

b) assicura il coordinamento, la pianificazione, l'organizzazione ed il controllo delle attività della struttura;

c) coordina il personale, favorendo il lavoro di gruppo e l'autonomia tecnica degli operatori, individuando compiti, responsabilità e linee guida di comportamento;

d) sostiene la motivazione al lavoro degli operatori e favorisce la formazione del personale;

e) cura i rapporti con i familiari, con i servizi territoriali e con l'autorità giudiziaria.

3. Possono esercitare la funzione di direzione delle strutture anche coloro che risultano in possesso dei requisiti di cui all'articolo 40, comma 5, lettera c), della l.r. 40/2005.(1)

(1) (1) . Possono essere nominati direttore dei servizi sociali della azienda unità sanitaria locale i soggetti che abbiano svolto, per almeno cinque anni, qualificata attività di direzione o di coordinamento tecnico-professionale in enti o strutture di assistenza sociale pubblici o privati di media o grande dimensione, che possiedano inoltre uno dei seguenti requisiti:

a) diploma di laurea in scienze della formazione, in sociologia, o in discipline equipollenti a indirizzo sociologico;

b) diploma di laurea specialistica in servizio sociale;

c) iscrizione nella sezione A dell'albo di cui al combinato disposto della legge 23 marzo 1993, n. 84 (Ordinamento della professione di assistente sociale e istituzione dell'albo professionale) e del decreto del Presidente della Repubblica 5 giugno 2001, n. 328 (Modifiche ed integrazioni della disciplina dei requisiti per l'ammissione all'esame di Stato e delle relative prove per l'esercizio di talune professioni, nonché della disciplina dei relativi ordinamenti).

4. Qualora il direttore non possieda i requisiti di cui ai commi 1, 2 e 3, egli continua ad operare fino a naturale scadenza dell'incarico.

Sezione V Strutture residenziali e semiresidenziali già operanti che non apportano alcuna modifica

#### Art. 16 Mantenimento dei requisiti strutturali

1. Le strutture già operanti, alla data di entrata in vigore del presente regolamento, che non apportino alcuna modifica, devono mantenere i requisiti strutturali richiesti dalla normativa in base alla quale sono state autorizzate.

#### Art. 17 Requisiti organizzativi

1. Le strutture di cui all'articolo 16 devono possedere i requisiti minimi organizzativi indicati, per ciascuna tipologia di struttura, nell'allegato A al presente regolamento, fermo restando il rispetto delle norme vigenti in materia di urbanistica, edilizia, antisismica, prevenzione incendi, igiene e sicurezza.

#### Art. 18 Requisiti professionali per il personale

1. Ferma restando l'applicazione dei contratti collettivi nazionali di lavoro e dei relativi accordi integrativi, il personale addetto alle strutture di cui all'articolo 16, opera secondo le funzioni e gli apporti indicati, per ciascuna tipologia di struttura, nell'allegato A.

2. A ciascun addetto di cui al comma 1 deve corrispondere una delle seguenti professioni o qualifiche:

- a) addetto all'assistenza di base;
- b) operatore socio sanitario;
- c) educatore professionale;
- d) infermiere;
- e) fisioterapista;
- f) animatore socio-educativo.

3. L'animatore socio-educativo di cui al comma 2, lettera f), deve possedere uno dei seguenti titoli di studio o qualifiche professionali:

- a) diploma di tecnico dei servizi sociali;
- b) diploma di dirigente di comunità;
- c) attestato di qualifica rilasciato dal sistema della formazione professionale nel relativo profilo.

4. Qualora gli addetti non posseggano i requisiti di cui ai commi 2 e 3, essi continuano ad operare fino a naturale scadenza del contratto.

#### Art. 19 Figure professionali preposte alla direzione

1. La funzione di direzione delle strutture di cui all'articolo 16, ad eccezione delle comunità familiari, è esercitata da un laureato in possesso di comprovate competenze di tipo gestionale tali da assicurare le funzioni di cui al comma 2.

2. Il soggetto di cui al comma 1:

- a) cura l'attuazione dei piani individualizzati ed è garante della qualità dell'assistenza e del benessere dei soggetti accolti;
- b) assicura il coordinamento, la pianificazione, l'organizzazione ed il controllo delle attività della struttura;
- c) coordina il personale, favorendo il lavoro di gruppo e l'autonomia tecnica degli operatori, individuando compiti, responsabilità e linee guida di comportamento;
- d) sostiene la motivazione al lavoro degli operatori e favorisce la formazione del personale;
- e) cura i rapporti con i familiari, con i servizi territoriali e con l'autorità giudiziaria.

3. Possono esercitare la funzione di direzione delle strutture anche coloro che risultano in possesso dei requisiti di cui all'articolo 40, comma 5, lettera c), della l.r. 40/2005.(1)

(1) (1) . Possono essere nominati direttore dei servizi sociali della azienda unità sanitaria locale i soggetti che abbiano svolto, per almeno cinque anni, qualificata attività di direzione o di coordinamento tecnico-professionale in enti o strutture di assistenza sociale pubblici o privati di media o grande dimensione, che possiedano inoltre uno dei seguenti requisiti:

- a) diploma di laurea in scienze della formazione, in sociologia, o in discipline equipollenti a indirizzo sociologico;
- b) diploma di laurea specialistica in servizio sociale;

c) iscrizione nella sezione A dell'albo di cui al combinato disposto della legge 23 marzo 1993, n. 84 (Ordinamento della professione di assistente sociale e istituzione dell'albo professionale) e del decreto del Presidente della Repubblica 5 giugno 2001, n. 328 (Modifiche ed integrazioni della disciplina dei

requisiti per l'ammissione all'esame di Stato e delle relative prove per l'esercizio di talune professioni, nonché della disciplina dei relativi ordinamenti).

4. Qualora il direttore non possenga i requisiti di cui ai commi 1, 2 e 3, egli continua ad operare fino a naturale scadenza dell'incarico.

#### Sezione VI Decadenza dell'autorizzazione

##### Art. 20 Decadenza dell'autorizzazione

1. Il comune competente adotta un provvedimento di decadenza dell'autorizzazione nel caso in cui riscontri, nelle strutture autorizzate, il mancato rispetto delle norme vigenti in materia di urbanistica, edilizia, antisismica, prevenzione incendi, igiene e sicurezza, ovvero la mancanza di requisiti minimi a carattere strutturale, organizzativo e professionale previsti rispettivamente: a) per le strutture di nuova istituzione, dagli articoli 5, 6 e 7; b) per le strutture già operanti che intendono trasferirsi in altra sede o modificare la tipologia di servizio erogato, dagli articoli 9, 10 e 11; c) per le strutture già operanti che intendono incrementare il numero di posti letto o modificare la destinazione d'uso di locali o spazi, dagli articoli 13, 14 e 15; d) per le strutture già operanti che non apportano alcuna modifica, dagli articoli 17, 18 e 19.

2. Per esercitare nuovamente l'attività, il legale rappresentante della struttura presenta nuova domanda di autorizzazione al funzionamento.

#### Capo III Comunicazione di avvio di attività

##### Sezione I Disposizioni generali

##### Art. 21 Ambito di applicazione

1. Le disposizioni del presente regolamento si applicano alle strutture di cui all'articolo 22 della l.r. 41/2005.

2. Le strutture di cui all'articolo 22, comma 1, lettera b), della l.r. 41/2005 sono disciplinate dall'allegato B al presente regolamento.

##### Sezione II Strutture soggette a comunicazione di avvio di attività

##### Art. 22 Comunicazione di avvio di attività

1. Il legale rappresentante delle strutture di cui all'articolo 21 è tenuto ad effettuare la comunicazione di avvio di attività al comune, nel cui territorio è ubicata la struttura, prima dell'inizio dell'attività.

2. La comunicazione di cui al comma 1 deve contenere l'attestazione del possesso dei requisiti previsti.

3. Il comune:

a) per l'esercizio della vigilanza sulle strutture di cui all'articolo 22, comma 1, lettere a) e c), della l.r. 41/2005 può avvalersi della commissione multidisciplinare di cui all'articolo 31;

b) per l'esercizio della vigilanza sulle strutture di cui all'articolo 22, comma 1, lettera b), della l.r. 41/2005, individuate nell'allegato B, al fine di verificare l'appropriatezza del percorso assistenziale, si avvale della commissione multidisciplinare di cui all'articolo 31.

##### Art. 23 Utenza accolta

1. Le strutture di cui all'articolo 21 accolgono temporaneamente o permanentemente:

a) persone maggiorenni autosufficienti, da soli o in nuclei familiari, anche in presenza di figli minorenni, che si trovano in situazione di disagio e marginalità sociale, per le quali la permanenza nel nucleo familiare è temporaneamente o permanentemente impossibile o contrastante con il percorso individuale;

b) persone senza fissa dimora e persone con esigenze abitative e di soddisfacimento dei bisogni primari di vita, che versano in gravi condizioni di disagio economico, alle quali può essere offerto accompagnamento a percorsi di inclusione sociale;

c) persone prive di validi riferimenti che siano o siano state sottoposte a procedimenti penali e che sono nelle posizioni di:

1) permesso premio o licenza;

2) persone sottoposte a misure alternative, in particolare in affidamento in prova al servizio sociale o soggette a detenzione domiciliare con attività di lavoro o formazione;

3) libertà vigilata;

- 4) attesa di processo definitivo;
- 5) ex detenute;
- d) richiedenti asilo, rifugiati e stranieri con permesso umanitario;
- e) donne, anche con figli, ivi comprese le cittadine straniere, con riferimento all'articolo 18 del decreto legislativo 25 luglio 1998 n. 286 (Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero) in situazione di pericolo, esposte a rischio psico-sociale e in situazioni di difficoltà, causata da forme di maltrattamento, abuso e violenza che necessitano di una collocazione abitativa protetta e segreta, ai sensi della legge regionale 16 novembre 2007, n. 59 (Norme contro la violenza di genere
- f) persone vittime di tratta, sfruttamento e traffico di esseri umani che necessitano di un percorso di protezione e reinserimento, ai sensi dell'articolo 18 del d.lgs. 286/1998;
- g) persone disabili per le quali si ritiene possibile l'adozione di appositi progetti personali improntati al raggiungimento di una maggiore autonomia e le cui eventuali gravi disabilità consentano comunque di intraprendere uno specifico percorso formativo o lavorativo, secondo quanto previsto dal proprio percorso assistenziale personalizzato.

Art. 24 Requisiti organizzativi e di qualità per la gestione dei servizi e per l'erogazione delle prestazioni

1. Le comunità di tipo familiare, di cui all'articolo 22, comma 1, lettera a) della l.r. 41/2005 e le strutture di accoglienza diurna o notturna, di cui all'articolo 22, comma 1, lettera c) della l.r. 41/2005, oltre a quanto previsto dal comma 3 dello stesso articolo, devono possedere i seguenti requisiti: a) fornire servizi a bassa intensità assistenziale; b) adottare il regolamento interno di organizzazione e funzionamento; c) assicurare la tenuta del registro delle presenze e della cartella personale, per ciascuna persona accolta; d) assicurare le funzioni professionali tramite personale in possesso di professionalità adeguata alla tipologia di utenza delle strutture e in relazione al progetto individualizzato.

2. I requisiti organizzativi e di qualità per la gestione dei servizi e per l'erogazione delle prestazioni nelle strutture di cui all'articolo 22, comma 1, lettera b) sono individuati, per ciascuna tipologia, nell'allegato B al presente regolamento.

Art. 25 Ulteriori requisiti organizzativi per le comunità di tipo familiare

1. Le comunità di tipo familiare, di cui all'articolo 22, comma 1, lettera a) della l.r. 41/2005, oltre a quanto previsto dall'articolo 24, devono possedere i seguenti requisiti:

- a) accogliere fino ad un massimo di otto persone;
- b) essere fruibili nell'arco delle ventiquattro ore;
- c) garantire la presenza di camere in numero adeguato alle persone accolte;
- d) prevedere un servizio igienico ogni quattro persone accolte;
- e) prevedere la cucina o un punto di cottura, in caso di servizio mensa esterno e uno spazio attrezzato per il lavaggio degli indumenti personali;
- f) prevedere ripostigli per vari usi;
- g) offrire alle persone l'opportunità di personalizzare l'ambiente; h) garantire il mantenimento dell'igiene dell'ambiente con la collaborazione delle persone ospitate.

Art. 26 Ulteriori requisiti organizzativi per le comunità di tipo familiare per le funzioni di assistenza a bassa intensità

1. Le comunità di tipo familiare, di cui all'articolo 22, comma 1, lettera b) della l.r. 41/2005, oltre a quanto previsto dall'articolo 24, devono possedere i requisiti ulteriori previsti, per ciascuna tipologia, nell'allegato B al presente regolamento.

Art. 27 Ulteriori requisiti organizzativi per le strutture di accoglienza

1. Le strutture di accoglienza diurne o notturne, di cui all'articolo 22, comma 1, lettera c) della l.r. 41/2005, oltre a quanto previsto dall'articolo 24, devono possedere i seguenti requisiti:

- a) organizzarsi in cicli di accoglienza a carattere diurno o notturno;
- b) garantire, nel caso di accoglienza notturna, la presenza di camere in numero adeguato alle persone accolte;

- c) prevedere un servizio igienico ogni sei persone accolte;
- d) garantire la presenza di un ambiente comune di soggiorno e socializzazione;
- e) prevedere un locale adibito a deposito;
- f) prevedere l'erogazione dei pasti, in relazione al tipo di accoglienza diurna o notturna; g) garantire cicli di pulizia programmati per dare continuità all'igiene e ad buono stato di conservazione degli ambienti, con particolare attenzione ai servizi igienico-sanitari.

Art. 28 Modalità di integrazione delle persone ospitate nelle strutture e nella rete dei servizi sociali e sanitari

1. In relazione alla specificità dei bisogni delle persone accolte, le strutture si avvalgono delle prestazioni offerte dal sistema dei servizi territoriali, sanitari e socio-sanitari, dai centri per l'impiego, dalle istituzioni scolastiche, dall'autorità giudiziaria, dalla magistratura di sorveglianza, dagli uffici di esecuzione penale esterna, adottando comunque forme di coordinamento e di integrazione con tutti i servizi presenti nella rete territoriale che possono concorrere al superamento dello stato di bisogno e al sostegno della persona nel percorso di autonomia.

Capo IV Livello di formazione scolastica e professionale per gli operatori sociali impiegati nelle attività del sistema integrato

Art. 29 Livello di formazione scolastica e professionale relativo agli operatori del sistema integrato sociale

1. Gli operatori sociali impiegati nelle attività del sistema integrato di cui alla l.r. 41/2005 devono possedere, in relazione al ruolo ricoperto, uno dei seguenti livelli di formazione scolastica o professionale:

- a) laurea di primo o di secondo livello negli ambiti disciplinari afferenti le aree sociale, pedagogico educativa e psicologica;
- b) requisito di cui all'articolo 40, comma 5, lettera c) della l.r. 40/2005;
- c) qualifica di operatore socio sanitario prevista dalla legislazione statale;
- d) qualifica o diploma, rilasciato da istituto professionale o tecnico di Stato o parificato, di:
  - 1) operatore dei servizi sociali;
  - 2) tecnico dei servizi sociali;
  - 3) dirigente di comunità;
- e) qualifiche professionali di II, III, IV livello e di specializzazione rilasciate dal sistema formativo regionale ed inserite nel settore sociale del "Repertorio regionale dei profili professionali" approvato ai sensi della legge regionale 26 luglio 2002, n. 32 (Testo unico della normativa della Regione Toscana in materia di educazione, istruzione, orientamento, formazione professionale e lavoro), i cui percorsi formativi sono disciplinati dai relativi atti amministrativi.

Capo V Diffusione dati delle strutture

Art. 30 Diffusione dati delle strutture

1. I dati e le informazioni delle strutture di cui al presente regolamento possono essere diffusi, anche singolarmente, dalla Regione, nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali, al fine di far conoscere alla cittadinanza ed alle istituzioni interessate lo stato del sistema dei servizi e lo stato di attuazione dei procedimenti di autorizzazione e di comunicazione di avvio di attività.

Capo VI Criteri per la composizione ed il funzionamento della commissione multidisciplinare

Art. 31 Commissione multidisciplinare

1. Il comune, per l'accertamento dei requisiti per il rilascio dell'autorizzazione e per il mantenimento dell'autorizzazione, nonché per la verifica dell'appropriatezza del percorso assistenziale nelle strutture di cui all'allegato B, si avvale della commissione multidisciplinare di cui all'articolo 20, comma 3, della l.r. 41/2005, in coerenza con quanto stabilito dall'articolo 22, comma 3.

Art. 32 Composizione e nomina

1. La commissione multidisciplinare è nominata dal direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale. I membri della commissione, di cui al comma 2, sono individuati dallo stesso direttore generale di concerto con la conferenza dei sindaci.

2. La commissione multidisciplinare è composta: a) dal direttore dei servizi sociali dell'azienda unità sanitaria locale, che la presiede; b) da un medico di assistenza sanitaria di comunità; c) da un tecnico afferente all'area tecnico-edilizia; d) da un assistente sociale; e) da un operatore del servizio igiene; f) da un operatore del servizio prevenzione e sicurezza; g) da un funzionario amministrativo.

3. La commissione multidisciplinare è integrata, in relazione alle singole aree di riferimento, con professionalità specialistiche competenti, individuate con le modalità di cui al comma 1.

4. Per ciascun componente della commissione multidisciplinare è nominato un supplente, che partecipa alle sedute ed ai sopralluoghi in caso di impedimento o assenza del relativo componente.

Art. 33 Durata in carica

1. La commissione multidisciplinare dura in carica tre anni.

2. I componenti indicati all'articolo 32, comma 2, lettere da b) a g), possono essere confermati una sola volta.

Art. 34 Funzionamento

1. La commissione multidisciplinare opera attraverso sopralluoghi e sedute, per i quali è necessaria la presenza di tutti i componenti ovvero dei rispettivi supplenti.

2. La commissione multidisciplinare, per l'accertamento dei requisiti finalizzato al rilascio ovvero al mantenimento dell'autorizzazione, nonché alla verifica positiva in ordine al mantenimento dei requisiti richiesti alle strutture disciplinate nell'allegato B, comunica anticipatamente alla struttura interessata lo svolgimento del sopralluogo.

3. Al termine di ogni sopralluogo la commissione multidisciplinare redige un verbale, sottoscritto dal presidente della commissione e dal soggetto preposto alla direzione della struttura.

4. In esito ai sopralluoghi e alle sedute di cui al comma 1, la commissione multidisciplinare redige un parere, con eventuali prescrizioni di adeguamento.

5. Entro venti giorni dal sopralluogo, la commissione multidisciplinare trasmette il parere di cui al comma 4 al comune competente ed al legale rappresentante della struttura, il quale entro quindici giorni dal ricevimento può presentare osservazioni.

Capo VII Composizione e procedura per la nomina della commissione regionale per le politiche sociali

Art. 35 Composizione

1. La commissione regionale per le politiche sociali, presieduta dall'assessore regionale competente o da un suo delegato, è composta da:

a) un rappresentante dei medici;

b) un rappresentante degli assistenti sociali;

c) un rappresentante degli psicologi

d) un rappresentante dei medici di medicina generale;

e) tre rappresentanti delle organizzazioni del volontariato;

f) tre rappresentanti dell'associazionismo di promozione sociale;

g) tre rappresentanti della cooperazione sociale;

h) tre rappresentanti delle organizzazioni sindacali generali dei lavoratori maggiormente rappresentative;

i) tre rappresentanti delle organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative;

j) tre rappresentanti delle organizzazioni sindacali dei pensionati maggiormente rappresentative;

k) quattro rappresentanti delle associazioni delle categorie economiche, industria, commercio, artigianato ed agricoltura;

l) due rappresentanti delle organizzazioni sindacali dei pensionati delle categorie economiche, industria, commercio, artigianato ed agricoltura;

m) tre rappresentanti di associazioni di tutela dei diritti del cittadino e dell'utente dei servizi;

n) quattro rappresentanti di associazioni che svolgono attività di tutela dei disabili e degli invalidi;

o) quattro rappresentanti tra coloro che risultano nominati nei consigli territoriali degli immigrati; p)

tre rappresentanti delle organizzazioni di altri soggetti di natura privata che erogano servizi e interventi sociali.

#### Art. 36 Procedura di nomina

1. I componenti della commissione di cui all'articolo 35 sono designati dai seguenti soggetti:

- a) i rispettivi ordini per i componenti di cui all'articolo 35, comma 1, lettere a), b), c);
- b) le organizzazioni sindacali dei medici di medicina generale per il componente di cui all'articolo 35, comma 1, lettera d);
- c) le rispettive consulte per i componenti di cui all'articolo 35, comma 1, lettere e), f), g);
- d) le rispettive organizzazioni sindacali per i componenti di cui all'articolo 35, comma 1, lettere h), i), j), l);
- e) i soggetti individuati dalla procedura concordata tra la Giunta regionale e le rispettive organizzazioni o associazioni o consigli territoriali per i componenti di cui all'articolo 35, comma 1, lettere k), m), n) o), p).

2. Entro tre mesi dall'entrata in vigore del presente regolamento i soggetti di cui al comma 1 comunicano alla Giunta regionale le rispettive designazioni.

3. La commissione è nominata con decreto del Presidente della Giunta regionale. Decorso il termine di cui al comma 2 è nominata quando sono designati almeno i due terzi dei membri.

#### Capo VIII Disposizioni finali

##### Art. 37 Abrogazione del D.P.G.R. 26 marzo 2008, n. 15/R

1. Il D.P.G.R. 26 marzo 2008, n. 15/R (Regolamento di attuazione dell'articolo 62 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale") è abrogato.

##### Art. 38 Entrata in vigore

1. Il presente regolamento entra in vigore il giorno successivo alla data di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana.

Il presente regolamento è pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Toscana. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e farlo osservare come regolamento della Regione Toscana.

#### **SEGUONO ALLEGATI**

#### **UMBRIA**

**DGR 18.12.17, n. 1510** - Legge regionale n. 25 del 28 novembre 2014 ss.mm.ii. relativa alla trasformazione delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza (IPAB) e disciplina delle Aziende pubbliche di Servizi alla Persona (ASP). Approvazione, ai sensi dell'art. 4 della medesima, della trasformazione dell'IPAB Opera Pia "Casa di Riposo Mosca" di Gubbio in Azienda pubblica di Servizi alla Persona (ASP) e approvazione del relativo statuto.(BUR n. 1 del 3.1.18)

#### **DOCUMENTO ISTRUTTORIO**

Con legge regionale n. 25 del 28 novembre 2014 "Trasformazione delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza (IPAB) e disciplina delle Aziende pubbliche di Servizi alla Persona (ASP)" e ss.mm.ii., la Regione ha provveduto, in coerenza con quanto previsto dal D.Lgs. n. 207/2001, attuativo dell'art. 10 della legge 8 novembre 2000, n. 328, a dettare la disciplina per il riordino e la trasformazione delle IPAB, aventi sede nel territorio regionale, prevedendo la loro trasformazione in Aziende pubbliche di Servizi alla Persona (ASP) o in persone giuridiche di diritto privato (associazioni o fondazioni già disciplinate dal codice civile), oppure la loro estinzione, quale ipotesi residuale, laddove risulti accertata l'impossibilità di operare la trasformazione.

Con la citata legge regionale vengono, inoltre, dettate disposizioni volte a disciplinare le ASP che sorgono dalla trasformazione.

Principio cardine dell'intero percorso di riordino e trasformazione, previsto dalla L.R. 25/2014, è quello di garantire che ciò avvenga nel rispetto delle finalità stabilite negli statuti e/o nelle tavole di fondazione di questi Enti, come, fra l'altro, previsto dal D.Lgs. 207/2001.

Dette finalità vanno, tuttavia, ragionevolmente rilette alla luce dei cambiamenti nel frattempo intervenuti e della evoluzione della normativa di settore che disciplina la realizzazione del sistema

integrato di interventi e servizi sociali. (L. 328/2000, legge regionale n. 11/2015). Infatti, in coerenza allo scenario sopra descritto, le IPAB trasformate, operanti in ambito assistenziale e/o socio sanitario e/o socio educativo, sono inserite nel sistema integrato di servizi e interventi sociali (art. 1, co. 2, della L.R. 25/2014 e D.C.R. n. 156 del 7 marzo 2017 “Nuovo Piano Sociale regionale”), concorrono alla programmazione sociale, all’organizzazione e alla gestione delle relative attività, attuando il principio di sussidiarietà, ex art. 118 cost., favorendo il coinvolgimento della comunità locale e promuovendo il ruolo dei soggetti no profit.

La L.R. 25/2014 dedica il Titolo II al percorso di trasformazione delle IPAB dettando modalità e termini del procedimento.

La suddetta legge, pur essendo volta ad assicurare ampi margini di libertà di scelta alle IPAB, le quali possono optare, alternativamente, per la trasformazione in ASP, con il mantenimento della personalità giuridica di diritto pubblico, ovvero in soggetto di diritto privato senza scopo di lucro (fondazioni o associazioni), all’art. 3 precisa che la trasformazione in ASP è esclusa nel caso in cui: a) le dimensioni dell’istituzione non giustifichino il mantenimento della personalità giuridica di diritto pubblico; b) l’entità del patrimonio e il volume di bilancio siano insufficienti per la realizzazione delle finalità e dei servizi previsti dallo statuto e/o dalle tavole di fondazione; c) sia verificata l’inattività da almeno due anni; d) risultino esaurite o non siano più conseguibili le finalità previste dallo statuto e/o dalle tavole di fondazione.

Proprio in ragione di quanto sopra la Giunta regionale, con deliberazione n. 337 del 23 marzo 2015, ha provveduto a definire i criteri per tale trasformazione, dando, fra l’altro, attuazione al comma 1, art. 4 della suddetta legge regionale.

Successivamente si è provveduto a richiedere alle IPAB aventi sede sul territorio regionale di formulare la proposta di trasformazione e di far pervenire la documentazione come indicata all’art. 4, comma 2 della L.R. 25/2015. I termini per la formulazione di dette proposte vanno riletti alla luce della modifica apportata alla L.R. 25/2014 dalla L.R. 22 luglio 2016, n. 7. Va, inoltre, ricordato che con la D.G.R. n. 1404 del 2 dicembre 2016 sono state adottate dalla Giunta regionale alcune determinazioni in merito alla procedura per la trasformazione delle IPAB in Aziende pubbliche di Servizi alla Persona - ASP o in persone giuridiche di diritto privato, eventualmente anche preceduta dalla fusione e/o da un piano di risanamento, nonché per la estinzione delle medesime Istituzioni, ai sensi della L.R. 25/2014 ss.mm.ii..

La trasformazione di cui al presente atto è relativa all’IPAB, Opera Pia “Casa di Riposo Mosca” di Gubbio, avente sede legale in Gubbio, via Cavour n. 11/A (codice fiscale/partita IVA 02849880543). L’IPAB “Casa di Riposo Mosca” ha origine dalla fusione dell’IPAB “Astenotrofito o Pia Casa di Ricovero Mosca”, fondata in Gubbio, per volontà della marchesa Vittoria Mosca Toschi, in base al testamento olografo del 1877 ed eretta in Ente Morale con regio decreto del 20 maggio 1888, con l’IPAB, aventi identici fini, denominata “Opera Pia Gerontotrofito” o “Asilo dei Vecchi”, avente origine dal testamento di Marianna Mei, ved. Antonini, in data 23 febbraio 1848, nonché per volontà del cardinale Pecci vescovo di Gubbio con testamento del 18 maggio 1851 a rogito Tondi.

La fusione delle Opere Pie interessate ai sensi dell’art. 58, commi 4 e 5, della L. 17 luglio 1890 n. 6972, con la costituzione del nuovo Ente, provvisto di personalità giuridica di diritto pubblico, denominato “Casa di Riposo Mosca”, è stata approvata con D.D. n. 10766 del 2 dicembre 2005. Con la predetta determinazione è stato approvato anche il vigente statuto dell’Ente. Considerato quanto sopra a tutt’oggi permane la configurazione giuridica pubblica di IPAB e, pertanto, anche questo Ente è assoggetto alla disciplina di cui alla citata L.R. 25/2014 e ss.mm.ii.

A seguito del ricevimento della nota regionale, posta certificata prot. n. 156460-2015 del 30 ottobre 2015, il presidente, legale rappresentante dell’Opera Pia “Casa di Riposo Mosca”, ha trasmesso la domanda per la trasformazione del medesimo Ente, prot. n. 00220759-2017 del 18 ottobre 2017 (All. 1 riservato, unito al presente atto, per farne parte integrante e sostanziale), in Azienda pubblica di Servizi alla Persona (ASP), assumendo la denominazione: Azienda pubblica di Servizi alla Persona “Casa di Riposo Mosca”, con il mantenimento della stessa sede legale, in via Cavour n. 11/A Gubbio. La suddetta richiesta è corredata dalla seguente documentazione: a) deliberazione del proprio

Consiglio di amministrazione n. 30 del 12 ottobre 2017 con la quale, in base a quanto già deliberato dal medesimo Consiglio con precedente deliberazione del 23 marzo 2017, n. 8 in merito alla decisione di trasformare l'“Opera Pia Casa di Riposo Mosca” in ASP “Casa di Riposo Mosca”, viene disposta la definitiva trasformazione in ASP e viene approvato lo statuto della costituenda ASP “Casa di Riposo Mosca”, (All. 2 riservato, unito al presente atto per farne parte integrante e sostanziale); b) statuto della costituenda ASP “Casa di Riposo Mosca”, (All. 3, unito al presente atto, per farne parte integrante e sostanziale), nel quale, nel rispetto dell'originario statuto, vengono, in particolare, definiti le finalità istituzionali e l'ambito degli interventi, gli organi dell'ASP (i quali, seppure la loro composizione è definita nel rispetto delle tavole statutarie dell'Ente, le disposizioni in merito a ciò vengono formulate in base alla evoluzione della normativa in materia), le modalità, i criteri di nomina, la durata in carica, la revoca, la decadenza, nonché il funzionamento degli organi dell'ente e le modalità organizzative e gestionali, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 5 della L.R. 25/2015. In particolare l'art. 4 rubricato “Finalità istituzionali ed ambito degli interventi”, del citato proposto statuto prevede che l'ASP, nel rispetto delle originarie finalità statutarie e delle tavole di fondazione, “ha come scopo primario quello di gestire strutture e servizi rivolti agli anziani, agli inabili ed a quanti si trovino in particolari condizioni di bisogno, con preferenza per i residenti nel comune di Gubbio e nella Zona Sociale.

A tal fine l'ASP opera prevalentemente nel campo della prevenzione e della riabilitazione della non autosufficienza e provvede all'accoglimento residenziale dei soggetti che, dato lo stato di cronicità, non possono essere ricoverati nelle strutture ospedaliere, assicurando livelli qualitativi di eccellenza”; c) dichiarazione che l'IPAB è ente attivo e, come da suddette finalità statutarie, eroga, prioritariamente servizi/ attività per le persone anziane, attraverso Residenza protetta e Residenza servita (All.1 sopra citato); d) indicazione dell'area territoriale in cui l'IPAB opera (All. 1 sopra citato); e) elenco dettagliato dello stato di ricognizione: — dei beni immobili (fabbricati e terreni) come risultanti all'All. 4 riservato, unito al presente atto per farne parte integrante e sostanziale; — dei beni mobili (compreso della stima degli stessi e dei titoli e c/c) come risultanti agli All. 5a e 5b riservati, uniti al presente atto per farne parte integrante e sostanziale; — dei rapporti giuridici (attivi e passivi) pendenti a nome dell'IPAB, i quali si conservano, ai sensi dell'art. 18, co. 1 della L.R. 25/2016, come risultanti all'All. 6 riservato, unito al presente atto per farne parte integrante e sostanziale, con la dichiarazione che in essi subentra l'ASP che sorge dalla trasformazione; f) dei rapporti di lavoro (lavoratori dipendenti e non dipendenti), come risultanti all'All. 7 riservato, unito al presente atto per farne parte integrante e sostanziale, rispetto ai quali l'Ente ha provveduto ad effettuare la comunicazione della decisione di trasformazione alle OO.SS come risulta dall'All. 8, riservato, unito al presente atto per farne parte integrante e sostanziale; g) l'ultimo bilancio di previsione approvato - anno 2017 (All. 9, riservato, unito al presente atto per farne parte integrante e sostanziale) e l'ultimo bilancio consuntivo approvato - anno 2016 (All. 10, riservato, unito al presente atto per farne parte integrante e sostanziale), nonché la dichiarazione che il suddetto stato patrimoniale e il volume del bilancio sono sufficienti ed adeguati al raggiungimento delle finalità e dei servizi/prestazioni/interventi stabiliti dallo statuto e che sono ricompresi entro i limiti stabiliti con la citata D.G.R. n. 337/2015 (all.1 sopra citato); La documentazione sopra richiamata è stata trasmessa al Comune di Gubbio (con nota regionale posta certificata protocollo n. 0220759-2017 - U del 18 ottobre 2017) per l'acquisizione del parere, obbligatorio e vincolante, ai sensi dell'art. 4, co. 4 della L.R. 25/2015. La Giunta comunale di Gubbio, con propria deliberazione n. 231 del 9 novembre 2017 (nota di comunicazione prot. n. 0246974-2017 - E del 21 novembre 2017), ha espresso parere favorevole alla proposta di trasformazione, formulata dall'Opera Pia “Casa di riposo Mosca” di Gubbio, in Azienda pubblica dei Servizi alla Persona (ASP). In base a quanto previsto dalla L.R. 25/2015, verificata la regolarità e la legittimità della richiesta di trasformazione avanzata dell'Opera Pia “Casa di riposo Mosca” di Gubbio, in ASP ed esaminata la proposta di statuto del soggetto giuridico subentrante, la quale è ritenuta conforme agli statuti/tavole di fondazione, si propone alla Giunta regionale di procedere all'approvazione della trasformazione dell'ente in questione. Va precisato che, con la presente trasformazione, effettuata in attuazione della L.R. 25/2014, il soggetto

giuridico IPAB, “Casa di Riposo Mosca” di Gubbio, prosegue la sua opera, senza soluzione di continuità, nella veste giuridica di Azienda pubblica di Servizi alla Persona con denominazione ASP “Casa di Riposo Mosca”. Ne consegue, pertanto, che l’ente, così come trasformato per effetto del presente atto, conserva i diritti e gli obblighi e prosegue in tutti i rapporti anche processuali dell’ente che ha effettuato la trasformazione.

#### Capo I -Origine, costituzione e natura giuridica

##### Art. 1 -Origini, evoluzione e trasformazione in Azienda Pubblica di Servizi alla Persona

1. L’Azienda Pubblica di Servizi alla Persona “Casa di Riposo Mosca”, di seguito denominata A.S.P., trae origine dalla trasformazione dell’IPAB “Opera Pia Casa di Riposo Mosca” ai sensi degli artt. 3 e 4, l.r. Umbria 28 novembre 2014, n. 25. L’Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza “Casa di Riposo Mosca” a sua volta ha origine dalla fusione dell’Istituzione “Astenotrofito o Pia Casa di Ricovero Mosca”, fondata in Gubbio per volontà della Marchesa Vittoria Mosca Toschi, nel suo Palazzo di Città in base al testamento olografo in data 15 Settembre 1877 ed eretta ad Ente Morale giusto Regio Decreto in data 20 Maggio 1888, con l’Istituzione, aventi identici fini, “Opera Pia Gerontotrofito” o “Asilo dei Vecchi” avente origine dal testamento di Marianna Mei ved, Antonini in data 23 febbraio 1848 e dalla Istituzione fatta dal Cardinale Pecci Vescovo di Gubbio con testamento del 18 maggio 1851 a rogito Tondi.

2. La fusione delle Opere Pie amministrate e la costituzione del nuovo Ente denominato “Casa di Riposo Mosca” veniva approvata con Determina Dirigenziale della Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali, Servizio VI: Programmazione Socio-Assistenziale, Progettualità di territorio e Azioni coordinate con gli Enti Locali, n. 10766 del 02.12.2005.

3. Punto di riferimento costante nell’intero territorio per le funzioni di assistenza, supporto e promozione dei soggetti più deboli, in piena coerenza con lo Statuto e la volontà della Fondatrice, l’IPAB Casa di Riposo Mosca erogava i seguenti servizi:

- Di dare ospitalità agli anziani, agli inabili ed a quanti si trovino in particolari condizioni di bisogno, con preferenza per i residenti nel Comune di Gubbio;
- Di provvedere, in via prioritaria, agli anziani ed inabili non autosufficienti che, dato lo stato di cronicità, non possono essere ricoverati nelle strutture ospedaliere.

4. Tali presupposti, che hanno costituito con l’Ente guida nell’azione morale e materiale per tutto il territorio, continuano a vivere nella nuova forma giuridica in coerenza con i principi costituzionali.

##### Art. 2 – Lo Stemma

1. Lo Stemma è il segno distintivo dell’A.S.P. e coincide con gli storici stemmi degli originari fondatori. Esso è rappresentato da uno scudo inquartato e costituisce il Logo dell’A.S.P. Casa di Riposo Mosca.

2. Lo scudo inquartato si compone di 4 cantoni, il primo, (cantone destro del capo), fascia d'argento con un giglio d'oro cui sta sopra una corona reale rovesciata dello stesso metallo; il secondo, (cantone sinistro del capo), fascia d'oro con aquila imperiale; Il terzo, (cantone destro della punta), fascia d'argento bandata in rosso sopra e sotto con braccio e mano recante un ramo d'olivo; il quarto, (cantone sinistro della punta), tre pini, più alto al centro, su orizzonte marino azzurro.

3. Lo Stemma rappresenta l’unione matrimoniale tra le due famiglie Mosca e Toschi. L’arma del marito occupa il quarto cantone, mentre quella della moglie che illustra la famiglia gentilizia primitiva è nel primo, secondo ed il terzo cantone.

4. Qualsiasi elaborazione grafica che dovesse portare alla realizzazione di un logo non potrà prescindere da tutti gli elementi sopra descritti nel rispetto della tradizione dell’istituto.

##### Art. 3 - Denominazione, sede legale, natura giuridica e principi informativi

1. L’Azienda Pubblica di Servizi alla Persona assume la denominazione di “A.S.P. Casa di Riposo Mosca”, di seguito denominata A.S.P..

2. L’A.S.P. è stata costituita con deliberazione della Giunta Regionale n. del..... che ha approvato anche il presente statuto.

3. L'A.S.P. ha sede legale in Gubbio, Via Cavour 11/a. Il Consiglio di Amministrazione con proprio provvedimento può modificare, anche temporaneamente, la sede legale nell'ambito territoriale principale di svolgimento dell'attività dell'A.S.P. come definito dal presente statuto; può inoltre costituire sedi operative in qualsiasi ambito territoriale in ragione delle necessità organizzative.

4. L'A.S.P. Casa di Riposo Mosca è un ente pubblico non economico che persegue finalità di rilevanza socio-assistenziale e socio-sanitaria, indirizzando i propri interventi e le proprie azioni in particolare a favore delle persone in stato di fragilità sociale e vulnerabilità.

5. Nel perseguimento delle finalità statutarie, l'A.S.P. si conforma al principio della separazione dei poteri. I poteri di indirizzo e di controllo spettano agli organi di governo, mentre la gestione amministrativa, finanziaria contabile e tecnica è attribuita ai dirigenti o ai responsabili dei servizi socio assistenziali e socio sanitari. L'A.S.P. non ha fini di lucro ed è dotata di autonomia statutaria, gestionale, patrimoniale, contabile e finanziaria. L'A.S.P. svolge le proprie funzioni secondo i principi e i criteri di buon andamento, imparzialità, efficienza, efficacia ed economicità, nel rispetto dell'equilibrio del bilancio.

6. L'A.S.P., nell'ambito della propria autonomia, adotta tutti gli atti, anche di diritto privato, funzionali al perseguimento dei propri fini, ivi compresi gli affidamenti a soggetti privati non profit e alla cooperazione sociale, funzionali al perseguimento delle proprie finalità statuarie e all'assolvimento degli impegni assunti in sede di programmazione regionale e territoriale, nell'ottica di un'organizzazione a rete dei servizi.

7. L'A.S.P. è disciplinata dalle disposizioni di cui alla legge regionale L.R. 28-11-2014 n. 25 (Riordino e trasformazione delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB) e disciplina delle aziende pubbliche di servizi alla persona (A.S.P.) - Ulteriori modificazioni della legge regionale 28 dicembre 2009, n. 26 (Disciplina per la realizzazione del Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali) - Ulteriori modificazioni della legge regionale 16 settembre 2011, n. 8 (Semplificazione amministrativa e normativa dell'ordinamento regionale e degli Enti locali territoriali)), ed opera nel rispetto ed in coerenza con la Legge regionale 9 aprile 2015 n. 11 (Testo unico in materia di sanità e servizi sociali) con particolare riferimento alla parte II servizi sociali, e con la normativa statale vigente.

8. In caso di invalidità, decadenza, annullamento o comunque perdita totale o parziale degli effetti di questa trasformazione, l'Ente deve intendersi ripristinato nelle sue forme originarie e con tutte le norme che lo hanno disciplinato in quanto compatibili con la normativa eventualmente vigente al momento considerato.

#### Art. 4 - Finalità istituzionali ed ambito degli interventi

1. L'A.S.P., nel rispetto delle originarie finalità statutarie di cui all'art. 1, comma 3, e delle Tavole di Fondazione, ha come scopo primario quello di gestire strutture e servizi rivolti agli anziani, agli inabili ed a quanti si trovino in particolari condizioni di bisogno, con preferenza per i residenti nel Comune di Gubbio e nella Zona Sociale. A tal fine l'A.S.P. opera prevalentemente nel campo della prevenzione e della riabilitazione della non autosufficienza e provvede all'accoglimento residenziale dei soggetti che, dato lo stato di cronicità, non possono essere ricoverati nelle strutture ospedaliere, assicurando livelli qualitativi di eccellenza.

2. L'A.S.P. nel perseguimento delle finalità di cui sopra e nel rispetto della normativa vigente in materia, può:

- a) Contribuire alla programmazione sociale e socio-sanitaria e di governo delle politiche sociali, in forma diretta o associata, anche attuando e promuovendo studi e ricerche nei propri settori di attività;
- b) Erogare e promuovere, anche in forma sperimentale o integrativa, interventi e servizi nell'ambito del sistema delle politiche sociali e socio-sanitarie, con particolare attenzione ai servizi ad alta integrazione socio-sanitaria e di supporto alla nonautosufficienza. Tale attività riguarderà i settori sia della prevenzione, con iniziative specifiche sotto l'aspetto psico-fisico e/o culturale, sia della cura e riabilitazione, realizzando servizi residenziali atti ad ospitare persone diversamente abili, autosufficienti o non autosufficienti (o in stato di coma vegetativo) provvedendo alla loro assistenza e cura in campo socio-sanitario.

- c) Promuovere e realizzare servizi socio-assistenziali e socio-sanitari alternativi ed integrativi alla residenzialità al fine di consentire alle persone socialmente deboli e/o psico-fisicamente fragili una permanenza più a lungo possibile presso la loro abitazione o presso apposite residenze (alloggi protetti). L'ASP, in accordo con l'Azienda Sanitaria di competenza, potrà svolgere tutte quelle attività (punti prelievo, riabilitative o altre) che verranno ritenute utilmente affidabili all'interno della programmazione sanitaria e socio-sanitaria locale;
- d) Gestire il servizio farmaceutico, finalizzato ad integrare i servizi socio-sanitari erogati;
- e) Gestire ulteriori strutture, servizi e ogni intervento utile a rispondere ai bisogni emergenti del territorio;
- f) Realizzare attività strumentali volte alla ottimizzazione dei servizi e degli interventi di cui sopra, alla valorizzazione del patrimonio dell'A.S.P. ed al finanziamento delle attività istituzionali della stessa;

3. L'A.S.P. opera prevalentemente nell'ambito territoriale del Comune di Gubbio e della Zona Sociale di riferimento.

4. L'A.S.P. richiede le autorizzazioni e gli accreditamenti per i servizi e le prestazioni erogate, ai sensi delle disposizioni regionali vigenti. 5. Le modalità di ammissione e di funzionamento dei servizi sono stabilite in appositi regolamenti interni.

Art. 5 - Partecipazione al sistema integrato di interventi e servizi sociali e socio-sanitari e forme di collaborazione

1. L'A.S.P. è inserita nel sistema regionale di interventi e servizi sociali definito dalla LR 11/2015 con particolare riferimento alla parte II servizi sociali ed orienta la propria attività nel rispetto dei principi da questa indicati e concorre alla programmazione sociale, all'organizzazione e alla gestione delle relative attività, nel rispetto delle normative vigenti.

2. Nello svolgimento delle attività istituzionali, l'A.S.P. rispetta gli indirizzi adottati dalla Regione Umbria per il perseguimento delle finalità ed il raggiungimento degli obiettivi fissati dalla programmazione regionale.

3. Per l'erogazione di prestazioni e per la gestione degli interventi, nel rispetto della normativa vigente, l'A.S.P. può stipulare accordi, convenzioni o contratti o stabilire forme di collaborazione con il Comune e con altri soggetti pubblici o privati finalizzate, nel rispetto delle proprie competenze, ad un migliore utilizzo delle risorse disponibili e al raggiungimento di una ottimale qualità del servizio.

4. Qualora l'A.S.P. si avvalga delle cooperative sociali per l'espletamento delle proprie attività, ai sensi della normativa vigente, le stesse cooperative sociali sono tenute al rispetto delle disposizioni di cui alla LR 11/2015 con particolare riferimento alla parte II servizi sociali.

5. L'A.S.P. può deliberare la partecipazione in organismi di natura pubblica o privata, designando i propri rappresentanti negli stessi, costituire società al fine di svolgere attività strumentali al conseguimento dei fini istituzionali.

Capo II - Organi

Art. 6 – Organi 1. Sono organi dell'A.S.P.: il Consiglio di Amministrazione, il Presidente, la Consulta, il Revisore dei Conti ed il Direttore.

Art. 7 – Composizione, Nomina, Durata, Decadenza, Dimissioni del Consiglio di Amministrazione

1. Il Consiglio di Amministrazione è l'organo di indirizzo, di programmazione e di verifica dell'azione amministrativa e gestionale dell'A.S.P.. Esso provvede a fissare gli obiettivi strategici, assume le decisioni programmatiche e fondamentali dell'Azienda e verifica la rispondenza dei risultati della gestione alle direttive generali impartite.

2. Il Consiglio di Amministrazione è composto da cinque membri, compreso il Presidente, ed è nominato con le modalità indicate nel presente articolo.

3. Il Consiglio di Amministrazione rimane in carica cinque anni ed il periodo del mandato decorre dalla data di insediamento dell'organo. I membri del Consiglio di Amministrazione dell'A.S.P., salvo quanto previsto per i due membri di diritto, rimangono in carica per non più di due mandati consecutivi. Ai fini del calcolo del limite dei mandati si considerano solo quelli svolti come consiglieri della nuova azienda.

4. Le nomine dei Consiglieri devono essere fatte entro il termine di scadenza del mandato.
  5. Fanno parte del Consiglio di Amministrazione, in qualità di membri di diritto, giusta la volontà della Fondatrice, il Sindaco ed il Vescovo di Gubbio, ciascuno dei quali, alternativamente, è Presidente e Vice Presidente del Consiglio stesso per la durata di un quinquennio. Al fine di garantire l'alternanza del quinquennio tra le due cariche, i membri di diritto rimangono in carica per il tempo del mandato che genera la nomina a membro di diritto, indipendentemente dai soggetti che le ricoprono.
  6. Il Sindaco ed il Vescovo possono svolgere il loro mandato sia personalmente che a mezzo di un loro delegato. Al delegato non si applicano le limitazioni di nomina riferite ai Consiglieri.
  7. Qualora il membro designato a sostituire il Sindaco o il Vescovo, durante l'espletamento del proprio mandato, per qualsiasi causa, fosse oggettivamente impossibilitato a partecipare a tre sedute consecutive, decadrà in quel momento dall'incarico ed al suo posto sarà nuovamente chiamato a far parte del Consiglio di Amministrazione il Sindaco od il Vescovo, in qualità di membro di diritto, o un loro rappresentante fino alla scadenza del quinquennio.
  8. Sono inoltre chiamati a far parte del Consiglio di Amministrazione:
    - 1) Un membro designato dall'Unità Sanitaria Locale competente per territorio;
    - 2) Un membro designato dagli Ospiti dell'Istituto, secondo le modalità indicate nel Regolamento di organizzazione.
  9. Il quinto membro verrà designato congiuntamente dal Sindaco e dal Vescovo mediante nomina di un soggetto della società civile competente ed idoneo.
  10. Almeno 60 giorni prima della scadenza del mandato, il Presidente ha l'obbligo di comunicare agli organi elettori le modalità ed il termine di scadenza delle nomine con invito a provvedere.
  11. Qualora il Consiglio di Amministrazione non venisse ricostituito nel termine di cui al comma 3, esso si intende prorogato per non più di 45 giorni, termine entro il quale devono avvenire le nomine. Nel periodo in cui è prorogato, il Consiglio scaduto può adottare esclusivamente gli atti di ordinaria amministrazione, nonché gli atti urgenti e indifferibili con indicazione specifica dei relativi motivi.
  12. Le nomine da parte degli organi elettori vanno comunicate al Direttore entro il termine di sette giorni dall'avvenuta nomina.
  13. Le dimissioni dalla carica di Consigliere, indirizzate al Consiglio presso la sede legale dell'Ente, devono essere assunte immediatamente al protocollo dell'Azienda, e diventano efficaci con la presa d'atto da parte del Consiglio di Amministrazione.
  14. I membri del Consiglio di Amministrazione devono svolgere il loro mandato personalmente.
  15. I Consiglieri che, senza documentato e giustificato motivo, costituente oggettivo impedimento a partecipare, non intervengano per tre sedute consecutive del Consiglio di Amministrazione, ovvero, successivamente alla nomina, sopravvengano cause di incompatibilità, e gli interessati non provvedano a rimuoverle entro 15 giorni, sono dichiarati decaduti con deliberazione del Consiglio di Amministrazione. Per le ulteriori cause di inconferibilità, incompatibilità e decadenza si fa riferimento alla normativa vigente, laddove applicabile.
  16. Il Presidente, nei casi di dimissioni, decadenza o morte di un Consigliere, deve tempestivamente informare l'organo di nomina per la sostituzione che dovrà avvenire entro 30 giorni dal ricevimento della notifica.
  17. In caso di decadenza, dimissione, revoca o morte di un Consigliere, il sostituto resta in carica tanto quanto vi sarebbe rimasto il Consigliere sostituito.
  18. Ai membri del Consiglio di Amministrazione spetta il rimborso delle spese sostenute in ragione del loro mandato, ai sensi di quanto stabilito nel Regolamento di Organizzazione.
- Art. 8 - Funzioni e Poteri del Consiglio di Amministrazione**
1. L'attività del Consiglio di Amministrazione è collegiale ed allo stesso spettano i seguenti compiti e poteri :
    - 1) approvare lo statuto e le relative modifiche, nonché qualunque altra trasformazione o fusione dell'A.S.P.;

- 2) deliberare acquisizioni ed alienazioni immobiliari ed altri diritti reali sui beni patrimoniale dell'A.S.P.;
  - 3) deliberare la costituzione o partecipazione in organismi di natura pubblica o privata, designando i propri rappresentanti negli stessi;
  - 4) approvare l'inventario del patrimonio mobiliare ed immobiliare dell'A.S.P. e le trasformazioni del patrimonio da indisponibile a disponibile;
  - 5) approvare i regolamenti di organizzazione e di contabilità e le relative modifiche;
  - 6) nominare il Direttore, individuare e assegnare allo stesso le risorse umane, materiali ed economico-finanziarie, necessarie al raggiungimento degli obiettivi assegnati;
  - 7) approvare e monitorare i bilanci e gli atti programmatici previsti nel Regolamento di contabilità;
  - 8) approvare la dotazione organica dell'A.S.P. su proposta del Direttore;
  - 9) verificare l'azione amministrativa e gestionale dell'azienda con particolare riferimento alla rispondenza dei risultati rispetto agli atti di indirizzo politico-amministrativo adottati;
  - 10) nominare l'organo di revisione e stabilire il relativo compenso;
  - 11) disciplinare le condizioni per l'ammissione degli Utenti, nonché i criteri e le modalità di erogazione dei servizi agli stessi, definendone le relative tariffe;
  - 12) convalidare la nomina dei Consiglieri, proporre la decadenza e prendere atto delle dimissioni;
  - 13) esercitare i controlli interni di gestione, strategico e di risultato;
  - 14) individuare le forme di partecipazione e collaborazione con i rappresentanti degli utenti nonché dei loro familiari;
  - 15) accettare donazioni e lasciti in favore dell'A.S.P.;
  - 16) deliberare gli appalti che non rientrano nell'ordinaria amministrazione di funzioni e servizi di competenza del Direttore e dei Dirigenti;
  - 17) deliberare l'assunzione di mutui;
  - 18) nominare, designare e revocare i rappresentanti dell'A.S.P. presso enti, aziende ed istituzioni;
  - 19) stipulare convenzioni, accordi di programma con altre aziende, enti pubblici o privati;
  - 20) attivare vertenze giudiziarie e resistere in giudizio, definire transazioni e conciliazioni nelle materie di competenza del Consiglio di Amministrazione;
  - 21) concedere al Direttore i congedi straordinari retribuiti e le aspettative;
  - 22) autorizzare il Direttore a prestare attività occasionali non incompatibili al di fuori dell'orario di servizio;
  - 23) designare, in caso di assenza o impedimento temporaneo del Direttore, il soggetto che deve esercitare le funzioni vicarie. Tale soggetto è scelto tra il personale dell'A.S.P. in base a quanto stabilito nel regolamento di organizzazione
  - 24) compiere ogni altro atto che non sia espressamente attribuito dal presente Statuto o dal regolamento di organizzazione alla competenza del Presidente e che non rientri nella competenza gestionale del Direttore o di altri responsabili dei servizi.
  - 25) Il Consiglio può delegare il compimento di specifici atti predeterminati al Presidente o ad uno o più consiglieri.
2. Il regolamento di organizzazione dell'A.S.P. può stabilire i termini e le modalità secondo cui il Consiglio di Amministrazione può avvalersi per attività o progetti specifici e predeterminati, di un Comitato Esecutivo composto da n. 3 dei suoi componenti oltre al Presidente, al fine di rendere più funzionale l'attività dell'A.S.P..
3. Agli amministratori dell'A.S.P. si applicano le disposizioni di cui all'articolo 78, comma 2 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267 (Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali).
- Art. 9 - Riunioni del Consiglio di Amministrazione**
1. Il Consiglio di Amministrazione si insedia, dietro convocazione del Presidente uscente, entro 20 giorni dal ricevimento delle nomine.
  2. Nella stessa seduta, presieduta dal Consigliere più anziano di età, il Consiglio convalida la nomina dei consiglieri e prende atto del Presidente e del Vice Presidente nel rispetto delle modalità e dei criteri stabiliti dall'art. 7.

3. Il Consiglio di Amministrazione si riunisce di regola una volta al mese su convocazione del Presidente ovvero quando ne facciano richiesta almeno tre componenti del Consiglio stesso.
4. Il Consiglio si riunisce, in ogni caso, nei termini stabiliti dalla legge per l'esame e l'approvazione dei bilanci e per gli altri atti ad esso demandati.
5. La convocazione è disposta mediante invito scritto, anche a mezzo posta elettronica, indicante data, ora e sede della riunione ed elenco degli argomenti da trattare.
6. L'avviso di convocazione va recapitato almeno tre giorni prima della seduta stessa o almeno 24 ore prima nelle convocazioni di urgenza.
7. In mancanza delle formalità prescritte, il Consiglio di Amministrazione si ritiene regolarmente costituito quando intervengano tutti i suoi componenti.
8. Ciascun Consigliere ha diritto di accesso a tutti gli atti e le informazioni utili all'esercizio del proprio mandato.
9. Il Consiglio di Amministrazione delibera validamente con un quorum costitutivo di almeno quattro componenti e con il voto favorevole della maggioranza dei presenti. Se nel corso dell'adunanza il numero prescritto viene a mancare, il Presidente dichiara deserta la seduta, fatti salvi i provvedimenti eventualmente già adottati.
10. L'astento non conta per il computo del quorum costitutivo.
11. I Componenti del Consiglio debbono astenersi, pena la nullità dell'atto, dal prendere parte alle deliberazioni riguardanti interessi propri o di loro parenti o affini sino al quarto grado. In questo caso i Consiglieri sono obbligati ad allontanarsi dalla sala delle riunioni, facendo menzione nel verbale sia di quando escono che di quando rientrano, e non possono essere computati per la validità della seduta relativa alla discussione di dette questioni.
12. Le deliberazioni relative a:
  1. Approvazione dello statuto e delle relative modifiche, nonché di qualunque altra trasformazione o fusione dell'Ente;
  2. Acquisizioni ed alienazioni immobiliari ed altri diritti reali sui beni patrimoniale dell'A.S.P.;
  3. Costituzione o partecipazione in organismi di natura pubblica o privata, e designazione dei propri rappresentanti negli stessi;
  4. Approvazione dell'inventario del patrimonio mobiliare ed immobiliare dell'A.S.P. e delle trasformazioni del patrimonio da indisponibile a disponibile; sono approvate con la presenza (quorum costitutivo) di tutti i cinque membri del Consiglio e con il voto favorevole (quorum deliberativo) di almeno 4 componenti l'organo di amministrazione, ed esse saranno congruamente motivate in funzione dell'importanza dell'argomento oggetto della deliberazione.
13. In caso di assenza del Presidente assume la Presidenza delle riunioni il Vice-Presidente, o, in assenza anche di quest'ultimo, il Consigliere più anziano di età.
14. Le votazioni vanno effettuate di regola in forma palese. Hanno luogo in forma segreta quando si tratta di questioni concernenti le persone.
15. Ogni proposta di deliberazione sottoposta al Consiglio deve essere corredata da parere in ordine alla regolarità tecnica e contabile da parte del responsabile del servizio competente. In assenza del responsabile del servizio provvede all'espressione dei pareri il Direttore, in relazione alle sue competenze.
16. Il Consiglio può deliberare su argomenti non compresi nell'ordine del giorno se nessuno dei presenti si oppone. In nessun caso il Consiglio di Amministrazione può deliberare sui punti di cui al precedente comma 12 con tali modalità.
17. Le sedute del Consiglio di Amministrazione non sono pubbliche e alle stesse, in ragione degli argomenti trattati, su proposta del Presidente dell'A.S.P., possono essere invitati soggetti esterni.
18. Ad esse partecipa il Direttore dell'A.S.P. con funzioni di consulenza e di verbalizzazione. Egli non esercita diritto di voto ma ha il diritto di far inserire a verbale le proprie dichiarazioni.

#### Art. 10 - Processi verbali delle deliberazioni

1. I processi verbali delle deliberazioni sono stesi dal Direttore, in qualità di Segretario Verbalizzante, e, dopo la loro approvazione a fine seduta "data per letta e sottoscritta", sono firmati dallo stesso e da chi ha presieduto la riunione,

2. Il Direttore ha l'obbligo di astensione nei casi previsti dall'art. 78, c. 2, del D.lgs. 267/2000, ed in questo caso il Consiglio sceglie uno dei suoi membri per l'esercizio delle funzioni di Segretario Verbalizzante o altro soggetto appositamente delegato.

3. Ciascun Consigliere ha diritto che nel verbale si facciano constatare eventuali motivazioni di voto da lui adottate. 4. Le deliberazioni sono pubblicate nei modi e con i termini previsti dalla legislazione vigente e dal Regolamento di organizzazione.

#### Art. 11 - Presidente e Vice Presidente

1. Nella seduta di insediamento il Consiglio di Amministrazione dell'Ente, in base a quanto previsto dal precedente art. 9, prende atto del Presidente e Vicepresidente.

2. Il Presidente è il Legale Rappresentante dell'A.S.P. Casa di Riposo Mosca e la rappresenta di fronte a terzi ed in giudizio.

3. Il Presidente ed il Vice Presidente rimangono in carica per cinque anni decorrenti dalla data di insediamento.

4. Il Presidente è sostituito dal Vice Presidente nei casi di assenza o impedimento temporaneo.

#### Art. 12 - Funzioni del Presidente

1. Spetta al Presidente del Consiglio di Amministrazione:

rappresentare istituzionalmente l'A.S.P., curare i rapporti istituzionali con gli altri soggetti del sistema integrato di interventi e servizi sociali e socio-sanitari, con l'utenza e le relative rappresentanze e con le comunità locali;

dare impulso e promuovere le strategie aziendali;

agire o resistere in giudizio su autorizzazione del Consiglio di Amministrazione;

convocare e presiedere il Consiglio di Amministrazione, determinando l'ordine del giorno delle sedute;

convocare e presiedere la Consulta, determinando l'ordine del giorno delle sedute;

esercitare le funzioni in tutto o in parte delegate dal Consiglio di Amministrazione nei limiti di legge;

adottare gli atti che per necessità ed urgenza non possono essere differiti, salvo ratifica da parte del Consiglio di Amministrazione alla prima adunanza utile.

#### Art. 13 - Consulta

1. Al fine di garantire il mantenimento nella futura A.S.P. delle proprie finalità, salvaguardando l'ispirazione fondativa dell'IPAB da cui deriva, e, soprattutto, al fine di mantenere e consolidare i legami di appartenenza della comunità locale operando per la salvaguardia delle relazioni esistenti con tutti i soggetti attivi che da sempre hanno contribuito e contribuiscono ad arricchire la rete sociale, viene istituita la Consulta, un organo collegiale permanente ed eventuale, costituito dagli enti e dalle associazioni maggiormente rappresentative del territorio eugubino.

2. La Consulta svolge funzioni propulsive e consultive sui provvedimenti di programmazione delle attività svolte dall'A.S.P., secondo le finalità di cui al precedente art. 4.

3. In particolare la Consulta collabora con il Consiglio segnalando situazioni su cui intervenire o segnalando modalità di esercizio dell'attività ritenute coerenti con i bisogni del territorio.

4. Nell'ambito delle funzioni di cui al precedente comma 3, la Consulta può elaborare progetti e formulare proposte al Consiglio di Amministrazione in ordine alle attività e agli interventi oggetto dell'A.S.P..

5. Il Consiglio di Amministrazione, non è vincolato a quanto espresso dalla Consulta, ma in occasione degli incontri periodici, da tenersi presso la sede dell'A.S.P. almeno una volta all'anno o nelle modalità eventualmente concordate, il Presidente della Consulta potrà esprimere le proposte al Consiglio di Amministrazione.

6. La Consulta è, in sede di prima attuazione, costituita da sei membri:

- Un membro designato dal Consiglio Comunale di Gubbio su proposta della maggioranza consiliare;
- Un membro designato dal Consiglio Comunale di Gubbio su proposta della minoranza consiliare;
- Un membro designato dalle Associazioni di categoria comprendente gli Artigiani di Gubbio;
- Un membro designato dalle Associazioni di categoria comprendente i Commercianti di Gubbio;

- Un membro designato dalle Associazioni di categoria comprendente gli Agricoltori di Gubbio;
  - Un membro designato dalla Caritas o associazioni similari.
7. In occasione della prima costituzione della Consulta, i membri suddetti saranno quelli in carica nel Consiglio di Amministrazione uscente dell'ex IPAB. Di tale composizione si prenderà atto nel Verbale di insediamento del nuovo Consiglio di Amministrazione della costituenda A.S.P..
8. La Consulta nomina al proprio interno, tramite votazione ad una preferenza, un Presidente.
9. A sua volta il Presidente è tenuto a nominare un Vice Presidente ed un Segretario.
10. Al Presidente spetta il compito di rappresentare la Consulta nei confronti di terzi e di gestire i rapporti con gli altri organi dell'A.S.P..
11. I componenti della Consulta rimangono in carica fino a designazione di nuovo nominativo da parte degli organi elettori di cui al comma 6.
12. La Consulta provvederà, entro 10 anni, ad adeguare la propria composizione, in forma progressiva, mediante l'inserimento in essa di altri enti e/o associazioni, scelte tra quelle più rappresentative, aventi sedi ed operanti nel territorio, al fine di consentire una rappresentanza dell'intera società civile nel proprio interno. La Consulta terrà un registro aggiornato dei propri componenti che verranno chiamati a farne parte con delle deliberazioni, motivate e prese a maggioranza dei propri componenti, rinviando per la disciplina analitica a successivo Regolamento.
13. Non sussistono cause di incompatibilità tra la nomina a membri della Consulta e quella a componenti del Consiglio di Amministrazione dell'A.S.P., se muniti dei requisiti di eleggibilità previsti dalla legge.
14. In caso di dimissioni, decadenza o morte di un componente della Consulta, il Presidente provvederà ad informare tempestivamente l'organo elettore al fine di acquisire il nominativo del soggetto subentrante.
15. La Consulta è convocata dal suo Presidente, che ne dirige i lavori, ogni qual volta sia ritenuto necessario e su richiesta di almeno 3 componenti l'organismo e, comunque, almeno una volta l'anno. La lettera di convocazione deve essere inviata almeno cinque giorni liberi prima di quello fissato per l'adunanza.
16. In caso di assenza del Presidente le funzioni vengono svolte dal Vice Presidente.
17. Le riunioni della Consulta sono valide qualunque sia il numero dei partecipanti.
18. Di ogni seduta può essere redatto apposito verbale, che dovrà riportare le presenze, i contenuti dell'incontro e le decisioni prese. I processi verbali delle adunanze sono stesi dal Segretario, e, dopo la loro approvazione a fine seduta "data per letta e sottoscritta", sono firmati dallo stesso e da chi ha presieduto la riunione. In caso di assenza del Segretario, il Presidente nomina un suo sostituto. I verbali sono raccolti in ordine cronologico e depositati presso la segreteria dell'Ente.
19. Le sedute della Consulta sono pubbliche. I verbali delle adunanze sono pubblicati sul sito web della Casa di Riposo Mosca.
20. La Consulta è supportata dalla Direzione Amministrativa e Sanitaria dell'Ente e si avvale, in relazione alle materie da trattare, della loro collaborazione.
- Art. 14 - Revisore dei Conti**
1. L'organo di revisione economico-finanziaria è costituito da un solo revisore nominato dal Consiglio di Amministrazione e scelto tra gli iscritti al registro nazionale dei revisori contabili in base ai criteri stabiliti nel regolamento di organizzazione.
2. L'organismo dura in carica cinque anni ed è rieleggibile per una sola volta.
3. L'organo di revisione esercita il controllo sulla regolarità contabile e vigila sulla correttezza della gestione economico-finanziaria dell'A.S.P. e svolge ogni altra funzione prevista dalle normative vigenti, ha diritto di accesso agli atti e documenti dell'A.S.P. ed ai relativi uffici e può partecipare, ove richiesto, alle sedute del Consiglio di Amministrazione ed a quelle della Consulta.
4. Per quanto riguarda le cause di decadenza, le condizioni di incompatibilità e di ineleggibilità, le funzioni e le responsabilità del revisore si rinvia alle disposizioni vigenti ed al regolamento di organizzazione.
5. All'organo di revisione spetta un compenso stabilito dal Consiglio di Amministrazione.

6. Il regolamento di contabilità può attribuire al Revisore contabile ulteriori compiti di verifica e controllo, rispetto a quelli previsti dalla legge, nonché di supporto all'attività degli organi amministrativi dell'Azienda.

7. Il Revisore risponde della veridicità delle sue attestazioni ed adempie al suo dovere con la diligenza del mandatario.

#### Art. 15 - Direttore

1. Il Direttore è la figura dirigenziale apicale dell'A.S.P. ed è responsabile della gestione amministrativa, tecnica, economica e finanziaria della medesima, nei limiti delle risorse, delle direttive e degli obiettivi assegnati dal Consiglio di Amministrazione.

2. Egli è responsabile della correttezza amministrativa nonché dell'efficienza ed efficacia di gestione in relazione alle risorse assegnate ed alle attribuzioni conferite.

3. Al Direttore competono tutti gli adempimenti specificatamente previsti dalle vigenti normative e dal regolamento di organizzazione dell'A.S.P., nonché l'assolvimento degli obblighi derivanti dal disciplinare dell'incarico (contratto di lavoro) in vigore presso l'A.S.P.

4. Il Direttore è nominato, con atto motivato, dal Consiglio di Amministrazione, in relazione alle caratteristiche e all'esperienza professionale e tecnica.

5. Per la nomina di Direttore è necessario essere in possesso dei seguenti requisiti minimi formativi e professionali: a. Diploma di laurea magistrale o laurea del vecchio ordinamento relativa a discipline giuridiche o economiche; b. Esperienza almeno quinquennale di incarichi direttivi, anche come Segretario Direttore di una ex IPAB o Ente Morale, o esperienza quinquennale in posizioni funzionali per l'accesso alla dirigenza (per es. posizioni organizzative o incarichi di alta specializzazione), presso enti, aziende, strutture pubbliche o private, a carattere socio-assistenziale e socio-sanitario.

6. Il Direttore è scelto tra i dipendenti dell'A.S.P. in posizione apicale in possesso delle caratteristiche di cui al comma 5.

7. In caso di assenza nei ruoli dell'A.S.P. di dipendente in possesso di particolare e comprovata qualificazione professionale in grado di assolvere alle relative funzioni, con atto motivato, il Direttore può essere assunto al di fuori della dotazione organica.

8. Il Direttore, ferma restando la sua complessiva responsabilità gestionale, individua i Responsabili degli Uffici e dei Servizi nell'ambito del contingente di personale disponibile.

9. Il Direttore ha un rapporto di lavoro esclusivo con l'A.S.P. e può assumere incarichi di carattere temporaneo o occasionale previa autorizzazione del Consiglio di Amministrazione.

10. Il tipo di contratto, la durata e la retribuzione del Direttore sono stabiliti nel Regolamento di organizzazione nel rispetto dei contratti collettivi di comparto delle aree dirigenziali.

11. La formalizzazione delle funzioni di gestione del Direttore avviene in forma di determinazioni o determine, immediatamente esecutive, da pubblicare nei modi e con i termini previsti dalla legislazione vigente e dal Regolamento di organizzazione.

12. In caso di assenza od impedimento temporaneo del Direttore, il Consiglio di Amministrazione designa chi deve esercitare le funzioni vicarie tra il personale dell'A.S.P., in base a quanto stabilito nel regolamento di organizzazione.

13. L'A.S.P. può avvalersi di un unico Direttore in condivisione con una o più A.S.P. previa stipula di apposita convenzione tra i soggetti interessati.

#### Capo III – Organizzazione e Personale

##### Art. 16 - Principi generali

1. L'attività amministrativa dell'A.S.P. Casa di Riposo Mosca è informata al rispetto dei criteri di efficacia, efficienza, economicità e trasparenza dell'azione amministrativa.

2. L'attività amministrativa dell'A.S.P. è svolta altresì nel rispetto del principio di distinzione tra compiti politici di indirizzo e controllo riservati agli organi di governo, e compiti di gestione riservati al livello tecnico amministrativo.

##### Art. 17 – Personale

1. Il rapporto di lavoro del personale dell'A.S.P. Casa di Riposo Mosca è disciplinato nel rispetto delle normative vigenti.

2. Al personale dipendente dell'A.S.P. Casa di Riposo Mosca, nella more dell'individuazione di autonomo comparto di contrattazione, si continuano ad applicare le disposizioni giuridiche ed economiche del CCNL Comparto Sanità Pubblica nonché del contratto individuale di lavoro in vigore al momento della trasformazione.

4. Le procedure di selezione e di avviamento al lavoro, i requisiti di accesso e le modalità di assunzione agli impieghi presso l'A.S.P. sono disciplinati nell'ambito del regolamento di organizzazione di cui all'art. 18 e nel rispetto della normativa vigente.

5. A tutto il personale dipendente è inibita la possibilità di esercitare altro impiego o professione, nonché ogni altro incarico, senza essere a ciò espressamente autorizzato dal competente organo amministrativo.

#### Art. 18 - Regolamenti

1. Il Consiglio di Amministrazione approva il regolamento di organizzazione e il regolamento di contabilità, acquisti e gestione del patrimonio.

2. Il regolamento di organizzazione disciplina, in particolare:

- l'articolazione ed il funzionamento della struttura organizzativa;
- i requisiti e le modalità di assunzione del personale nel rispetto della normativa vigente;
- le modalità di valutazione interna della gestione tecnica, contabile, amministrativa e di controllo strategico;
- gli eventuali emolumenti e rimborsi spese spettanti agli organi nei limiti stabiliti dalla legge;
- il tipo di contratto, la durata e la retribuzione del Direttore;
- ogni altra funzione organizzativa.

3. Il regolamento di contabilità, acquisti e gestione del patrimonio disciplina, in particolare:

- la formazione ed i contenuti dei documenti contabili, garantendo l'autonomia contabile e finanziaria dell'A.S.P.;
- le procedure di affidamento dei contratti nel rispetto dei principi di trasparenza, di imparzialità, di pubblicità e concorrenza previsti dalle disposizioni, statali e regionali, vigenti in materia di contratti pubblici e in osservanza dei principi desumibili dal diritto comunitario;
- le procedure di affidamento del servizio di tesoreria/cassa e le modalità di svolgimento dello stesso;
- la regolamentazione del servizio di economato;
- le modalità di gestione del patrimonio e dell'inventario.

#### Capo IV - Patrimonio e contabilità

Art. 19 - Patrimonio e mezzi di finanziamento 1. Il patrimonio dell'A.S.P. Casa di Riposo Mosca è costituito da tutti i beni mobili ed immobili di proprietà dell'IPAB Opera Pia Casa di Riposo Mosca e comunque da questa acquisiti nell'esercizio della propria attività anche a seguito di atti di liberalità, come rilevati nell'inventario, nonché da tutti i beni che saranno a vario titolo acquisiti in futuro.

2. I beni mobili ed immobili che l'A.S.P. destina ad un pubblico esercizio, costituiscono patrimonio indisponibile della stessa, e vengono disciplinati nei limiti e nelle condizioni previste dall'art. 828, secondo comma, del codice civile, e dall'art. 13 del D.lgs. n. 207/2001.

3. L'A.S.P. Casa di Riposo Mosca conserva i diritti e gli obblighi anteriori alla trasformazione, subentrando in tutti i rapporti attivi e passivi dell'IPAB Casa di Riposo Mosca dalla quale deriva.

4. L'A.S.P. realizza le finalità e pone in essere le attività di cui al presente statuto con l'utilizzazione diretta del proprio patrimonio e con i proventi derivanti: - dalle rette per la fruizione dei servizi prestati; - dalle rendite del proprio patrimonio, compresi i proventi derivanti dall'esercizio dell'impresa agricola già gestita dalla ex IPAB; - da donazioni e proventi vari non destinati ad incremento del patrimonio;- finanziamenti derivanti da fondi europei; - altre entrate derivanti dall'erogazione di servizi di interesse generale a domanda individuale.

5. L'A.S.P., per il raggiungimento delle proprie finalità, può acquistare, alienare, locare e permutare beni immobili, accettare donazioni e legati ed altre elargizioni, coerenti con i propri scopi e rispondenti allo statuto/tavole di fondazione originari.

6. L'A.S.P. gode, ai sensi dell'art. 4, commi 2 e 7, e dell'art. 5, comma 8 del D. lgs. 207/2001, dei benefici derivanti dalla estensione della disciplina delle erogazioni liberali prevista dall'art. 13 del D.

lgs. 460/1997 (Riordino della disciplina tributaria degli enti non commerciali e delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale) per le organizzazioni non lucrative di utilità sociale e delle agevolazioni previste dall'art. 6 del DPR 917/1986 (Approvazione del testo unico delle imposte sui redditi).

#### Art. 20 - Contabilità

1. L'A.S.P. informa la gestione economico finanziaria e patrimoniale ai principi del codice civile e del proprio regolamento di contabilità', garantendo il pareggio di bilancio.
2. L'A.S.P. adotta il bilancio economico pluriennale di previsione ed il bilancio preventivo economico annuale, relativo all'esercizio successivo.

#### Art. 21- Servizio di Tesoreria/Cassa

1. Il servizio di Tesoreria/Cassa è affidato, previa deliberazione del Consiglio di Amministrazione, a soggetti autorizzati nel rispetto della normativa vigente e del proprio regolamento di contabilità.

#### Art. 22 - Controlli interni

1. L'Azienda, nell'ambito della propria autonomia, si dota di strumenti di controllo "interno", di regolarità amministrativa e contabile, di gestione, di valutazione della dirigenza e di valutazione e controllo strategico.

#### Capo V -Vigilanza e controllo regionale e norma finale

##### Art. 23 - Vigilanza e controllo

1. Fermo restando quanto previsto dalle disposizioni regionali vigenti in materia di verifiche e controlli sulle strutture e sui servizi socio assistenziali e socio sanitari la Regione Umbria esercita le funzioni di vigilanza e controllo sull'A.S.P. Casa di Riposo Mosca.
2. Il controllo si esercita: a) sulle attività, al fine di verificare che lo svolgimento sia conforme alla normativa vigente e alle indicazioni dei piani e dei programmi regionali; b) sui risultati di gestione.
3. L'A.S.P., al fine di consentire lo svolgimento della funzione di controllo, trasmette annualmente alla Regione Umbria:
  - a) il bilancio economico pluriennale di previsione ed il bilancio preventivo economico annuale;
  - b) una relazione sull'andamento della gestione economica e finanziaria e sui risultati raggiunti.
4. La Regione Umbria esercita altresì un controllo preventivo sui seguenti provvedimenti:
  - a) sugli atti di disposizione immobiliare;
  - b) sullo statuto, sui regolamenti e sulle relative modifiche.

##### Art. 24 - Potere sostitutivo

1. Nei casi di accertata e grave violazione di legge, di statuto o di regolamento, o di gravi irregolarità della gestione, nonché di irregolare costituzione o funzionamento degli organi, la Regione Umbria diffida l'A.S.P. a provvedere, in un termine non superiore a sei mesi dal ricevimento della diffida.
2. Decorso inutilmente tale termine e in caso di dissesto economico-finanziario, il Presidente della Giunta regionale, previa motivata deliberazione della Giunta regionale stessa, scioglie gli organi dell'A.S.P. e nomina un commissario ad acta.
3. Nel caso di sopravvenuta impossibilità di raggiungere le finalità statutarie o di esaurimento delle stesse, ove non sia possibile procedere con le modalità di cui al comma 1, il Presidente della Giunta regionale, previa motivata deliberazione della Giunta regionale stessa, dispone l'estinzione dell'A.S.P. e nomina un commissario liquidatore per la liquidazione e la devoluzione del patrimonio, al netto delle passività.
4. In caso di estinzione dell'A.S.P. Casa di Riposo Mosca il patrimonio sarà devoluto, in coerenza con le disposizioni delle tavole di Fondazione, metà alla Curia Vescovile di Gubbio e metà al Comune di Gubbio stesso, con vincolo di destinazione a favore di servizi sociali e/o socio sanitari del territorio comunale.

#### Capo VI - Disposizioni transitorie e finali

##### Art. 25 - Norma transitoria

1. L'A.S.P. Casa di Riposo Mosca dalla data di sua costituzione, conseguente alla trasformazione, conserva i diritti e gli obblighi anteriori alla trasformazione. Essa subentra in tutti i rapporti attivi e passivi della preesistente IPAB.

2. L'attuazione del riordino e della trasformazione non costituisce causa di risoluzione dei rapporti di lavoro con il personale dipendente che, alla data di entrata in vigore della LR 25/2014, abbia in corso un rapporto di lavoro a tempo indeterminato. Il personale dipendente conserva la posizione giuridica, nonché i trattamenti economici in godimento, compresa l'anzianità maturata. I contratti di lavoro a termine sono mantenuti fino alla scadenza.

3. L'A.S.P. può utilizzare le graduatorie dei concorsi e quelle per gli incarichi a tempo determinato vigenti alla data di trasformazione.

4. Gli eventuali concorsi banditi e non ancora conclusi prima della trasformazione non sono revocabili.

5. Il Consiglio di Amministrazione verrà ricostituito nella composizione prevista dal presente Statuto entro il termine massimo di 90 giorni dalla data di effettiva trasformazione dell'IPAB in A.S.P..

6. Fino all'approvazione del Regolamento di organizzazione, nonché di tutti gli altri regolamenti previsti dalla legge, da adottarsi entro 180 giorni dalla trasformazione, rimangono in vigore i regolamenti già approvati dal Consiglio di Amministrazione dell'IPAB Casa di Riposo Mosca e vigenti alla data di trasformazione dell'IPAB in A.S.P.

Art. 26 - Norma finale e di rinvio

1. Le disposizioni del presente statuto entrano in vigore al momento della sua approvazione da parte della Regione Umbria o dalla data con essa concordata. 2. Per quanto non previsto dal presente statuto, si osservano le disposizioni normative vigenti.

## POVERTA' INCLUSIONE SOCIALE

### VENETO

**DGR 6.12.17, n. 2027** - Accordo di collaborazione tra la Regione Veneto e l'Ente strumentale Veneto Lavoro per il rafforzamento della rete dei Servizi Sociali nel contesto delle progettualità nazionali e regionali di promozione dell'inclusione sociale. L.R. n. 3 del 13 marzo 2009. (BUR n. 4 del 9.1.18)

#### Note

#### PREMESSA

La Regione Veneto, al fine di affrontare la profonda e radicata crisi economica e occupazionale, ha avviato già da diversi anni, in attuazione della L.n.328/2000, politiche regionali di inclusione sociale atte a potenziare nei diversi ambiti (lavoro, formazione, assistenza, ecc.), servizi ed interventi finalizzati ad aiutare le persone e le famiglie a far emergere le loro potenzialità, superando così la logica assistenziale.

Nel settore dei servizi sociali, in particolare, sono state promosse significative iniziative al fine di contrastare il disagio sociale e l'emarginazione e alcune di queste sono già capitalizzate nella programmazione regionale (v. per es. progetto Network antitratta Veneto (N.A.Ve) - DGR n. 1390/2016; progetto Reddito d'inclusione attiva (RIA) - DGR n. 2009/2015; DGR n. 1622/2017; Progetto sulla redistribuzione delle eccedenze alimentari - L.R. n. 11/ 2011 - DGR n.1862/2016; DGR 1623/2017; Progetto "DOM.Veneto" Modello di housing first Regione Veneto, in attesa di approvazione da parte dell'Autorità di gestione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali - Avviso 4 del 4 ottobre 2016 del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali).

Al fine di promuovere in Italia l'inclusione sociale delle persone e delle famiglie a rischio di marginalità, è stata approvata in data 15 marzo 2017 la legge delega n. 33 (collegata alla legge di stabilità), che introduce la prima misura nazionale di contrasto alla povertà, denominata Reddito di inclusione (REI). In attuazione di tale legge, in data 15 settembre 2017 è stato adottato il Decreto legislativo n. 147 (G.U. n. 240 del 13.10.2017) recante "Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà". Tale decreto introduce a decorrere dal 1 gennaio 2018, il Reddito di inclusione (REI) che andrà a sostituire il Sostegno per l'inclusione attiva (SIA), di cui all'art. 1, commi 386-388, della L. n. 208/2015.

Tenuto conto della normativa nazionale e regionale sopra citata e delle esigenze che si stanno esprimendo nel territorio, la Regione Veneto ritiene opportuno rivisitare la propria programmazione al fine di superare la frammentazione dei processi, consentendo ai territori di programmare,

unitariamente e contestualmente, le politiche e gli interventi rivolti alle fasce di popolazione in condizione di maggior disagio sociale.

In tale contesto si rende in primo luogo necessario avviare delle azioni di sistema orientate al rafforzamento della rete dei Servizi Sociali nel contesto delle progettualità nazionali e regionali attraverso, in particolare, la costruzione di una piattaforma informatica per il monitoraggio del fenomeno del disagio sociale e per l'implementazione di modelli di valutazione degli esiti degli interventi/progetti di inclusione sociale.

A tale riguardo, sono riportate nell'**Allegato A**, parte integrante ed essenziale del presente atto le azioni di sistema di cui sono stati valutati gli oggetti, l'economicità e i valori delle prestazioni, sia sotto il profilo qualitativo che quantitativo, come da documentazione agli atti della Direzione Servizi Sociali, secondo la seguente quantificazione finanziaria:

1. personale per l'analisi funzionale, progettazione, monitoraggio e valutazione: Euro 100.000,00;
2. sviluppo software; integrazione portale, strumenti di cooperazione e comunicazione: Euro 390.000,00;
3. spese missioni: Euro 10.000,00.

### **IL RUOLO DI VENETO LAVORO**

Le suddette attività saranno svolte all'ente strumentale Veneto Lavoro in quanto, nel rispetto della normativa di riferimento relativa alla istituzione ed al funzionamento del suddetto ente (L.R. n. 31 del 1998 e della L.R. 3 del 2009), esso già assicura lo sviluppo del Sistema informativo Veneto Lavoro e dal 2014 la rete informativa Immigrazione.

Si precisa in particolare, che ai sensi dell'art. 13, comma 2, lett. a e b della L.R. n. 3 del 2009, l'ente strumentale Veneto Lavoro esercita le seguenti funzioni:

*"a) provvede al monitoraggio e all'osservazione del mercato del lavoro e delle politiche del lavoro rapportandosi alle strutture regionali competenti in materia di lavoro;*

*b) collabora con le strutture regionali competenti in materia di lavoro in tema di programmazione, gestione e valutazione degli effetti delle politiche del lavoro".*

Le azioni individuate sono assolutamente in linea con la *ratio* della disciplina normativa sopra citata, in virtù dello stretto collegamento con i sistemi informativi già in uso, finalizzati allo studio del fenomeno del disagio sociale ed economico in Veneto e dell'impatto dei servizi sull'inclusione sociale. Tali azioni, infatti, si inseriscono all'interno di un percorso di sviluppo e di completamento di attività già affidate all'ente Veneto Lavoro e che nel rispetto della programmazione nazionale in materia di inclusione sociale, porterebbero a livello regionale alla gestione coordinata tra politiche sociali e politiche attive del lavoro e ad un monitoraggio costante sull'impatto delle progettualità e degli interventi di contrasto alla povertà nel territorio regionale.

Esse assicurerebbero, inoltre, un vantaggio per la collettività in termini di economicità in quanto, considerata la possibilità di disporre di dati che a seguito di una estrapolazione per ambito verrebbero restituiti a ciascun territorio, permetterebbero di evitare la sovrapposizione di interventi e la frammentazione di iniziative e di risposte, nell'ottica di un sistema di welfare sempre più efficiente.

Quanto alla scelta dello strumento dell'Accordo di collaborazione di cui all'art. 15 della L. n. 241/90 e s.m.i., sussistono i principi di cui all'art. 5, co. 6, lettera a), b) e c) del D.lgs. n. 50/2016 relativamente agli accordi tra enti e amministrazioni aggiudicatrici nell'ambito del settore pubblico.

### **LA DEFINIZIONE DEI COMPITI**

La realizzazione di una cooperazione tra la Regione Veneto e l'ente strumentale Veneto Lavoro si traduce infatti nella definizione di precisi compiti in capo all'uno e all'altro ente, mantenendo presso la Regione il ruolo di coordinamento delle attività nel rispetto dei comuni obiettivi di interesse pubblico, come da schema di accordo di cui all'**Allegato B**, parte integrante ed essenziale del presente atto. Inoltre le linee di azione di cui all'**Allegato A** sopra citato, oltre a rientrare nelle finalità istituzionali dei due enti partecipanti all'Accordo, sono integrate ed interdipendenti tra loro in quanto convergono tutte nella definizione di un unitario intervento che, attraverso l'implementazione operativa di processi e risorse, consente organicità e maggiore efficienza delle singole azioni.

Lo sviluppo di una piattaforma informatica per il monitoraggio del fenomeno del disagio sociale e per l'implementazione di modelli di valutazione degli esiti degli interventi e dei progetti nazionali e regionali quali ad esempio ReI, RIA, progetto sulla redistribuzione delle eccedenze alimentari, si pone in continuità con altre azioni già in essere, con conseguente economicità del servizio. Infine affidare separatamente le rimanenti azioni comporterebbe inevitabilmente un loro maggior costo, dovuto agli aggravamenti procedurali necessari per la loro realizzazione isolata.

#### **LA DISPOSIZIONE**

Viene approvato il progetto di collaborazione tra la Regione Veneto - Direzione Servizi Sociali e l'ente Veneto Lavoro per il rafforzamento della rete dei Servizi sociali nel contesto delle progettualità nazionali e regionali di promozione dell'inclusione sociale di cui all'**Allegato A** nonché il relativo schema di Accordo di cui all'**Allegato B**. In particolare lo schema di Accordo disciplina la divisione dei compiti e delle responsabilità, i tempi e le modalità di svolgimento delle attività, nonché le modalità di erogazione delle risorse da parte della Regione a Veneto Lavoro. L'Accordo ha durata dalla data della sua sottoscrizione fino al 30.09.2019.

All'ente strumentale Veneto Lavoro si chiede:

- di realizzare le attività secondo quanto indicato nell'**Allegato A** e nello schema di accordo di cui all'**Allegato B**;

- di presentare alla Direzione Servizi Sociali della Regione del Veneto, competente per materia, entro 10 giorni dalla data della presente deliberazione, un progetto esecutivo contenente la descrizione dettagliata degli interventi, i costi analitici ed il cronoprogramma di attività, tenendo conto della data di scadenza dell'accordo sopra indicata; il progetto esecutivo sarà approvato con decreto del Direttore della Direzione servizi sociali;

L'ente strumentale Veneto Lavoro nella realizzazione delle attività oggetto del presente atto, è tenuto al rispetto della normativa sugli appalti, sulla pubblicità, sulla trasparenza e sulla privacy (D.lgs. 196/2003).

Le risorse necessarie alla realizzazione delle attività sono erogate a Veneto Lavoro a titolo di rimborso delle spese sostenute e ammontano ad una quota di Euro 500.000,00,

#### **ALLEGATO \_A\_ Progetto di collaborazione tra la Regione del Veneto – Direzione Servizi Sociali e Veneto Lavoro per il rafforzamento della rete dei servizi sociali nel contesto delle progettualità nazionali e regionali di promozione dell'inclusione sociale. Art. 15 della L. n. 241/1990 e art. 5 del D.lgs. n. 50/2016**

Le politiche regionali di inclusione sociale, pur nel rispetto dei diversi contesti organizzativi, sono finalizzate a rafforzare il ruolo di regia del sistema di welfare da parte dei servizi sociali locali e a promuovere interventi sociali sempre più omogenei su tutto il territorio regionale. Ciò anche al fine di contribuire al perseguimento delle finalità previste dalla legge 328/2000.

La strategia regionale si muove lungo le seguenti linee operative:

##### **1. OBIETTIVI**

Al fine di sostenere gli ambiti territoriali per la costruzione e il consolidamento delle reti di contrasto alla povertà, la Regione del Veneto – Direzione Servizi Sociali intende:

fornire agli ambiti territoriali strumenti per la gestione integrata dei servizi degli interventi, finalizzata in particolare a valorizzare le buone prassi esistenti e ad evitare la duplicazione degli interventi, valorizzando tutti quegli strumenti (patti territoriali, accordi interistituzionali) che facilitano la comunicazione tra sistemi;

promuovere l'adozione di un approccio multidimensionale finalizzato alla presa in carico globale del nucleo familiare, integrando gli interventi che si realizzano per il contrasto alla povertà con le prassi e le modalità di intervento positivamente sperimentate nel territorio. Ci si riferisce in particolare agli strumenti di valutazione (SVAMA SVAMDI), alle modalità di integrazione tra sistemi (UVMD) e al coinvolgimento dell'utenza nei processi di presa in carico (progetto PIPPI, Reddito di Inclusione Attivo).

Le Delibere regionali (in materia di UVMD, tutela, affido, ecc.) hanno negli anni contribuito a costruire un approccio multidisciplinare della presa in carico, favorendo l'omogeneità delle prestazioni e dei servizi ai cittadini in tutto il territorio regionale, pur tenendo conto delle peculiarità di ciascun territorio;

□ □ incrementare le competenze degli operatori dei diversi sistemi (sociale, formazione, lavoro, ecc.) relativamente alla capacità di condividere linguaggi e strumenti; nell'utilizzo degli strumenti gestionali, nella capacità di costruire alleanze territoriali anche con partner non convenzionali per il sistema dei servizi sociali (quali le imprese economiche) o del mondo del lavoro (le realtà del volontariato e dell'associazionismo).

## **2. INTERVENTI**

Sono qui di seguito indicate in sintesi le attività che si propone con il presente provvedimento di realizzare con la collaborazione di Veneto Lavoro:

*Costruzione di una piattaforma informatica per il monitoraggio del fenomeno del disagio sociale e per l'implementazione di modelli di valutazione degli esiti degli interventi/progetti di inclusione sociale.*

Al fine di contribuire a rafforzare la *governance* del sistema di *welfare* locale, la Regione Veneto – Direzione Servizi Sociali intende collaborare con Veneto Lavoro per la realizzazione di un progetto finalizzato in particolare alla: implementazione di un sistema di monitoraggio e valutazione degli interventi tra i quali si indicano i seguenti progetti:

1. Reddito d'Inclusione (REI) (questa azione verrà svolta in raccordo con la *task force* istituita dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali);
2. Reddito d'Inclusione attiva (RIA);
3. Progetto sulla redistribuzione delle eccedenze alimentari.

Il sistema di monitoraggio consentirà la verifica sistematica della presa in carico delle persone e delle famiglie e lo studio del fenomeno del disagio sociale ed economico della popolazione veneta attraverso la costruzione di un sistema che renda disponibili le informazioni sul target di popolazione a rischio di povertà e di esclusione sociale, valutando i bisogni e le prestazioni/servizi di cui già beneficia o potrà beneficiare.

Esso dovrà coordinarsi e dialogare con i sistemi informativi a livello nazionale e con gli altri flussi informativi a livello regionale e locale, sia pubblici che del privato sociale (v. per es. flussi informativi della sanità, POR Fesr, Osservatorio Caritas, ecc.), nel rispetto delle norme sulla privacy.

I risultati del sistema di monitoraggio dei servizi e delle politiche consentiranno di disporre di strumenti utili alla programmazione regionale, monitorare il sistema di offerta e valutare gli esiti e l'efficacia dei servizi e degli interventi.

Inoltre la Regione si pone l'obiettivo di raccogliere dei dati che, a seguito di un'estrapolazione per ambito, possano essere restituiti a ciascun territorio. Questo permetterà di disporre di una fotografia delle diverse rappresentazioni territoriali nel tentativo di evitare la sovrapposizione di interventi e la frammentazione di iniziative e di risposte.

Con riferimento alla definizione di un sistema informativo per la raccolta, registrazione e conservazione informatizzata dei dati relativi a ciascuna operazione, è stata sottoscritta una convenzione con la Direzione Generale per le politiche attive, i servizi per il lavoro e la formazione per riutilizzare il Sistema Informativo SIGMA (Sistema Informativo Gestione Monitoraggio Audit). La Regione metterà infine a disposizione il proprio sistema informativo regionale APPROVO e GAFSE (in futuro SIU) insieme al Sistema informativo

Lavoro Veneto (SILV) per la raccolta delle informazioni relative alla parte di attivazione lavorativa finanziate col Fondo Sociale Europeo. Con lo sviluppo del Sistema Informativo relativamente alla misura nazionale di contrasto alla povertà ReI verranno inizialmente definite l'insieme delle procedure e dei processi necessari alla gestione a livello di programmazione e delle funzioni locali garantendo la collaborazione con i sistemi nazionali e locali. Pertanto dovrà necessariamente considerare quanto

già è stato realizzato in ambito regionale e locale valorizzando le applicazioni esistenti anche attraverso pratiche di riuso.

Con la presente deliberazione è richiesto inoltre il supporto di Veneto Lavoro nella fase di raccolta della documentazione relativa alla rendicontazione del Progetto “DOM.Veneto” Modello di *housing first* Regione Veneto (in attesa di approvazione da parte dell’Autorità di gestione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali – Avviso 4 del 4 ottobre 2016 del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali).

### **3. ATTIVITA’**

L’implementazione del progetto prevede le seguenti fasi che qui di seguito sono articolate considerando i compiti in capo a ciascuno delle parti dell’Accordo:

#### **REGIONE VENETO**

La Regione Veneto – Direzione Servizi Sociali:

1. svolge un ruolo di coordinamento delle attività attraverso momenti di confronto con il territorio per rendere effettiva la partecipazione dei portatori di interesse e supportare gli ambiti nelle fasi di attuazione degli interventi;
2. gestisce i rapporti istituzionali ai fini dell’attuazione del ReI e della messa a sistema degli interventi e delle progettualità regionali riferite agli ambiti del (socio-sanitario, lavoro e formazione) nel rispetto della programmazione nazionale e delle leggi nazionali e regionali di riferimento;
3. Finanzia e/o cofinanzia progetti regionali di promozione dell’inclusione sociale e di contrasto alla marginalità tra i quali vi sono quelli oggetto dell’Accordo.

#### **VENETO LAVORO**

##### **1. Ricognizione tecnica e funzionale.**

La fase iniziale consentirà la ricognizione tecnica e funzionale dei sistemi dedicati alla gestione delle politiche sociali a livello regionale e locale con mappatura dei principali processi ed evidenza delle procedure non coperte.

Parallelamente saranno definite le procedure fondamentali relative al ReI che riguardano la gestione delle fasi di:

- analisi preliminare e avvio della procedura di adesione della persona al servizio;
- definizione della equipe multidisciplinare con la presenza del personale proveniente dai servizi per il lavoro, sociale e sanità;
- quadro di analisi e profilatura con definizione della profilatura sociale con esplorazione delle tredimensioni: i bisogni delle persone, i bisogni della famiglia e dei suoi componenti, le risorse che possono essere attivate, i fattori ambientali che possono sostenere questo percorso (rete familiare, reti sociali, disponibilità/accessibilità dei servizi, servizi attivati);
- il rinvio alle politiche: del lavoro tramite utilizzo degli attuali sistemi presenti nel SILV e del sociale attraverso la classificazione di quanto è disponibile e trasferibile con modalità di interoperabilità con i comuni.

##### **2. Sviluppo del sistema di monitoraggio delle politiche.**

La fase di sviluppo del prototipo del sistema di monitoraggio delle politiche sociali dovrà prevedere la formalizzazione delle procedure per la gestione del ReI, specificando le funzionalità relative al monitoraggio dei servizi e l’interoperabilità tra i sistemi nazionali e locali condividendone la struttura con i principali attori. Dovrà essere previsto l’avvio della acquisizione tramite procedure di evidenza pubblica valutando anche le opportunità di riuso in ambito pubblico.

La progettazione del sistema dovrà prevedere un’attività di verifica affinché, attraverso la conoscenza e la valorizzazione delle attività di monitoraggio realizzate a livello centrale (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali – Alleanza contro la Povertà) e territoriale (Anci, ecc.), non si duplichino le rilevazioni ed i monitoraggi e contemporaneamente si attualizzino e si rendano fruibili i risultati, anche in termini di ricerca di soluzione delle eventuali criticità riscontrate.

Le attività di monitoraggio potranno essere integrate da una valutazione dell’impatto del ReI sul territorio e della capacità degli ambiti di farsi carico delle situazioni di povertà assoluta, anche per quelle non precedentemente conosciute dai servizi.

Parallelamente alle azioni relative allo sviluppo dei sistemi sarà necessario progettare e pianificare azioni a sostegno del personale coinvolto nelle politiche sociali.

□□azioni di formazione continua per tutto il personale che dovrà operare nell'ambito della équipe multidisciplinare (lavoro, sociale, sanità), al fine di poter avviare in modo agevole la fase di test e messa a regime delle funzionalità del ReI;

□□modalità e strumenti di collaborazione (forum tematici, piattaforma di comunicazione e/o interventi in presenza) al fine di supportare l'armonizzazione degli strumenti predisposti dal gruppo tecnico nazionale di strumentazione ReI e dei metodi utilizzati ed un confronto tra gli ambiti territoriali in merito alla soluzione di problemi di carattere gestionale.

Le risorse previste per questa fase riguardano competenze specialistiche per l'analisi funzionale e tecnica, laprogettazione e gestione dei percorsi di formazione, la progettazione delle metodologie per la gestione cooperativa.

3. Monitoraggio e valutazione dei progetti.

Per i progetti (1) ReI Reddito d'inclusione (2) RIA (3) Progetto sulla redistribuzione delle eccedenze alimentari.

Le risorse previste per questa fase riguardano competenze specialistiche per il monitoraggio e valutazione di progetti complessi.

4. Budget e programma

Di seguito il dettaglio dei costi relativi al progetto, tenendo conto della possibilità di variare gli importi previsti in relazione alle esigenze concrete che dovessero emergere in sede di attuazione, fermo il massimale annuale previsto dall'impegno di spesa.

**Voce di**

**spesa**

**Descrizione Previsioni di spesa**

**Totale Totale**

**2017 2018 2019**

Personale

Esperto analisi funzionale

-

30.000 -

100.000

30.000

Esperto progettazione e gestione formazione

-

30.000 - 30.000

Esperto gestione cooperazione tra utenti

-

10.000 - 10.000

Monitoraggio e Valutazione Progetti

-

20.000

10.000 30.000

Acquisizione

Servizi

Sviluppo software

-

250.000

80.000

390.000

330.000

Integrazione Portale strumenti di cooperazione e

comunicazione -

30.000

30.000 60.000

Missioni

Spese

-

5.000

5.000 10.000 10.000

TOTALE -

375.000

125.000 500.000 500.000

**Piano di Lavoro 2017 2018 2019**

4^trim 1^trim 2^trim 3^trim 4^trim 1^trim 2^trim 3^trim 4^trim

**Ricognizione tecnica e funzionale**

**Sviluppo del sistema e monitoraggio**

**Ricognizione tecnica e funzionale**

**Analisi e implementazione**

**Monitoraggio**

**Progetto REI**

**Progetto RIA**

**Progetto Eccedenze Alimentari**

**Rendicontazione**

**Progetto DOM. Veneto**

**Comunicazione**

**Seminari e convegni**

**ALLEGATO B SCHEMA DI ACCORDO DI COLLABORAZIONE TRA REGIONE DEL VENETO -**

**DIREZIONE SERVIZI SOCIALI E VENETO LAVORO 2017-2019**

**Progetto di collaborazione per il rafforzamento della rete dei servizi sociali nel contesto delle progettualità nazionali e regionali di promozione dell'inclusione sociale. Art. 15 della L. n. 241/1990 e**

**art. 5 del D.lgs. n. 50/2016**

**TRA**

La Regione del Veneto, con sede in Venezia, Palazzo balbi, Dorsoduro 3901, codice fiscale 80007580279,

rappresentata da ..... nato a

.....

il ..... e domiciliato ai fini della presente convenzione presso la citata sede della Giunta regionale, il

quale agisce in quest'atto nella sua veste di ....., in attuazione della D.G.R. n

.....

del .....

**E**

l'Ente Veneto Lavoro, con sede legale in Venezia-Mestre, Via Ca' Marcello n. 67/b, C.F. e P.IVA

0318013274, in persona di ....., nato a ..... il

.....

e domiciliato ai fini della presente convenzione presso la sede suddetta, il quale agisce in quest'atto in qualità

di ..... e pertanto al presente atto autorizzato.

**PREMESSO CHE**

Le politiche regionali di inclusione sociale, pur nel rispetto dei diversi contesti organizzativi, sono finalizzate a rafforzare il ruolo di regia del sistema di welfare da parte dei servizi sociali locali e a promuovere interventi sociali sempre più omogenei su tutto il territorio regionale. Ciò anche al fine di contribuire al perseguimento delle finalità previste dalla legge 328/2000. Le attività che si intendono realizzare e che prevedono la collaborazione di Veneto Lavoro riguardano in particolare la costruzione di una piattaforma informatica per il monitoraggio del fenomeno del disagio sociale e per l'implementazione dei modelli di valutazione degli esiti degli interventi/progetti di inclusione sociale. A tale riguardo, al fine di contribuire a rafforzare la governance del sistema di welfare locale, la Regione Veneto intende collaborare con Veneto Lavoro per la realizzazione di un progetto finalizzato in particolare all'implementazione di un sistema di monitoraggio e valutazione degli interventi tra i quali si indicano i seguenti progetti:

1. Reddito d'Inclusione (ReI) (questa azione verrà svolta in raccordo con la *task force* istituita dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali);
2. Reddito d'Inclusione attiva (RIA);
3. Progetto sulla redistribuzione delle eccedenze alimentari;

Il sistema di monitoraggio consentirà la verifica sistematica della presa in carico delle persone e delle famiglie e lo studio del fenomeno del disagio sociale ed economico della popolazione veneta attraverso la costruzione di un sistema che renda disponibili le informazioni sul target di popolazione a rischio di povertà e di esclusione sociale, valutando i bisogni e le prestazioni/servizi di cui già beneficia o potrà beneficiare.

Esso dovrà coordinarsi e dialogare con i sistemi informativi a livello nazionale e con gli altri flussi informativi a livello regionale e locale, sia pubblici che del privato sociale (v. per es. flussi informativi della sanità, POR Fesr, Osservatorio Caritas, ecc.), nel rispetto delle norme sulla privacy. I risultati del sistema di monitoraggio dei servizi e delle politiche consentiranno di disporre di strumenti utili alla programmazione regionale, monitorare il sistema di offerta e valutare gli esiti e l'efficacia dei servizi e degli interventi.

Inoltre la Regione si pone l'obiettivo di raccogliere dei dati che, a seguito di un'estrapolazione per ambito, possano essere restituiti a ciascun territorio. Questo permetterà di disporre di una fotografia delle diverse rappresentazioni territoriali nel tentativo di evitare la sovrapposizione di interventi e la frammentazione di iniziative e di risposte.

Con riferimento alla definizione di un sistema informativo per la raccolta, registrazione e conservazione informatizzata dei dati relativi a ciascuna operazione, è stata sottoscritta una convenzione con la Direzione Generale per le politiche attive, i servizi per il lavoro e la formazione per riutilizzare il Sistema Informativo SIGMA (Sistema Informativo Gestione Monitoraggio Audit). La Regione metterà infine a disposizione il proprio sistema informativo regionale APPROVO e GAFSE (in futuro SIU) insieme al Sistema informativo Lavoro Veneto (SILV) per la raccolta delle informazioni relative alla parte di attivazione lavorativa finanziate col Fondo Sociale Europeo.

Con lo sviluppo del Sistema Informativo relativamente alla misura nazionale di contrasto alla povertà ReI verranno inizialmente definite l'insieme delle procedure e dei processi necessari alla gestione a livello di programmazione e delle funzioni locali garantendo la collaborazione con i sistemi nazionali e locali. Pertanto dovrà necessariamente considerare quanto già è stato realizzato in ambito regionale e locale valorizzando le applicazioni esistenti anche attraverso pratiche di riuso.

Con la presente deliberazione è richiesto inoltre il supporto di Veneto Lavoro nella fase di raccolta della documentazione relativa alla rendicontazione del Progetto "DOM.Veneto" Modello di *housing first* Regione Veneto (in attesa di approvazione da parte dell'Autorità di gestione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali – Avviso 4 del 4 ottobre 2016 del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali).

Il progetto prevede lo svolgimento delle seguenti attività che sono suddivise considerando i compiti in capo a ciascuno degli enti partecipanti:

**REGIONE VENETO**

La Regione veneto – Direzione Servizi Sociali:

1. svolge un ruolo di coordinamento delle attività attraverso momenti di confronto con il territorio per rendere effettiva la partecipazione dei portatori di interesse e supportare gli ambiti nelle fasi di attuazione di questo intervento;
2. gestisce i rapporti istituzionali ai fini dell'attuazione del REI e della messa a sistema degli interventi delle progettualità regionali riferite agli ambiti del (socio-sanitario, lavoro e formazione) nel rispetto della programmazione nazionale e delle leggi nazionali e regionali di riferimento;
3. finanzia e/o cofinanzia progetti regionali di promozione dell'inclusione sociale e di contrasto alla marginalità tra i quali vi sono quelli oggetto dell'Accordo.

#### VENETO LAVORO

1. Ricognizione tecnica e funzionale.
2. Sviluppo del sistema di monitoraggio delle politiche.
3. Monitoraggio e valutazione dei progetti.
4. Budget e programma di lavoro.

#### Voce di

#### spesa

#### Descrizione Previsioni di spesa

#### Totale Totale

#### 2017 2018 2019

Personale

Esperto analisi funzionale

-

30.000 -

100.000

30.000

Esperto progettazione e gestione formazione

-

30.000 - 30.000

Esperto gestione cooperazione tra utenti

-

10.000 - 10.000

Monitoraggio e Valutazione Progetti

-

20.000

10.000 30.000

Acquisizione

Servizi

Sviluppo software

-

250.000

80.000

390.000

330.000

Integrazione Portale strumenti di cooperazione e comunicazione -

30.000

30.000 60.000

Missioni

Spese

-

5.000

5.000 10.000 10.000

TOTALE -

375.000

125.000 500.000 500.000

**Piano di Lavoro** 2017 2018 2019

4^trim 1^trim 2^trim 3^trim 4^trim 1^trim 2^trim 3^trim 4^trim

**Ricognizione tecnica e funzionale**

**Sviluppo del sistema e monitoraggio**

**Ricognizione tecnica e funzionale**

**Analisi e implementazione**

**Monitoraggio**

**Progetto REI**

**Progetto RIA**

**Progetto Eccedenze Alimentari**

**Rendicontazione**

**Progetto DOM. Veneto**

**Comunicazione**

**Seminari e convegni**

**Coordinamento Amministrazione e**

**Rendicontazione**

**LE PARTI CONVENGONO QUANTO SEGUE**

**Art. 1 - Premesse**

Le premesse di cui sopra, gli atti e i documenti richiamati nelle medesime premesse e nella restante parte del presente atto, ancorché non materialmente allegati costituiscono parte integrante e sostanziale del presente atto.

**Art. 2 - Oggetto**

La Regione Veneto – Direzione Servizi Sociali e l’Ente Veneto Lavoro si impegnano a svolgere le attività così come riportate in premessa. L’Ente Veneto Lavoro si impegna a svolgere le attività nel rispetto dei tempi e delle modalità di realizzazione previste nel Progetto Esecutivo, depositato agli atti della Direzione Servizi Sociali.

**Art. 3 – Obblighi**

Le attività dovranno essere svolte in collaborazione con i competenti uffici della Regione del Veneto – Direzione Servizi Sociali.

La Regione del Veneto – Direzione Servizi Sociali e Veneto Lavoro identificheranno, in funzione delle attività indicate all’art. 2, le iniziative che verranno di volta in volta realizzate operativamente dalla Regione Veneto e da Veneto Lavoro scegliendo le opportune modalità e procedure.

Con la stipula del seguente Accordo di collaborazione Veneto Lavoro si obbliga irrevocabilmente nei confronti della Regione del Veneto a fornire le attività con le caratteristiche previste nel progetto Esecutivo.

La Regione del Veneto – Direzione Servizi Sociali potrà effettuare in ogni momento la verifica tecnica ed amministrativa delle iniziative realizzate da Veneto Lavoro che, per la realizzazione delle stesse, utilizzerà le proprie strutture tecnico-operative, con una unità appositamente dedicata al loro coordinamento e, laddove necessario, di altre professionalità di supporto.

Veneto Lavoro inoltre si impegna a rispettare nella realizzazione del presente progetto la vigente legislazione comunitaria, nazionale e regionale, a rispettare la normativa sugli appalti, sulla pubblicità, sulla trasparenza, sulla privacy nonché della normativa nazionale in materia di accessibilità degli strumenti informatici prevista dalla L. n. 4/2004 con i requisiti tecnici indicati dal DM 8 luglio 200, Allegato A “Requisiti tecnici e i diversi livelli per l’accessibilità degli strumenti informatici” così come sostenuto dall’art. 1, comma 1 del DM 20 marzo 2013 8GU del 6 settembre 2013.

**Art. 4 – Durata dell’Accordo di collaborazione**

La Regione del Veneto – Direzione Servizi Sociali e Veneto lavoro stabiliscono concordemente di dare avvio alle attività dalla data di sottoscrizione del presente accordo alla data del 30 settembre 2019.

#### **Art. 5 – Risorse e modalità di erogazione del compenso**

Per la realizzazione del presente Accordo di collaborazione, finalizzato alla realizzazione delle attività di cui all'art. 2, la Regione del Veneto – Direzione Servizi Sociali corrisponderà a Veneto Lavoro, a rimborso delle

spese sostenute, la somma di Euro 500.000,00 (cinquecentomila/00) che sarà liquidata in base alle modalità stabilite dal presente articolo.

Le attività di cui al presente Accordo non sono finanziate con il contributo ordinario concesso a Veneto Lavoro dalla Regione del Veneto né godono di ulteriori finanziamenti. Veneto Lavoro contribuirà al migliore conseguimento delle finalità di cui al presente Accordo, mettendo a disposizione proprie risorse umane, strumentali ed organizzative.

Detto importo si deve intendere onnicomprensivo di tutte le attività indicate, nonché di ogni qualsivoglia ulteriore onere, diretto o indiretto.

L'importo di cui al comma 1 sarà corrisposto dalla Regione Veneto – Direzione Servizi Sociali a Veneto

Lavoro tramite liquidazioni trimestrali sulla base della presentazione di idonea documentazione contabile, corredata da una relazione descrittiva delle attività svolte e dei relativi costi sostenuti, specificando in particolare il numero di risorse impiegate e di ciascuna, il livello professionale, l'impegno lavorativo espresso in ore/persona e i relativi costi. In particolare dovranno essere disposti piani di attività dettagliati e dovranno essere disposti un sistema contabile separato e una codificazione appropriata dei costi correlati alla contabilità generale. Al fine di valutarne l'ammissibilità, tutti i costi devono essere documentati, trasparenti e suddivisi per voci, nel rispetto dei criteri di pertinenza, congruità e coerenza, così come previsto per la rendicontazione a costo reale. I provvedimenti necessari per dare attuazione alla presente deliberazione, ivi compresi l'assunzione del relativo impegno di spesa e la sottoscrizione dell'Accordo con Veneto lavoro, saranno di competenza del direttore della Direzione Servizi Sociali, incaricato dell'esecuzione del presente atto. Le attività di cui al presente Accordo non sono soggette ad IVA in quanto riferite ai soli costi reali sostenuti da Veneto lavoro e rimborsati dalla Regione del Veneto, che non integrano gli estremi di attività imprenditoriale, ai sensi del DPR n. 633/72.

#### **Art. 6 – Comunicazione**

Veneto Lavoro dovrà presentare una relazione semestrale di monitoraggio sull'attività svolta e una relazione sui risultati finali.

Dovrà inoltre garantire la comunicazione degli interventi attivati al fine di trasferire e diffondere le migliori pratiche e di assicurare la condivisione territoriale delle esperienze progettuali.

Le Parti si impegnano a tenersi costantemente e reciprocamente informati su tutto abbia diretta o indiretta relazione con l'attuazione degli impegni derivanti dal presente Accordo. Esse sono inoltre tenute reciprocamente a mettere a disposizione tutti i dati, le informazioni e i documenti relativi alla realizzazione delle attività al fine della valutazione dei risultati ottenuti.

#### **Art. 7 – Tracciabilità dei flussi finanziari**

Veneto Lavoro assume gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della L. n. 136 del 13.8.2010; conseguentemente rimane stabilito che tutti i pagamenti saranno accreditati (e quindi i flussi finanziari relativi alla presente convenzione rintracciabili) presso l'istituto bancario intestato a Veneto

Lavoro, il cui mancato utilizzo determinerà la risoluzione di diritto del presente Accordo. Veneto Lavoro è tenuto a comunicare alla Regione del Veneto – Direzione Servizi Sociali:

1. Le generalità ed il codice fiscale delle persone delegate ad operare sul conto;
2. Ogni eventuale ed ulteriore modifica relativa ai dati trasmessi.

La causale dei documenti contabili emessi da Veneto Lavoro, sia a titolo di acconto che di saldo, deve riportare il riferimento al "progetto di cooperazione per il rafforzamento della rete dei servizi sociali".

**Art. 8 – Inadempienze e decurtazioni**

La Regione del Veneto si riserva il diritto di verificare in ogni momento l'adeguatezza delle attività prestate da Veneto Lavoro. In caso di esecuzione irregolare delle attività, mancato rispetto delle disposizioni contenute nel presente atto o di prestazioni di attività insufficienti, l'Amministrazione fisserà un congruo termine entro il quale Veneto Lavoro dovrà adempiere a quanto necessario per il rispetto delle norme del

presente atto e valuterà l'applicabilità di eventuali decurtazioni al contributo, in relazione alla gravità di quanto eventualmente accertato in sede di verifica rendicontale.

**Art. 9 – Modifiche ed Integrazioni**

Il presente Accordo di collaborazione costituisce la manifestazione integrale delle intese raggiunte e potrà essere modificata o integrata esclusivamente per atto scritto.

**Art. 10 – Recesso Unilaterale**

La Regione Veneto si riserva, altresì, la facoltà di risolvere di diritto il presente Accordo al verificarsi di circostanze che rendano non opportuna la sua prosecuzione. Il provvedimento di risoluzione sarà oggetto di notifica secondo le vigenti disposizioni di legge. In tal caso Veneto Lavoro ha diritto al pagamento di un corrispettivo commisurato alla parte delle attività prestate, escluso ogni risarcimento o indennizzo.

**Art. 11 – Trattamento dei dati**

I dati forniti saranno trattati dall'Amministrazione regionale per le finalità connesse all'espletamento dell'Accordo di collaborazione. Il trattamento dei dati verrà effettuato dall'Amministrazione regionale in modo da garantirne la sicurezza e la riservatezza e potrà essere attestato mediante strumenti manuali e informatici idonei a trattarli nel rispetto delle regole di sicurezza previste dalla legge.

Acquisite le sopra riportate informazioni con la sottoscrizione dell'Accordo di collaborazione, Veneto Lavoro acconsente espressamente al trattamento dei dati personali come sopra indicato

Tutti i documenti ed i dati prodotti nell'ambito delle attività oggetto dell'Accordo di collaborazione sono di proprietà della Regione Veneto. Veneto Lavoro deve mantenere riservata e non deve divulgare a terzi, ovvero impiegare in modo diverso da quello occorrente per realizzare l'oggetto dell'Accordo, qualsiasi informazione relativa a qualsivoglia attività contemplata nella stessa che non sia resa nota direttamente dall'Amministrazione regionale.

Veneto Lavoro si impegna a rispettare tutti i principi contenuti nelle normative vigenti, relativi al trattamento dei dati personali e a garantire che le informazioni personali, patrimoniali, statistiche, anagrafiche e/o di qualunque altro genere, di cui verrà a conoscenza in conseguenza ai servizi stessi, in qualsiasi modo acquisite, vengano considerate riservate e come tali trattate, pur assicurando nel contempo la trasparenza delle attività svolte.

Veneto Lavoro si impegna formalmente a dare istruzioni al personale incaricato affinché tutti i dati e le informazioni vengano trattate nel rispetto della normativa di riferimento, si impegna inoltre ad utilizzare i dati e le informazioni di cui sopra esclusivamente ai fini e nell'ambito delle attività previste dal presente Accordo di collaborazione.

**Art. 12 – Controversie**

In caso di controversie in ordine all'applicazione delle clausole contenute nel presente Accordo, le parti si impegnano alla composizione amichevole delle stesse. In caso di esito negativo, per ogni eventuale controversia è competente il Foro di Venezia.

**Art. 13 – Documento unico di valutazione dei rischi (DUVRI)**

Le parti dichiarano che il rapporto che si porrà in essere non è soggetto ad interferenze per cui non si procederà a produrre il Documento Unico di Valutazione dei Rischi da Interferenze (D.U.V.R.I.) così come previsto dall'art. 26 del D.lgs. n. 81 del 2008 e s.m.i.

**Art. 14 – Forma**

Il presente Accordo di collaborazione è sottoscritto con firma digitale, ai sensi dell'art. 24 del D.lgs. 7 marzo 2005, n. 82.

**Art. 15 – Disposizioni finali**

Le parti convengono che il presente Accordo di collaborazione venga registrato solo in caso d'uso ai sensi dell'art. 5, comma 2, del DPR 26 novembre 1986, n. 131.

Per tutto quanto non espressamente regolato dall'Accordo di sono applicabili le disposizioni del Codice Civile e le altre leggi e regolamenti vigenti in materia, in quanto applicabili.

Il presente Accordo di collaborazione redatto in numero 6 fogli e composto di 15 articoli è stato letto, approvato specificatamente articolo per articolo con le premesse e sottoscritto dalle parti.

Venezia, lì.....

Per la Regione Veneto Per Veneto Lavoro

.....  
(con firma digitale) (con firma digitale)

|                        |
|------------------------|
| <b>PRIVATO SOCIALE</b> |
|------------------------|

## LOMBARDIA

**DGR 18.12.17 - n. X/7534** - Approvazione della scheda tipo relativa all'iniziativa FRISL 2018-2019 «Interventi strutturali negli oratori lombardi» ai sensi della l.r. 33/1991. (BUR n. 1 del 5.1.18). (BUR n. 1 del 5.1.18).

### Note

Vien3e approvata la «Scheda tipo» di cui all'Allegato A) parte integrante e sostanziale della presente delibera relativa all'iniziativa FRISL 2018- 2019 AB) «Interventi strutturali negli oratori Lombardi».

## ALLEGATO 1

SCHEDA TIPO INIZIATIVA F.R.I.S.L. 2018/2019 AB) INTERVENTI STRUTTURALI NEGLI ORATORI LOMBARDI

Elementi dell'iniziativa

DESCRIZIONE TITOLO

**FRISL 2018/2019 Scheda iniziativa AB) "Interventi strutturali negli oratori Lombardi"**  
OBIETTIVO ED INDICATORI DI EFFICACIA

Promuovere e sostenere iniziative a favore delle Parrocchie mediante azioni di sostegno e valorizzazione della funzione sociale ed educativa svolta negli oratori, attraverso progetti che riguardino;

1) La realizzazione di nuove strutture a servizio delle attività degli oratori, compresi gli impianti tecnologici;

2) Il miglioramento dell'accessibilità e della fruibilità delle strutture esistenti attraverso la ristrutturazione, il recupero conservativo, l'abbattimento delle barriere architettoniche e la messa a norma degli impianti nelle strutture esistenti negli oratori, compresi gli impianti tecnologici.

Indicatori di efficacia: domande ammesse/presentate

SOGGETTI BENEFICIARI

Parrocchie

DOTAZIONE FINANZIARIA

€ 2.500.000,00 sul 2018.

€ 2.500.000,00 sul 2019

**D.d.u.o. 21 dicembre 2017 - n. 16714** Determinazioni relative all'elenco degli enti del terzo settore che operano nell'ambito della promozione e dello sviluppo di azioni per migliorare la qualità della vita e l'inclusione sociale delle persone sottoposte a terapia oncologica chemioterapica di cui alla d.g.r. n. 6614/2017 e relativo d.d.g. 9906/2017.(BUR n. 1 del 5.1.18)

### Note

Viene preso atto dei verbali del 7-15-21 novembre 2017 rassegnati dal gruppo di valutazione istituito con decreto n. 9906/2017.

Viene costituito l'elenco regionale degli Enti del terzo settore per interventi per la qualità della vita e l'inclusione sociale delle persone sottoposte a terapia oncologica chemioterapica, come riportato nell'allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento (a cui si fa rinvio

**DGR 28.12.17 - n. X/7657** - Approvazione dell'accordo di servizio con Unioncamere Lombardia per la gestione dell'albo regionale delle cooperative sociali, consorzi e organismi analoghi, in capo al sistema camerale lombardo ai sensi della l.r. 36/2015(BUR n. 2 dell'8.1.18)

**Note**

**INTRODUZIONE NORMATIVA**

Legge regionale 14 febbraio 2008, n. 1 «Testo unico delle leggi regionali in materia di volontariato, cooperazione sociale, associazionismo e società di mutuo soccorso»;

Legge regionale 19 febbraio 2014, n. 11 «Impresa Lombardia: per la libertà di impresa, il lavoro e la competitività» e, in particolare, l'art. 6, comma 6 che disciplina la Comunicazione Unica Regionale, quale nuovo strumento semplificato di iscrizione agli albi regionali, in grado di sgravare gli imprenditori dall'onere di ripetere l'esibizione di atti amministrativi che li riguardano;

Legge regionale 8 luglio 2014, n. 19 «Disposizioni per la razionalizzazione di interventi regionali negli ambiti istituzionale, economico, sanitario e territoriale» con la quale è stato disposto il trasferimento delle funzioni di gestione, monitoraggio e controllo dell'Albo regionale delle Cooperative sociali, consorzi e organismi analoghi, dalle Province alle Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura;

Legge regionale 6 novembre 2015, n. 36 «Nuove norme per la cooperazione in Lombardia. Abrogazione della legge regionale 18 novembre 2003, n. 21» e in particolare l'art. 4 «Albo Regionale delle cooperative sociali»;

R.R. 17 marzo 2015, n. 1 «Regolamento Albo regionale delle cooperative sociali, consorzi e organismi analoghi, ai sensi dell'art. 27 della l.r. n. 1/2008» avente ad oggetto la disciplina dell'Albo regionale;

DGR n. X/3460 «Determinazioni in ordine alle procedure di iscrizione all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali, Consorzi e Organismi analoghi, in attuazione del Regolamento regionale 17 marzo 2015, n. 1» con cui si approva il modello di Comunicazione Unica finalizzato all'iscrizione e mantenimento dei requisiti dell'Albo regionale;

L'art. 9 del Regolamento regionale n.1/2015 che prevede l'esercizio delle attività di controllo da parte delle Camere di Commercio su base campionaria, secondo le percentuali minime e le modalità stabilite dalla Giunta Regionale, sia per la verifica dell'effettivo possesso dei requisiti sia per il mantenimento dell'iscrizione all'Albo regionale da parte delle cooperative sociali;

DGR n. 3705 del 12 giugno 2015 «Determinazioni in ordine all'albo regionale delle cooperative sociali: approvazione schema di accordo di servizio con Unioncamere Lombardia per la gestione dell'albo regionale delle cooperative sociali e dei criteri per le procedure di accertamento e controlli da parte delle camere di commercio» con il quale è stato approvato l'accordo di servizio con Unioncamere Lombardia per la gestione dell'albo regionale delle cooperative sociali.

**PREMESSA**

Al fine di gestire le azioni contenute nell'Accordo e mantenere l'omogeneità di gestione dell'Albo, è stato istituito un apposito gruppo di lavoro, ai sensi dell'art.6 dell'Accordo di servizio, composto da funzionari regionali e camerale con il compito di monitorare la gestione del servizio come previsto dagli indicatori.

Nel periodo 2015 – 2017 sono state presentate n.5337 comunicazioni regionali per l'iscrizione all'albo delle cooperative sociali con tempi medi di evasione non superiori a 5 giorni da parte degli uffici competenti del sistema camerale.

Le modalità di iscrizione all'Albo attraverso la Comunicazione Unica regionale hanno rappresentato un rilevante vantaggio per le imprese in termini di semplificazione, sia di costi che di procedura.

Le modalità di gestione dell'Albo da parte del sistema camerale hanno favorito la piena digitalizzazione del relativo procedimento amministrativo, la riduzione dei tempi di istruttoria e di evasione della pratica, la standardizzazione del processo.

E' stata completata la fase sperimentale di gestione dell'Albo secondo le modalità di cui all'art. 4 dell'accordo di servizio di cui alla d.g.r. n. 3705/2015.

#### LA DISPOSIZIONE

Viene approvato l'accordo di servizio con Unioncamere Lombardia per la gestione dell'Albo regionale delle cooperative sociali, consorzi e organismi analoghi, in capo al sistema camerale lombardo ai sensi della l.r. 36/2015, di cui all'allegato 1) al presente provvedimento che costituisce parte integrante e sostanziale;

#### SCHEMA DI ACCORDO DI SERVIZIO

#### PER LA GESTIONE DELL'ALBO REGIONALE DELLE COOPERATIVE SOCIALI, CONSORZI E ORGANISMI ANALOGHI, IN CAPO AL SISTEMA CAMERALE LOMBARDO

Anno ..... Mese ..... Giorno .....

TRA

Unioncamere Lombardia, con sede in Milano, Via Ercole Oldofredi 23, in persona del Direttore Operativo Enzo Rodeschini, giusta delega...

E

Regione Lombardia, rappresentata dal Direttore Generale della Direzione Generale Sviluppo Economico, Danilo Maiocchi, giusta delega...

#### PREMESSO CHE

- la L.R. 14/02/2008, n. 1 art. 27 - "Testo unico delle leggi regionali in materia di volontariato, cooperazione sociale, associazionismo e società di mutuo soccorso" prevede l'istituzione dell'albo regionale delle coop sociali con gestione in capo alle Province.

- la legge regionale n.11/2014 art.6 c.6 prevede che tutti i procedimenti disciplinati da norme regionali finalizzati all'iscrizione ad albi o registri comunque denominati sono sostituiti da una Comunicazione Unica Regionale;

- la legge regionale n. 19/2014 art.12 ha trasferito la competenza della gestione dell'Albo regionale dalle Province alle Camere di commercio;

- la legge regionale n. 36/2014 art. 5 "Legge di stabilità 2015" prevede il trasferimento delle funzioni relative alla gestione dell'albo regionale delle cooperative sociali e dei loro consorzi alle Camere di Commercio;

- il Regolamento n. 1 Albo regionale delle cooperative sociali, consorzi e organismi analoghi, ai sensi dell'art. 27 della l.r. n. 1/2008 approvato con delibera di Giunta del 17 marzo 2015 definisce le modalità di gestione e funzionamento dell'Albo e l'utilizzo della Comunicazione Unica Regionale;

- la delibera n. 3460 del 24/04/2015 che approva, in attuazione del Regolamento Regionale n.1 del 17 marzo 2015, il modello di Comunicazione Unica Regionale per l'iscrizione all'Albo regionale delle cooperative sociali, consorzi e organismi analoghi; - l'art. 9 del Regolamento regionale n.1/2015 che prevede l'esercizio delle attività di controllo da parte delle Camere di Commercio su base campionaria, secondo le percentuali minime e le modalità stabilite dalla Giunta Regionale, sia per la verifica dell'effettivo possesso dei requisiti sia per il mantenimento dell'iscrizione all'Albo da parte delle cooperative sociali; - per disciplinare la gestione dell'Albo regionale da parte delle Camere di Commercio della Lombardia nei suoi aspetti operativi e di dotazione tecnologica si rende opportuno procedere in via convenzionale mediante lo strumento dell'Accordo di servizio tra enti.

Tutto ciò premesso si conviene e si stipula quanto segue

#### ART.1 – OGGETTO DELL'ACCORDO

Il presente accordo disciplina le modalità e le condizioni per la gestione dell'Albo regionale delle cooperative sociali da parte del Sistema delle Camere di Commercio Lombarde.

Dato atto che i compiti di gestione affidati sono previsti dall'art. 3 del regolamento e in particolare prevedono:

- la raccolta delle comunicazioni di iscrizione, di mantenimento e di cancellazione presentate dalle cooperative sociali, consorzi e organismi analoghi aventi sede legale o operativa sul territorio di competenza di ciascuna Camera di Commercio e di competenza dell'Albo regionale delle cooperative sociali;
- la verifica delle comunicazioni di iscrizione, mantenimento e cancellazione;
- l'emanazione dei provvedimenti di diniego e cancellazione dall'Albo;
- la gestione dei rapporti con le cooperative sociali e loro consorzi finalizzati alla tenuta dell'Albo;
- i controlli e le verifiche finalizzati alla tenuta dell'Albo;
- lo sviluppo informativo, la gestione e manutenzione dell'Albo delle cooperative sociali all'interno del fascicolo d'impresa annesso al repertorio delle notizie economico amministrative.

Con la sottoscrizione del presente accordo le parti convengono sugli ambiti di servizio nonché sugli interventi di collaborazione e di integrazione dei rispettivi sistemi informatici del Registro imprese e applicativi di Regione Lombardia, al fine di semplificare l'interazione tra l'Albo delle cooperative sociali e gli strumenti di monitoraggio e informativi di Regione Lombardia: tali ambiti sono individuati a seguito di accurate valutazioni in merito alla fattibilità, alla sostenibilità del rapporto tra costi e benefici, alle ricadute in termini di utilità per le imprese e gli Enti locali del territorio.

Costituisce parte integrante di questo accordo il documento allegato:

- Allegato A "Scheda di monitoraggio erogazione servizio per la gestione dell'Albo Regionale delle cooperative sociali" in cui si approvano gli indicatori di monitoraggio di gestione del servizio.

#### Art. 2 – COMPITI E RUOLO DI REGIONE LOMBARDIA

In base all'art. 2 del regolamento, Regione Lombardia:

- Recepisce le indicazioni del gruppo di lavoro congiunto di cui all'art. 6 del presente accordo, nei propri provvedimenti;
- assicura alle Camere di Commercio la propria consulenza preventiva, rispondendo ad appositi quesiti, allo scopo di prevenire eventuali contenziosi tra la Camera di Commercio e le cooperative sociali;
- effettua il monitoraggio sistematico e la rielaborazione dei dati relativi alle cooperative sociali iscritte all'Albo attraverso gli strumenti a tal fine strutturati da Infocamere;
- supporta il mantenimento degli strumenti di gestione dell'albo regionale da parte di Infocamere e le camere di commercio nella copertura dei costi di gestione come di seguito definiti all'art. 9;
- promuove l'attività di razionalizzazione e di semplificazione dei controlli favorendo il raccordo tra gli enti competenti;
- promuove iniziative di comunicazione al fine di favorire la conoscenza dell'Albo regionale;

#### Art. 3 – COMPITI E RUOLO DELLE CAMERE DI COMMERCIO

Le Camere di Commercio lombarde, nel rispetto delle disposizioni emanate da Regione Lombardia, gestiscono l'Albo delle cooperative sociali, con le modalità telematiche relative alla Comunicazione Unica.

Le Camere di Commercio si impegnano inoltre ad attuare le disposizioni che saranno emanate da Regione Lombardia allo scopo di assicurare la necessaria omogeneità dei criteri di valutazione e delle modalità di gestione dell'Albo a tutto il territorio regionale.

Le Camere di Commercio attraverso la società Infocamere si impegnano a garantire la tenuta dell'Albo e le funzionalità necessarie per la presentazione della comunicazione di iscrizione, mantenimento e cancellazione, previste dal Regolamento.

Le Camere di Commercio si impegnano ad effettuare i controlli sulle pratiche in base alle linee guida fornite da Regione Lombardia.

#### Art. 5 – GRUPPO DI LAVORO

Al fine di gestire operativamente le azioni oggetto del presente accordo e mantenere l'omogeneità di gestione dell'Albo regionale delle cooperative sociali da parte delle degli uffici camerali, viene

istituito un Gruppo di Lavoro congiunto, composto da funzionari regionali e camerali con un rappresentante per territorio e da Infocamere.

Il gruppo di lavoro ha inoltre il compito di monitorare la realizzazione del servizio così come previsto dall'Allegato A del presente accordo.

#### Art. 6 – AZIONI DI SUPPORTO

Al fine di conferire efficacia alle azioni previste dal presente accordo, le parti si impegnano a programmare congiuntamente i necessari interventi formativi e informativi, mobilitando allo scopo tutte le strutture di rispettiva competenza e le Camere di Commercio lombarde.

#### Art. 7 – MONITORAGGIO

Le attività previste dal seguente accordo sono costantemente monitorate dalle Parti accedendo alle corrispondenti informazioni contenute nel fascicolo d'impresa inserito nel repertorio delle notizie economico amministrative.

Il Gruppo di lavoro di cui all'art. 5 fornirà il monitoraggio della gestione del servizio così come previsto dall'Allegato A.

Le Parti si impegnano a collaborare al fine di acquisire e monitorare ulteriori elementi informativi, anche in accordo con le attività degli Osservatori per la cooperazione del sistema camerale, al fine di approfondire la conoscenza e la capacità di intervento a favore del comparto cooperativo.

#### Art. 8 – CONTROLLI

Le Camere di Commercio dispongono, in conformità con quanto stabilito dalla Giunta Regionale, gli accertamenti e i controlli sul possesso dei requisiti da parte delle cooperative sociali iscritte all'Albo regionale e ne inseriscono gli esiti nel fascicolo informatico dell'impresa.

#### Art. 9 – ONERI CONNESSI ALLA GESTIONE DELL'ALBO

Regione Lombardia intende contribuire ai costi relativi al mantenimento delle dotazioni informatiche dell'Albo regionale delle cooperative sociali con un contributo annuo pari a € 11.000 per le attività in capo ad Infocamere.

Regione Lombardia intende inoltre supportare il sistema camerale per la gestione dell'Albo delle cooperative sociali per la copertura dei costi del personale e dei costi di gestione come segue:

- € 30 per pratica; - € 90 per attività di controllo.

I costi potranno essere oggetto di revisione a seguito delle attività di monitoraggio in raccordo con il gruppo di lavoro sulle modalità operative, tempi per i controlli, strumenti a disposizione.

#### Art. 10 – DURATA

Il presente accordo ha validità biennale dalla data della sua sottoscrizione con possibilità di proroga approvata in forma scritta dalle parti.

#### Art. 11 - DISPOSIZIONI FINALI

Il presente accordo può essere modificato e/o integrato su volontà espressa delle parti e sottoposte all'approvazione dei rispettivi organi deliberativi.

. Milano, il .....

per Regione Lombardia

Il Direttore Generale Sviluppo Economico

per Unioncamere Lombardia il Direttore Operativo

## PROGRAMMAZIONE

### PIEMONTE

**DGR 27.12.17, n. 250 – 50106.** Nota di aggiornamento al Documento di economia e finanza regionale (DEFR) 2018-2019. (BUR n. 2 dell'11.1.18)

**Note**

Viene approvata la Nota di aggiornamento al Documento di economia e finanza regionale (DEFR) 2018-2020, nel testo allegato alla presente deliberazione (allegato 1), che ne costituisce parte integrante e sostanziale (a cui si fa rinvio).

## **PUGLIA**

**DCR 21.12.17, n. 164** “Documento di economia e finanza regionale (DEFR) 2018-2020 – Approvazione (deliberazione della Giunta regionale n. 2126 dell’11/12/2017

### **Note**

Viene approvato integralmente, sulla base di quanto indicato in premessa che qui si intende riportato, l’allegato “Documento di Economia e Finanza regionale – DEFR 2018-2020”, adottato sulla base dell’allegato 4/1 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, che costituisce parte integrante e sostanziale della presente deliberazione

### **Presentazione**

Per il terzo anno la Regione Puglia predispose il proprio Documento di Economia e Finanza Regionale. Il documento dà conto delle politiche adottate nel corso del corrente anno e delle linee strategiche che caratterizzeranno il prossimo triennio 2018-2020, in attuazione del programma di governo della Giunta Emiliano. Da tempo la Regione Puglia è ormai incamminata verso una sana e attenta gestione finanziaria oltre che sempre più verso l'utilizzo efficiente ed efficace delle risorse disponibili. È ormai risaputo quanto nel corso degli ultimi anni siano andate sempre più riducendosi le risorse regionali per effetto dei tagli al fine di garantire gli equilibri di finanza pubblica. Le manovre di finanza pubblica prevedono, infatti, un contributo delle Regioni e Province autonome ai saldi di finanza pubblica pari a 10,763 miliardi euro per il 2017, 12,948 per il 2018 e 14,726 per il 2019, sia in termini di saldo netto da finanziare che di indebitamento netto (avanzo di bilancio da conseguire). Di questi circa 7 miliardi provengono da tagli alla sanità. In questi anni le regioni hanno subito riduzioni di risorse in settori importanti quali le politiche sociali, l'edilizia sanitaria, il trasporto pubblico locale. Con tali presupposti si rischia di minare il livello minimo di prestazione dei servizi essenziali. La stessa Corte dei Conti nella “Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni esercizio 2016”, afferma: “Una delle caratteristiche di questi anni di crisi della finanza pubblica è la sostanziale indeterminatezza del quadro delle risorse disponibili. Il reiterarsi di tale situazione di incertezza, spesso legata alla effettiva misura dei tagli preannunciati ai trasferimenti da parte dello Stato, ha inciso in modo significativo sui contenuti dei documenti previsionali, influenzando negativamente sull’investimento di risorse da destinare a misure anticrisi, al sostegno dell’occupazione e al rilancio delle diverse economie regionali”. Per la regione Puglia tali norme si sono tradotte in minori risorse nel 2017 per circa 800 milioni di euro e nel 2018 per circa 970 milioni di euro a legislazione vigente. Ciò nonostante, nessun aumento della pressione fiscale regionale è stato disposto ed è stata salvaguardata la spesa comunitaria. All'interno di questo quadro finanziario nasce e si inquadra il DEFR 2018-2020. Secondo quanto previsto all'articolo 36, comma 3, del decreto legislativo n. 23 giugno 2011, n. 118, le regioni ispirano la propria gestione al principio della programmazione: pertanto, ogni anno adottano il bilancio di previsione finanziario, le cui previsioni, riferite ad un orizzonte temporale almeno triennale, sono elaborate sulla base delle linee strategiche e delle politiche contenute nel Documento di Economia e Finanza Regionale (DEFR), predisposto secondo le modalità previste dal principio contabile applicato della programmazione. Quest'ultimo, secondo quanto stabilito nell'allegato n. 4/1 allo stesso decreto, si definisce quel “processo di analisi e valutazione che, comparando e ordinando coerentemente tra loro le politiche e i piani per il governo del territorio, consente di organizzare, in una dimensione temporale predefinita, le attività e le risorse necessarie per la realizzazione di fini sociali e la promozione dello sviluppo economico e civile delle comunità di riferimento.” Attraverso il medesimo principio della programmazione, al fine della salvaguardia degli equilibri di finanza pubblica, “le amministrazioni concorrono al perseguimento degli obiettivi di finanza pubblica definiti in ambito nazionale, in coerenza con i principi fondamentali di coordinamento della finanza pubblica emanati in attuazione degli articoli 117, terzo comma, e 119, secondo comma, della Costituzione e ne condividono le conseguenti responsabilità”. Il suddetto

allegato specifica che i procedimenti di formazione dei documenti contabili previsionali dell'ente devono necessariamente partire dal DEFR e fare riferimento agli indirizzi generali definiti all'inizio della legislatura regionale. Il DEFR, da approvare con delibera del Consiglio Regionale, ha le seguenti finalità:

- rappresentare il quadro di riferimento per la definizione dei programmi da realizzare all'interno delle singole missioni e per la definizione delle risorse generali disponibili per il finanziamento degli stessi;
- orientare le successive deliberazioni del Consiglio e della Giunta;
- costituire il presupposto dell'attività di controllo strategico, con particolare riferimento allo stato di attuazione dei programmi all'interno delle missioni e alla relazione al rendiconto di gestione.

Il DEFR specifica le linee programmatiche dell'azione di governo regionale per il periodo compreso nel bilancio pluriennale di previsione, necessarie per il conseguimento degli obiettivi di sviluppo della Regione e in particolare:

- le politiche da adottare;
- gli obiettivi della manovra di bilancio, tenendo conto dei vincoli finanziari derivanti dal rispetto degli obiettivi di finanza pubblica;
- il quadro finanziario unitario di tutte le risorse disponibili per il perseguimento degli obiettivi della programmazione unitaria, esplicitandone gli strumenti attuativi per il periodo di riferimento;
- gli indirizzi agli enti strumentali ed alle società controllate e partecipate. Il documento definisce le linee strategiche della programmazione economicofinanziaria, che andranno a caratterizzare le azioni amministrative che saranno intraprese e portate a termine dalle strutture regionali.

Secondo quanto previsto dal decreto legislativo n. 118/2011, la Giunta regionale approva il Documento di Economia e Finanza Regionale (DEFR) per il 2018 e il triennio 2018-2020 per poi sottoporlo all'esame dell'Assemblea Legislativa.

In considerazione della natura programmatica del documento, la definizione delle risorse atte a finanziarie le politiche regionali così come delineate nel documento e al piano delle performances per l'anno 2018 e degli obiettivi specifici nonché degli indicatori declinati sulla base dei risultati attesi previsti nel presente documento, si rinvia al bilancio di previsione per l'anno 2018 e per il triennio 2018-2020. Il documento, come prevede la norma, nella prima parte contiene una descrizione sintetica del contesto economico internazionale, europeo, nazionale e regionale che ha portato alla definizione delle azioni operative che caratterizzeranno l'azione del Governo regionale. La seconda parte del documento riporta gli obiettivi strategici distinti per aree di intervento, che ricalcano la strutturazione per Dipartimenti e Sezioni della regione Puglia. Come previsto all'articolo 25 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 31 luglio 2015, n. 443 la Giunta regionale adotta il documento programmatico triennale, denominato "Obiettivi strategici e assegnazione delle risorse" con il quale individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici coerentemente con i contenuti e le linee programmatiche del programma di governo, del ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, nonché degli atti di programmazione settoriale. Con deliberazione della Giunta regionale 2 maggio 2017, n. 617, "Piano degli obiettivi strategici 2017-2019 e assegnazione risorse. Art. 5 d. lgs n. 150/2009 e art. 39 d. lgs n. 118/2011." pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. 55 del 12 maggio 2017, la Giunta regionale ha approvato gli "Obiettivi Strategici 2017-2019", stabilendo che lo stesso documento costituisce elemento di indirizzo per l'elaborazione del "Piano della Performance 2017-2019".

Ha disposto, altresì, che gli obiettivi individuati vengano sottoposti ai Dipartimenti e alle relative Sezioni, al fine di definire gli obiettivi strategici annuali ed operativi, con i relativi indicatori e target per la verifica e misurazione dei risultati di gestione.

L'Assessore al Bilancio Raffaele Piemontese

**NB**

**Si riportano i paragrafi ritenuti di maggior interesse per PANORAMA LEGISLATIVO ISTISSE**

### 1.17.8 L'asse prioritario IX (OT IX): Inclusione sociale e lotta alla povertà

L'Asse IX partecipa a pieno titolo all'attuazione della strategia del Programma rivolta al conseguimento degli obiettivi di inclusione sociale, di innalzamento dei livelli di qualità della vita dell'intera comunità pugliese ed in particolare del contrasto alle aree di povertà assoluta e relativa. In questo ambito le Azioni 9.1 e 9.4 del Programma sono state attivate per finanziare la misura universalistica "RED – Reddito di Dignità" che interviene contro la povertà e che promuove l'inclusione sociale attiva di chi è in difficoltà economica, in stretto coordinamento con la misura nazionale SIA-Sostegno di Inclusione Attiva. Il Reddito di Dignità non rappresenta solo un sussidio economico, ma soprattutto un programma integrato di sostegno all'inserimento socio-lavorativo che mira a investire direttamente un bacino annuo di circa 30.000 famiglie pugliesi appartenenti alle fasce di reddito più basse. Il sostegno al reddito ed all'inserimento lavorativo si accompagna ad una serie di interventi nel campo del rafforzamento dei percorsi di inclusione sociale con specifico riferimento in primo luogo ai servizi di conciliazione, così come ai servizi domiciliari a favore di anziani e di persone con disabilità, attuati sia sul versante dell'offerta per quanto concerne la qualificazione delle infrastrutture (tramite l'Azione 9.10 che ha messo a disposizione circa 50 milioni di euro per la qualificazione delle infrastrutture e dei servizi sociali e socioeducativi e l'Azione 9.7 che ha stanziato circa 9 milioni di euro per la riqualificazione degli asili nido), sia per quanto concerne il sostegno alla domanda dei servizi rivolto alle fasce più disagiate della popolazione (con la messa a disposizione di "buoni servizio" a valere dell'Azione 9.7 del Programma che nel corso del 2016 hanno interessato circa 3.600 famiglie). Gli obiettivi di inclusione sociale sono perseguiti attraverso l'innalzamento degli standard dei servizi offerti dalla sanità territoriale, attraverso un consistente programma di investimenti tecnologici finanziati a valere dell'Azione 9.12 del Programma finalizzato ad accrescere e qualificare le prestazioni sociali e sociosanitarie svolte al di fuori dei tradizionali presidi ospedalieri. A tale riguardo risulta in corso di piena attuazione la prima parte di tale programma che riguarda interventi attuati dalle ASL pugliesi sull'intero territorio regionale per un ammontare complessivo di oltre 220 milioni di euro

### 1.18 Il Patto per la Puglia

Il Patto per la Puglia sottoscritto il 10 settembre 2016 tra il Governo nazionale e la Regione Puglia prevede la realizzazione di n. 47 Azioni suddivise nelle seguenti aree tematiche: Infrastrutture, ambiente, Sviluppo economico e produttivo, turismo cultura e valorizzazione delle risorse naturali e Occupazione, inclusione sociale, lotta alla povertà, istruzione e formazione (oltre ad un budget limitato da utilizzare per consentire la conclusione di alcuni progetti finanziati in gran parte a valere sul POR Puglia 2007-2013).

Il Patto per la Puglia prevede in particolare lo stanziamento di risorse complessive pari a 5,7 miliardi di euro, di cui 2,071 miliardi derivanti da nuove assegnazioni a valere sul FSC 2014-2020, e 3,5 miliardi di euro concernenti una parte delle risorse già programmate a valere sul Programma comunitario 2014-2020 della Regione Puglia (POR Puglia FESR-FSE 2014-2020), suddivise nelle aree tematiche di intervento come di seguito riportato (Tab. 33). Tab. 33- Risorse Patto per la Puglia per area di intervento

### 1.19 Garanzia Giovani in Puglia

L'obiettivo del Piano nazionale Garanzia Giovani (PON IOG), in coerenza con le strategie delineate dal programma europeo Youth Guarantee, e supportato da una dotazione di risorse di oltre 1,5 miliardi di euro, è garantire a tutti i giovani tra i 15 e i 29 anni che non studiano, non lavorano e non sono impegnati in attività di formazione (NEET), un'offerta qualitativamente valida di lavoro, apprendistato, tirocinio, autoimprenditorialità, inserimento nel servizio civile o formazione. In qualità di Organismo Intermedio del PON IOG, attribuito all'Amministrazione Regionale dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Autorità di Gestione del PON IOG, ai sensi del comma 7 dell'art. 123 del Regolamento (UE) n. 1303/2013, la Regione Puglia, con Deliberazione della Giunta Regionale n. 1148 del 04/06/2014 e s.m.i., ha approvato il Piano di Attuazione Regionale della Garanzia Giovani, che mette a disposizione degli interventi da destinare ad un target di circa 120.000 giovani NEET risorse pari ad Euro 120.454.459,00. In considerazione del numero elevato di

destinatari delle azioni, in attuazione di quanto previsto dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali nella sua qualità di Autorità di Gestione del PON IOG, nonché delle indicazioni contenute nel Regolamento (UE) n. 1304/2013 relativo al Fondo Sociale Europeo 2014 – 2020, il Piano regionale Garanzia Giovani della Regione Puglia prevede il raccordo tra soggetti pubblici e privati al fine di: assicurare un'azione informativa sull'iniziativa diffusa e capillare, sia presso i Centri per l'Impiego, sia presso le sedi operative di altri soggetti della rete; valorizzare appieno la specializzazione di tutti i soggetti del territorio operanti nell'ambito dei servizi di orientamento, formativi, di incontro tra domanda e offerta di lavoro canalizzare l'accesso alla Garanzia attraverso un'unica "porta" - costituita dagli Youth Corner dei Centri per l'Impiego e dalla rete dei Punti di Accesso al Piano Regionale Garanzia Giovani - per poi orientare i giovani alla fruizione dei servizi specialistici che meglio rispondono al bisogno rilevato in fase di prima accoglienza e formalizzato nel Patto di Servizio e nel Patto di Attivazione Individuale (PAI), servizi resi disponibili presso i CPI stessi o presso i soggetti coinvolti nella realizzazione delle misure; assicurare ai destinatari la fruizione dei servizi in modo integrato anche nell'ambito di percorsi articolati che possono essere erogati anche da soggetti diversi, mantenendo, tuttavia, l'unitarietà del percorso. La gestione dei percorsi realizzati nell'ambito del Piano di Attuazione Regionale (PAR) per la Garanzia Giovani Puglia ha reso necessaria la creazione di un circuito di relazioni virtuose fra i diversi attori coinvolti: gli operatori dei Centri per l'Impiego e di altri soggetti accreditati secondo il sistema regionale o individuati nei dispositivi attuativi quali avvisi e bandi, gli operatori della stessa Amministrazione Regionale, i giovani NEET, e l'implementazione, attraverso la piattaforma telematica regionale Sistema Puglia, delle procedure informatiche correlate. Nel dettaglio le misure previste dalla Garanzia sono:

- Accoglienza e informazioni sul programma (1-A);
- Accoglienza, presa in carico, orientamento (1-B);
- Orientamento specialistico o di II livello (1-C);
- Formazione mirata all'inserimento lavorativo (2-A);
- Reinserimento di giovani 15-18 anni in percorsi formativi (2-B)Accompagnamento al lavoro 3
- Tirocinio extra-curricolare, anche in mobilità geografica (5)
- Servizio civile nazionale (6-A)  Bonus occupazionale (9)

### 1.28 La situazione del sistema sanitario pugliese

La spesa sanitaria e sociale ricopre, oramai da anni, più del 90% del bilancio regionale. Oltre ad evidenziare l'incidenza quantitativa della spesa sanitaria non si può non evidenziare l'impatto sociale che tale materia riveste sia per la programmazione regionale che per la vita dei cittadini. Il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale negli ultimi anni ha risentito da un lato di considerevoli tagli alla spesa e dall'altro dall'incremento dei costi per l'acquisto dei farmaci innovativi.

#### 1.28.1 I risultati di esercizio

La Puglia, come ampiamente noto, a partire dal 2010 ha sottoscritto il Piano di Rientro.

Sebbene il Piano di Rientro fosse stato sottoscritto non per mancata copertura del disavanzo sanitario ma a causa del mancato rispetto del Patto di stabilità interno per gli anni 2006 e 2008, ha comportato da un lato oggettive limitazioni del modello organizzativo e conseguentemente della efficienza erogativa dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), in particolare a causa dei vincoli sul reclutamento del personale, dall'altro però si è rivelato un potente stimolo per la riqualificazione della rete ospedaliero-territoriale ed il "controllo" dei costi del Servizio Sanitario Regionale.

Analizzando i risultati del bilancio consolidato del Servizio Sanitario Regionale degli ultimi anni si possono evidenziare i notevoli risultati raggiunti sia dal punto di vista economico

Nel 2015 per compensare l'incremento del costo dei farmaci innovativi (in particolare per la cura dell'epatite C) e nel 2016 per compensare in particolare il blocco del payback farmaceutico a causa del ricorso delle aziende farmaceutiche contro la ripartizione e la metodologia di calcolo applicata da AIFA.

Come già evidenziato per il 2015 è incluso il contributo di 60 milioni da Bilancio Autonomo e per il 2016 di 50 milioni di euro. Fonte: Sezione Regionale Gestione Sanitaria Accentrata.

L'esercizio 2016 ha risentito di diverse variabili ed ha registrato nel complesso una riduzione dei costi di esercizio. Le variabili sono state:

- Maggiore assegnazione indistinta e vincolata per circa 58 milioni di euro rispetto al 2015;
- Minori ricavi rispetto al 2015 per 113 mln di euro per Payback farmaceutico;
- Minori ricavi per ticket di 3 milioni di euro. Dal punto di vista dei costi si è registrato:
- Riduzione della farmaceutica ospedaliera per 41 milioni di euro  Riduzione della farmaceutica convenzionata per 3 milioni di euro;
- Sostanziale invarianza del costo dei dispositivi medici e protesi da privato;
- Incremento dei costi per servizi socio-sanitari;
- Riduzione complessiva dei servizi non sanitari;
- Sostanziale invarianza del costo del personale (salvo rettifiche dei fondi);
- La riduzione degli accantonamenti per interessi passivi;
- Sensibile riduzione delle componenti straordinarie (positive e negative).

Alla verifica circa l'effettivo conseguimento degli obiettivi e dei relativi adempimenti si provvede annualmente nell'ambito del Tavolo tecnico congiunto di cui all'articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005 e successive modificazioni ed integrazioni e Comitato LEA.

Il risultato finale 2016, pari a +4,8 milioni di euro, così come attestato alla verifica del Tavolo Tecnico del 25 luglio 2017, al netto delle aziende in utile, comprendeva il contributo regionale e le riserve della GSA. Così come riportato negli esercizi precedenti non si può ignorare che sulla base dell'analisi dei dati economici degli ultimi anni, nonché sulla base del confronto con le altre regioni sia in termini di risorse che di spesa il SSR pugliese è caratterizzato da:

1. Inferiori risorse della quota Fondo Sanitario (forbice tra 75-150 milioni in meno) a causa dei criteri di riparto basati essenzialmente sull'età della popolazione trascurando elementi fondamentali quali la prevalenza di malattie croniche, indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari delle regioni a partire dalla condizione di deprivazione socio-economica ed indicatori epidemiologici territoriali, così come anche previsti dalla Legge 662 del 1996 e mai applicati. Sono in corso specifici Tavoli di Lavoro in ambito interregionale e Ministeriale, ma al momento non si registrano novità.

2. Saldo della mobilità passiva extraregionale pari a meno 180 milioni di euro che rappresenta il saldo economico delle cure dei cittadini pugliesi in altre regioni (le cui cause sono rappresentate dall'attrazione esercitata da centri di eccellenza di riferimento nazionale, ma anche comportamenti e scelte da verificare, naturali movimenti tra regioni di confine e/o cittadini pugliesi trasferiti per lavoro e studio al nord che non hanno cambiato l'iscrizione al SSR);

3. Maggiori risorse assorbite dalla "farmaceutica (ospedaliera e territoriale) tra i 150-200 milioni di euro rispetto alla media delle altre regioni. Sulla base di tali considerazioni nella predisposizione del nuovo Piano Operativo approvato in linea generale dai Ministeri dell'Economia e delle Finanze e Ministero della Salute, giusto verbale del 25 luglio u.s., si sono previsti specifici interventi mirati atti alla riallocazione delle risorse al fine di garantire da un lato l'equilibrio economico senza risorse aggiuntive a carico del bilancio autonomo, e destinare dall'altro le risorse da "risparmiare" all'assunzione di maggior personale (il cui costo è tra i più bassi tra le regioni italiane) ed agli investimenti strutturali e di attrezzature.

#### 1.28.2 Gli indicatori della Griglia LEA

Dalla lettura dei dati del 2016, relativamente all'assistenza ospedaliera, si rileva un importante decremento dell'ospedalizzazione fra il 2013 e il 2016, che colloca il tasso totale standardizzato di dimissione nell'ultima annualità considerata pari a 130,5 per 1.000 residenti), entro la soglia di riferimento. Migliorano gli indicatori di appropriatezza e di qualità assistenziale, che presentano tuttavia ulteriori margini di avanzamento.

Per ciò che concerne la situazione relativa all'erogazione dell'assistenza territoriale, gli indicatori evidenziano, nel 2016, una quota di anziani assistiti a domicilio adeguata e pari a 3,01%, (intervallo

di riferimento  $\geq 1,88\%$ ). Si rileva, invece, pur se incrementato rispetto alle annualità precedenti, un insufficiente numero di posti equivalenti presso strutture residenziali per anziani non autosufficienti, espressione delle giornate di assistenza effettivamente erogate, pari a 5,3 per 1.000 anziani nel 2016 (intervallo adeguato  $\geq 9,8$  posti per 1.000 anziani); un numero adeguato di posti equivalenti presso strutture residenziali preposte all'assistenza dei disabili (0,58 per 1.000); una dotazione di posti letto destinati alle strutture per pazienti terminali in linea con i riferimenti nazionali. Si evidenzia un miglioramento in relazione all'indicatore di attività dei servizi preposti alla salute mentale, in quanto il numero di assistiti presso il DSM risulta pari a 17,21 (per 1.000 residenti) nel 2015, in linea con l'intervallo ritenuto adeguato ( $\geq 10,82$ ).

Permangono criticità nell'area della prevenzione, in particolare con riferimento agli screening, per cui sono proposte nell'ambito del PO 2016-2018 importanti e specifici interventi di potenziamento ed efficientamento del sistema.

### 1.28.3 Riorganizzazione rete ospedaliera e miglioramento appropriatezza assistenziale

Relativamente all'assistenza ospedaliera, i Ministeri affiancati (Ministero della Salute e MEF) rilevano un importante decremento dell'ospedalizzazione, che colloca il tasso totale standardizzato di dimissione pari a 130,5 per 1.000 residenti), entro la soglia ministeriale di riferimento. Quindi, la riorganizzazione della rete ospedaliera sta consentendo di garantire l'erogazione di prestazioni che, in passato, erroneamente venivano erogate in ospedale con la conseguente inopportuna occupazione del posto letto. Molte prestazioni, infatti, di tipo medico e chirurgico, oggi vengono erogate nel setting assistenziale "day – service" con evidente vantaggio di tipo economico ed assistenziale.

### 1.28.4 Il Pagamento dei fornitori del SSR

La regione anche nel 2017 ha posto in essere misure che hanno consentito l'immissione di ulteriore liquidità nel sistema sanitario. Tali azioni hanno concretamente incominciato ad esplicare gli effetti desiderati nella seconda metà del 2012, quando, in corrispondenza della riconciliazione patrimoniale avviata dalla Servizio Gestione Accentrata Finanza Sanitaria Regionale delle poste debitorie e creditorie delle aziende sanitarie ed attraverso un processo di monitoraggio regionale, prima trimestrale e poi mensile, delle fatture registrate e da liquidare con analisi delle singole situazioni di criticità, si sono potute sostenere finanziariamente le operazioni di cash-flow attraverso l'anticipazione della Regione delle quote premiali e l'erogazione di risorse aggiuntive. I provvedimenti regionali hanno permesso alle aziende sanitarie pugliesi, pur con difficoltà derivanti dai complessi adempimenti amministrativi, aggravati dalla costante carenza di personale, di migliorare sensibilmente i pagamenti ai fornitori. Sulla base dei dati forniti dalle Aziende del SSR pugliese, l'Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) al 31 dicembre 2016, calcolato in base alle modalità stabilite dall'articolo 9 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 22 settembre 2014, per la Regione Puglia è pari a 28 giorni, dimezzato rispetto al 2015. L'indice rappresenta il ritardo medio dei pagamenti, ovvero i giorni effettivi medi intercorrenti tra la data di scadenza della fattura o richiesta equivalente di pagamento e la data di pagamento ai fornitori. Dal 2012 ad oggi, la Regione Puglia, riparametrando i dati 2012 e 2013 secondo l'indice, e sulla base dei dati puntuali e completi rilevati nel 2014, ha ridotto i tempi di pagamento dei fornitori in sanità da un ritardo medio di 290 giorni del dicembre 2012 ai 28 giorni di fine 2016. Il dato registrato a fine settembre 2017 registra un ritardo medio di soli 8 giorni che rappresenta un risultato straordinario e colloca la regione con le aziende sanitarie tra le prime regioni d'Italia. Occorre infine evidenziare che tutti gli sforzi compiuti rappresentano un importante risultato, non solo perché è stato sanato quasi definitivamente un problema di sostenibilità finanziaria di moltissime aziende private, ma con riferimento all'Unione Europea, in particolare alla procedura di infrazione aperta nei confronti dell'Italia per il mancato rispetto della Direttiva in materia di riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori. Tutte le azioni compiute fino ad oggi avranno seguito anche nel 2018 con lo scopo definitivo di azzerare il ritardo nel pagamento dei fornitori e per far sì che la Puglia possa raggiungere l'obiettivo comunitario. Si riporta un grafico riepilogativo dei risultati ottenuti (Fig. 23).

1.28.5 Gli acquisti di beni e servizi in sanità Nel corso del 2017 la Regione Puglia ha proseguito nell'attività di aggregazione degli acquisti in ambito sanitario per quanto attiene i beni ed i servizi con particolare riferimento a quanto attiene le categorie merceologiche previste dal DPCM 24/12/2015. Le attività sono svolte dal Soggetto Aggregatore regionale ai sensi dell'articolo 20 della legge regionale n. 37/2014 (InnovaPuglia S.p.A.), sulla base dell'aggregazione dei fabbisogni e della stesura dei capitolati tecnici da parte delle Aziende pubbliche del SSR. Infatti, la Regione Puglia ha disciplinato la materia con la deliberazione della Giunta regionale 17 dicembre 2015, n. 2256 avente ad oggetto: "Razionalizzazione degli acquisti sanitari. Abrogazione deliberazione n. 1391/2012, modifica DGR n. 2356 del 18/11/2014. Disposizioni" in attuazione delle disposizioni del decreto legge n. 66/2014 e del DPCM del 24/12/2015 che individua le quattordici categorie merceologiche per le quali è obbligatoria, nell'alveo del Servizio Sanitario Regionale (SSR), l'acquisizione in forma aggregata. Il comma 4, dell'articolo 21 della legge regionale n. 37/2014 stabilisce che il Soggetto aggregatore fornisce le attività di centralizzazione delle committenze e quelle ausiliarie, come elencate al comma 3, in favore della Regione e delle Aziende ed Enti del SSR, i quali sono tenuti a ricorrere al Soggetto aggregatore regionale per la acquisizione di lavori, beni e servizi, secondo le modalità individuate negli atti della Programmazione regionale di cui all'articolo 21 della stessa legge. In particolare con la deliberazione della Giunta regionale n. 2256/2016 e le successive deliberazioni di modifica ed integrazione (n. 73/2016 e n. 1584/2016), sono state individuate le Azienda Capofila quali supporto al soggetto aggregatore per la gestione delle procedure di gara Nella tab. 35 che segue è riportato lo stato di attuazione delle gare per l'anno 2017 come pubblicato per tutti i soggetti aggregatori sul portale <https://www.acquistinretepa.it/>.

1.28.6 La previsione del FSR per il 2017

Per quanto riguarda il finanziamento 2018 in assenza della definizione del Fondo Sanitario nazionale 2018 e del riparto del Fondo per i farmaci innovativi si è tenuto conto delle previsioni del Fabbisogno del Servizio Sanitario Nazionale provvisorio 2017. Per quanto riguarda i finanziamenti vincolati del FSN gli stessi si prevedono in misura pari agli importi provvisori per il 2017, così come previsto dal D.Lgs. 118/2011

## PARTE II – GLI OBIETTIVI STRATEGICI

### 2.3.2 Salute e Welfare

In relazione alle politiche della Salute e del Welfare sono da considerarsi strategici gli interventi relativi all'infrastrutturazione delle ASL (e il loro potenziamento tecnologico) e gli interventi per nuove strutture e nuovi servizi sociali e sociosanitari, nell'ottica di elevare il grado di soddisfacimento dei bisogni dei cittadini a partire in primo luogo dal diritto alla salute. A tal fine sarà ulteriormente rafforzata la centralizzazione della spesa sanitaria attraverso il "Soggetto Aggregatore" che consentirà di conseguire importanti risparmi di spesa negli acquisti che daranno vita a ulteriori disponibilità finanziarie da reinvestire per il miglioramento delle prestazioni. In particolare si intende realizzare interventi mirati all'ulteriore potenziamento e qualificazione delle reti sanitarie e sociosanitarie, con una accelerazione dei servizi innovativi nei settori della telecardiologia, della telemedicina, dei mezzi mobili del 118, del nuovo portale della salute e della dematerializzazione delle ricette mediche. Elevati investimenti sono destinati all'ulteriore potenziamento della rete dei distretti sociosanitari territoriali attraverso la diffusione dei presidi territoriali assistenzialmente integrati che ricomprendono anche la riconversione e riqualificazione degli ospedali dismessi, orientati a svolgere le attività di diagnostica specialistica e di chirurgia ambulatoriale, nonché ad incrementare le prestazioni erogate con l'ausilio di telemedicina nell'ambito di percorsi domiciliari sanitari e sociosanitari

Particolare attenzione è rivolta al Welfare.

Investire sui diritti e sul welfare significa far crescere le persone, i diritti di cittadinanza di tutti, ridurre le sacche di discriminazione e di esclusione sociale e tutelare le fasce deboli della popolazione (disabili, anziani non autosufficienti, minori). In tale contesto saranno rafforzate le strategie incentrate sui Buoni Servizio attraverso i quali persone con disabilità e anziani non autosufficienti potranno

godere di prestazioni assistenziali di natura domiciliare, come i servizi SAD e ADI, nonché i Buoni Servizio per la conciliazione vita-lavoro, spendibili dalle famiglie pugliesi più bisognose nei servizi e nelle strutture dedicate all'infanzia e all'adolescenza, al fine di concorrere al pagamento delle rette e quindi di sostenere la domanda di servizi qualificati che, altrimenti, sarebbero insostenibili per il costo delle rette stesse. Nel 2017 entra nella fase di piena attuazione la misura universalistica di sostegno al reddito – RED che riguarderà una platea di cittadini pugliesi in condizione di maggiore disagio pari a circa 20.000 abitanti fornendo una presa in carico integrata finalizzata al rafforzamento delle competenze ed all'inserimento nel mercato del lavoro

2.4.7 Sezione Sicurezza cittadino, politiche per le migrazioni ed antimafia sociale Sezione Sicurezza cittadino, politiche per le migrazioni ed antimafia sociale Mission istituzionale

La Sezione Sicurezza del Cittadino, Politiche per le migrazioni e Antimafia sociale In linea con gli indirizzi politici e programmatici espressi dal Presidente della Giunta Regionale, coordina le attività relative all'antimafia sociale, alle politiche per la sicurezza dei cittadini e alle politiche per le migrazioni. Elabora e dà impulso alla realizzazione dei servizi e delle strutture di progetto. Promuove, ove necessario e su mandato del Presidente, le relazioni internazionali ed il raccordo politico con i componenti della Giunta Regionale ed amministrativo con i Direttori dei Dipartimenti e con le altre strutture regionali sulle materie di competenza della Sezione. Elabora e realizza, in stretta collaborazione con la struttura regionale dedicata all'anticorruzione, le misure aventi come obiettivo la prevenzione e la formazione in materia di antimafia e anticorruzione. Sviluppa progettualità in materia di prevenzione sociale comunitaria, con particolare riferimento alle fasce vulnerabili, sia mediante l'utilizzo di strumenti quali il servizio civile sia attraverso metodologie innovative e sperimentali.

Azione strategica 1

- 1) la piena applicazione della legislazione regionale in materia di polizia locale, con particolare riferimento alla elaborazione dei regolamenti attuativi ed alla predisposizione dei corsi di Sicurezza della formazione; cittadinanza
- 2) la implementazione di tutte quelle misure dirette ad aumentare il livello di sicurezza della cittadinanza in collaborazione con le Istituzioni dei settori Giustizia e Sicurezza nel pieno rispetto delle normative vigenti e delle prerogative che l'ordinamento giuridico attribuisce alle Amministrazioni dello Stato;
- 3) la individuazione e l'analisi delle best practices internazionali e nazionali in materia di rafforzamento della sicurezza, oggettiva e percepita, anche mediante la collaborazione con enti e centri di ricerca.

Risultato atteso

- 1 elaborazione e approvazione regolamenti attuativi della legislazione regionale in materia di polizia locale.
- 2 applicazione degli accordi in materia di sicurezza urbana stipulati in collaborazione con i Comuni e le Prefetture.
- 3 realizzazione sistemi tecnologici per la analisi e prevenzione della criminalità predatoria in collaborazione con il Ministero dell'Interno, centri di ricerca e Comuni.

Azione strategica 2

- 1) predisporre il Piano triennale per le politiche per le migrazioni;
- 2) programma, anche di concerto con i sindacati e le associazioni, gli interventi per l'accoglienza e l'integrazione Politiche per le sociale dei cittadini stranieri; migrazioni
- 3) sviluppa azioni innovative e formula proposte progettuali a valere su fondi regionali, nazionali e comunitari;
- 4) monitora e valuta i flussi migratori e le condizioni di vita dei migranti;
- 5) individua in collaborazione con le Istituzioni nazionali ed internazionali competenti per materia le azioni da porre in essere per la tutela e l'accoglienza dei migranti.

Risultato atteso 1- elaborazione e approvazione del Piano triennale per le politiche per le migrazioni 2017-2020;

- 2- elaborazione e attivazione di interventi per l'accoglienza e l'integrazione sociale dei cittadini stranieri, con particolare riferimento alle politiche di chiusura degli insediamenti informali, in collaborazione con il Coordinamento regionale delle politiche per le migrazioni;
- 3- realizzazione di programmi innovativi di integrazione attraverso l'utilizzo della programmazione operativa regionale, con particolare riferimento alla promozione di attività di autogestione e autodeterminazione dei cittadini stranieri e delle comunità rom sinti e camminanti;
- 4- realizzazione di studi ed analisi con riferimento ai flussi migratori verso la Puglia;
- 5- realizzazione di attività scientifiche, di ricerca, di formazione, consulenza e di diffusione dei risultati della ricerca con particolare riferimento alle tematiche migratorie, dei processi di inclusione sociale dei gruppi rom, dello sviluppo economico, delle politiche di sicurezza e legalità, delle politiche sociali, ambientali e di valorizzazione del patrimonio culturale.

Azione strategica n. 3

Prevenzione criminalità

- 1) provvede alla redazione del Piano triennale di prevenzione della criminalità organizzata;
- 2) elabora, anche mediante il coinvolgimento degli Enti locali, dei sindacati e delle associazioni, le misure atte ad un più efficace riutilizzo dei beni confiscati alla criminalità organizzata;
- 3) individua, anche di concerto con le associazioni di categoria, le azioni da realizzare a tutela delle vittime dei reati mafiosi, con particolare riferimento alle vittime di usura e di estorsione ed ai familiari delle vittime innocenti delle mafie;
- 4) elabora e monitora la realizzazione di attività di prevenzione sociale comunitarie.

Risultato atteso

1. elaborazione e approvazione del Piano triennale di prevenzione della criminalità organizzata 2017-2020;
2. redazione del Testo Unico della Regione Puglia sulle politiche di antimafia sociale;
3. elaborazione di misure atte ad un più efficace riutilizzo sociale dei beni confiscati alla criminalità organizzata ed al mantenimento in vita delle aziende confiscate alla criminalità organizzata;
4. elaborazione di una strategia regionale di prevenzione sociocomunitaria anche in collaborazione con il Dipartimento promozione della salute e benessere sociale della Regione Puglia.

2.4.14 Dipartimento Politiche per la salute, del benessere sociale e dello sport per tutti

Il Dipartimento assicura l'attuazione di politiche per la promozione della salute, della prevenzione, della cura e della riabilitazione, l'organizzazione e programmazione del Servizio Sanitario Regionale, nonché la gestione del sistema di welfare integrato con le correlate iniziative di innovazione sociale, inclusione attiva e sostegno al reddito per il contrasto alla povertà. Il Dipartimento si occupa inoltre, nello specifico, di politiche di genere e di pari opportunità per tutti, di politiche per l'autonomia e l'assistenza per persone non autosufficienti e degli interventi "dopo di noi" per le persone con disabilità, di programmare ed amministrare l'assistenza territoriale, ospedaliera e specialistica, di gestire aspetti inerenti l'accreditamento delle strutture sanitarie, l'attuazione delle politiche di sport per tutti e di cittadinanza attiva. Al Dipartimento è assegnata l'attività di controllo e monitoraggio per le organizzazioni di volontariato e promozione sociale, nonché l'attuazione della Riforma del Terzo Settore, la promozione dell'innovazione sociale a integrazione del welfare consolidato, o lo sviluppo dell'economia sociale. Il Dipartimento ha la responsabilità della progettazione e gestione centralizzata dei flussi informativi, nonché del monitoraggio e controllo delle risorse finanziarie assegnate al sistema. Al Dipartimento è demandata l'attuazione di iniziative di innovazione proposte dalla corrispondente Agenzia Strategica (AReSS) volte al miglioramento del benessere sociale e allo sviluppo dei servizi di salute.

Sezione Inclusione Sociale attiva e Innovazione Reti Sociali

Azione strategica 1

Infrastrutturazione sociale

Potenziamento della rete di strutture e servizi in tutti gli Ambiti territoriali pugliesi, a valere sulle risorse per investimenti e sviluppo economia sociale (FSC, FESR, FSE). La realizzazione del programma di investimenti destinato alle infrastrutture sociali si potenzia con la promozione di

interventi di innovazione sociale, per lo sviluppo di economia sociale, mediante attività di promozione, scouting di buone pratiche, comunicazione e animazione territoriale, prima di avviare le procedure di selezione e ammissione a beneficio. Risultato atteso Incremento dei progetti di investimento di Enti Locali e di organizzazioni del Terzo Settore, imprese sociali e imprese startup. Implementazione del SIGECO per le procedure FESR e FSE previste per gli interventi selezionati.

#### Azione strategica 2

Sostenere la domanda di servizi sociali e socioeducativi per le famiglie in condizione di maggiore fragilità economica attraverso Accessibilità dei l'incrocio domanda-offerta con il sostegno economico alla servizi per le domanda (compartecipazione delle tariffe sociali a carico delle famiglie in famiglie) mediante l'erogazione di buoni servizio, la ammissione condizione di a beneficio e il monitoraggio dell'attuazione, per sostenere la fragilità economica domanda di servizi domiciliari e a ciclo diurno. Risultato atteso Incremento dell'offerta a Catalogo regionale dell'Offerta con il rispettivo volume di posti utente per il sociosanitario. Incremento del numero di hh di assistenza domiciliare richieste dalle famiglie beneficiarie di buono servizio. Incremento della % di occupazione dei posti-utente autorizzati di centri diurni

#### Azione strategica 3

##### Reddito di Dignità e inclusione sociale attiva

A seguito della messa a regime della misura regionale del Reddito di Dignità, sviluppare RED in relazione al nuovo ReI – Reddito di Inclusione introdotto dal Governo nazionale, attraverso l'adeguamento di tutti gli strumenti di disciplina (l.r. n. 3/2016, Reg.R. n. 8/2016, Avvisi pubblici) e la riprogettazione della piattaforma informatica per la presentazione delle domande dei cittadini, e l'incremento dei percorsi per l'attivazione individuale. Risultato atteso Consolidare la governance interna ed esterna per l'attuazione della strategia regionale per l'inclusione sociale attiva. Produzione di Regolamento di modifica e aggiornamento degli Avvisi pubblici e degli strumenti informatici per il nuovo RED in relazione al ReI. Completare tutti i pagamenti degli utenti RED presi in carico. Conseguire una presa in carico di almeno l'80% delle nuove domande 2018 di accesso a RED.

#### Azione strategica 4

##### Vita Indipendente

Favorire i Progetti di Vita Indipendente e degli interventi per il “Dopo di Noi” per le persone con disabilità e sostenere l'innovazione tecnologica per l'autonomia e l'innovazione sociale nelle soluzioni abitative.

Messa a regime del Programma regionale per la Vita Indipendente con il finanziamento di tutti i PROVI ammessi. Avvio degli interventi programmati nel Piano Regionale per il “Dopo di Noi”. Risultato atteso Selezione e ammissione dei nuovi Provi per disabili senza il supporto familiare. Pubblicazione Avviso per il finanziamento di soluzioni abitative innovative per il “Dopo di Noi”. Monitoraggio interventi e selezione buone pratiche.

#### Azione strategica 5

Definire il nuovo quadro della programmazione sociale in relazione alle linee di finanziamento aggiuntive o straordinarie.

Nuovo Piano Al fine di avviare il IV ciclo di Programmazione triennale per le Regionale delle politiche sociali regionali, occorre definire il nuovo Piano Politiche Sociali Regionale delle Politiche Sociali, mediante un percorso di programmazione partecipata e l'analisi dei dati relativi al welfare consolidato, ai nuovi bisogni sociali, allo stato di utilizzo delle risorse ordinarie già assegnate agli Ambiti territoriali.

Risultato atteso

Approvazione del Piano Regionale Politiche Sociali 2017-2020 e Approvazione dei 45 Piani Sociali di Zona 2018-2020 in stretto raccordo con tutti i Piani di Intervento PAC Servizi di Cura e con tutti gli interventi finanziati a valere sui Fondi UE.

#### Azione strategica 6

Dare attuazione al Programma regionale PUGLIASOCIALE IN per l'innovazione sociale e lo sviluppo dell'economia sociale, per la Innovazione sociale sperimentazione di nuovi modelli

gestionali di servizi alle persone nelle comunità locali e per l'attivazione di nuove imprese e nuovi social business connessi alla ricerca di soluzioni innovative ai bisogni sociali.

Individuare sperimentazioni di rilievo regionale per le quali sperimentare il percorso del Social Impact Investing e modalità innovative di partenariato pubblico-privato

Risultato atteso Attuazione delle due Call per la Sfida all'Innovazione sociale, con selezione e consolidamento di almeno 30 tra Idee e Progetti innovativi. Definizione di almeno 3 nuovi progetti innovativi da realizzare con Social Impact Investing, a valere su risorse del POR Puglia 2014-2020 e altre risorse pubbliche e private. Attivare misure per la selezione di interventi per almeno il 30% delle risorse complessivamente disponibili a valere sulle risorse delle Azioni 3.2-9.3-9.6 del POR Puglia 2014-2020.

Sezione Strategie e Governo dell'Offerta (SGO)

Azione strategica 1

- Riordino della rete ospedaliera ai sensi del DM70/2015 secondo Riordino della rete criteri di razionalizzazione dell'offerta, sicurezza del paziente, ospedaliera miglioramento degli esiti di cura e organizzazione di sistema per reti (tempo-dipendenti, cliniche e di patologia).

Risultato atteso Riorganizzazione della rete ospedaliera regionale ed implementazione delle reti cliniche.

Azione strategica 2

- Ridefinizione normativa in materia di strutture sanitarie e sociosanitarie territoriali (tipologia, requisiti e fabbisogno); territoriali - Organizzazione rete delle strutture e servizi territoriali;

- Integrazione tra strutture territoriali ed ospedaliere. Risultato atteso Ridefinizione e potenziamento delle rete sanitaria e sociosanitaria territoriale.

Azione strategica 3

-Definizione di un sistema di misurazione e valutazione delle performance delle strutture sanitarie sulla base del modello MES (Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa), da porre a base della valutazione del management aziendale;

-Adeguamento delle modalità di valutazione dei Direttori generali del S.S.R. alle disposizioni della L. 124/2015 e del D.Lgs. 171/2016, nonché al citato modello MES; -Implementazione sistemi di valutazione del personale dirigente del S.S.R. Risultato atteso Revisione delle modalità di valutazione del management delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale.

Azione strategica 4

Attuazione Intesa Stato-Regioni del 19/2/2015 in materia di accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie -Modifica Regolamento regionale n. 3/2005 s.m.i. in attuazione all'Intesa Stato-Regioni del 19/2/2015 in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie. Risultato atteso Revisione della normativa regionale sull'accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private, con aggiornamento e verifica periodica dei requisiti delle strutture.

Sezione Promozione della Salute e del Benessere (PSB)

Azione strategica 1

La promozione della salute nella popolazione scolastica viene Promozione della veicolata attraverso la realizzazione delle progettualità presenti salute dei bambini e nel "Piano Strategico per la Promozione della Salute nelle scuole" dei ragazzi che hanno l'obiettivo di diffondere la cultura di stili di vita sani e corretti. Risultato atteso Consolidamento e potenziamento delle progettualità inserite nel catalogo 2016-2017 e introduzione di azioni innovative per l'anno scolastico 2017-2018.

Azione strategica 2

Il Piano Regionale della Prevenzione approvato con DGR n. Attuazione del 302/2016 prevede la realizzazione di interventi integrati e Piano Regionale intersettoriali volti a garantire gli obiettivi del Piano nazionale della Prevenzione della prevenzione: Promozione della salute, Sicurezza nei luoghi di lavoro, Sicurezza alimentare, Sorveglianza epidemiologica, Screening neonatali e Screening oncologici, Salute e Ambiente, Risultato atteso Miglioramento degli obiettivi di performance fissati

per l'anno 2017 nel documento di valutazione. Nel 2018 il documento di valutazione prevede che sull'80% degli Obiettivi sentinella non dovrà registrarsi uno scostamento superiore al 20%.

#### Azione strategica 3

Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli Ufficiali in materia di Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria Il Piano Regionale Integrato dei Controlli Ufficiali in materia di Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria per gli anni 2017 e 2018 definisce le azioni che le autorità competenti in materia di sicurezza alimentare (AA.SS.LL.) devono porre in essere al fine di assicurare la conformità degli Operatori del settore alimentare (OSA) Risultato atteso Pianificazione di un sistema di controlli che operi in modo omogeneo sul territorio regionale e lungo tutta la filiera di produzione, con una visione complessiva “dai campi alla tavola”, con l'obiettivo di ridurre le duplicazioni e coordinare le azioni dei soggetti istituzionali a diverso titolo coinvolti nel sistema dei controlli

#### Azione strategica 4

Realizzazione degli interventi approvati con D.G.R 1105/2017 in esecuzione della Legge regionale n. 29/2014 “Norme per la Consolidamento e prevenzione e il contrasto della violenza di genere, il sostegno potenziamento dei alle vittime, la promozione della libertà e all'autodeterminazione servizi territoriali delle donne”. La strategia complessiva di intervento è definita in anti violenza coerenza con gli indirizzi del nuovo Piano strategico nazionale sulla violenza maschile contro le donne 2017. Risultato atteso

Qualificazione dei percorsi di presa in carico delle donne vittime

#### Azione strategica 5

Potenziamento dei servizi per l'infanzia, l'adolescenza e il sostegno alle responsabilità familiari Realizzazione di interventi a carattere innovativo in favore delle famiglie e a sostegno delle responsabilità genitoriali, con la finalità di costruire un territorio amico delle famiglie in cui le stesse possano usufruire di servizi adeguati pensati per rispondere con efficacia ai bisogni di vita e di lavoro. Risultato atteso

Costruzione del network Puglia loves family con il coinvolgimento degli operatori economici dei settori ricettività, ristorazione, attività culturali e degli enti locali.

#### Ottimizzazione delle politiche di acquisto del SSR

aggregazione delle procedure di acquisto di beni e servizi da parte degli Enti del Servizio Sanitario Regionale, per mezzo del soggetto aggregatore, al fine di determinare economie e uniformare i costi, la qualità e le quantità degli approvvigionamenti nei diversi ambiti territoriali

Risultato atteso Attivazione di ulteriori accordi quadro/convenzioni a livello regionale per l'acquisizione di beni e servizi nell'alveo del servizio sanitario regionale, conformemente alle previsioni del DPCM 24/12/2015 e successivi aggiornamenti.

#### Azione strategica 4

Promozione del corretto uso dei farmaci

Consolidare il miglioramento della appropriatezza prescrittiva dei farmaci erogati nel canale distributivo della farmaceutica convenzionata, al fine di condurre progressivamente il costo procapite lordo alla media nazionale, attraverso il pieno utilizzo degli strumenti di monitoraggio a livello regionale ed aziendale e la condivisione di percorsi informazione e formazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta. Consolidare un percorso virtuoso di maggiore aderenza terapeutica alla prescrizione appropriata da parte dei pazienti cronici. Risultato atteso 1 Ulteriore riduzione della spesa lorda territoriale convenzionata territoriale per l'acquisto di farmaci al fine di ricondurla ai valori medi nazionali

#### Azione strategica 5

Consolidare ed agevolare la distribuzione diretta e per conto di farmaci, al fine di conseguire risparmi nei costi di acquisto Potenziamento derivanti dalle gare centralizzate a livello regionale e una della distribuzione riduzione dei consumi rispetto al canale distributivo della diretta di farmaci farmaceutica convenzionata. Si intende incrementare la distribuzione diretta dei medicinali necessari a garantire la continuità assistenziale relativamente al primo ciclo terapeutico completo, per il periodo

immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale, dei medicinali per il trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale e per la presa in carico di pazienti con patologia grave e/o cronica.

Risultato atteso Incremento della percentuale di farmaci dispensati in distribuzione diretta a pazienti cronici pluripatologici (outliers) e a pazienti post ricovero ospedaliero o in follow-up ambulatoriale.

Azione strategica 6 Proseguire nel percorso di governance regionale delle politiche

Rafforzamento della governance regionale in materia di assistenza farmaceutica di utilizzo dei farmaci mediante il continuo aggiornamento del prontuario terapeutico regionale (PTR), quale strumento vincolante di governo clinico e di indirizzo delle scelte terapeutiche verso i medicinali con maggior rapporto costo/efficacia sia in ambito ospedaliero che territoriale, la definizione di linee guida ed il costante sulla attuazione delle stesse e l'espletamento delle procedure di gara centralizzate.

Risultato atteso

Riduzione della spesa per acquisti diretti di farmaci al fine di ricondurla ai valori medi nazionali.

**NB**

### **PARTICOLARE RILIEVO E' CONFERITO AGLI INTERVENTI DI CONTRASTO ALLA POVERTA'**

In questo ambito le Azioni 9.1 e 9.4 del Programma sono state attivate per finanziare la misura universalistica "RED – Reddito di Dignità" che interviene contro la povertà e che promuove l'inclusione sociale attiva di chi è in difficoltà economica, in stretto coordinamento con la misura nazionale SIA-Sostegno di Inclusione Attiva. Il Reddito di Dignità non rappresenta solo un sussidio economico, ma soprattutto un programma integrato di sostegno all'inserimento socio-lavorativo che mira a investire direttamente un bacino annuo di circa 30.000 famiglie pugliesi appartenenti alle fasce di reddito più basse. Il sostegno al reddito ed all'inserimento lavorativo si accompagna ad una serie di interventi nel campo del rafforzamento dei percorsi di inclusione sociale con specifico riferimento in primo luogo ai servizi di conciliazione, così come ai servizi domiciliari a favore di anziani e di persone con disabilità, attuati sia sul versante dell'offerta per quanto concerne la qualificazione delle infrastrutture (tramite l'Azione 9.10 che ha messo a disposizione circa 50 milioni di euro per la qualificazione delle infrastrutture e dei servizi sociali e socioeducativi e l'Azione 9.7 che ha stanziato circa 9 milioni di euro per la riqualificazione degli asili nido), sia per quanto concerne il sostegno alla domanda dei servizi rivolto alle fasce più disagiate della popolazione (con la messa a disposizione di "buoni servizio" a valere dell'Azione 9.7 del Programma che nel corso del 2016 hanno interessato circa 3.600 famiglie). Gli obiettivi di inclusione sociale sono perseguiti attraverso l'innalzamento degli standard dei servizi offerti dalla sanità territoriale, attraverso un consistente programma di investimenti tecnologici finanziati a valere dell'Azione 9.12 del Programma finalizzato ad accrescere e qualificare le prestazioni sociali e sociosanitarie svolte al di fuori dei tradizionali presidi ospedalieri. A tale riguardo risulta in corso di piena attuazione la prima parte di tale programma che riguarda interventi attuati dalle ASL pugliesi sull'intero territorio regionale per un ammontare complessivo di oltre 220 milioni di euro

### **TOSCANA**

**DCR 20.12.17, n. 97** - Nota di aggiornamento al documento di economia e finanza regionale (DEFR) 2018. Approvazione. (BUR n. 56 del 27.12.17)

#### **Note**

Viene approvata la nota di aggiornamento al documento di economia e finanza regionale (DEFR) 2018 (Allegato A) comprensiva dei suoi allegati "Progetti regionali" (Allegato 1a), "Rapporto generale di monitoraggio strategico 2017" (Allegato 1b), parte integrante e sostanziale della presente

**NB**

**SI FA RINVIO ALLA LETTURA INTEGRALE DEL DOCUMENTO**

|                               |
|-------------------------------|
| <b>PROGRAMMAZIONE SOCIALE</b> |
|-------------------------------|

**LOMBARDIA**

**DGR 28.12.17 - n. X/7631** Approvazione del documento «Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2018-2020 (BUR n. 1 del 2.1.18)

**PRESENTAZIONE**

**La Regione Lombardia, fin dalla L.R. n. 8/2003 ha in effetti definito il proprio sistema integrato dei servizi sociali, avuto riguardo, alla necessaria integrazione socio-sanitaria ed al ruolo strategico dell'Ufficio di Zona e del Piano sociale di Zona per la costruzione reale del sistema di offerta dei servizi e del pieno riconoscimento del ruolo dell' Ente locale in ordine alla programmazione, gestione e controllo dei servizi stessi (con le indicazioni relative al suo rapporto con le ATS, alla definizione di Accordi di programma, alla premialità).**

**Si rappresenta di seguito il documento che costituisce un interessante modello di governance e di e-governement.**

**Note****INTRODUZIONE NORMATIVA**

Legge 8 novembre 2000, n. 328 «Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali»

Articolo 2 dello «Statuto d'Autonomia della Lombardia» approvato con l.r. statutaria 30 agosto 2008, n.1;

L.r. 6 dicembre 1999, n.23 «Politiche regionali per la famiglia»;

L.r. 14 dicembre 2004, n. 34 «Politiche regionali per i minori»;

L.r. 12 marzo 2008, n. 3 «Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale» così come modificata dalla l.r. 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, con particolare riferimento agli articoli 11, 13 e 18;

L'articolo 11, comma 1, lettera a) della sopra citata legge regionale che attribuisce alla Regione la funzione di indirizzo per la programmazione delle unità di offerta sociali.

L'articolo 13, comma 1, lettera a) attribuisce ai Comuni singoli e associati e alle Comunità montane, ove delegate, la funzione di programmare, progettare e realizzare la rete locale delle unità di offerta sociali, nel rispetto degli indirizzi e conformemente agli obiettivi stabiliti dalla Regione, anche promuovendo la partecipazione dei soggetti di cui all'articolo 3.

L'articolo 18 dispone che:

- individua il Piano di Zona quale strumento di programmazione in ambito locale della rete d'offerta sociale, nel quale sono definiti le modalità di accesso alla rete, gli obiettivi e le priorità di intervento, gli strumenti e le risorse necessarie alla loro realizzazione;
- definisce le modalità di approvazione, di attuazione, la durata e l'ambito territoriale di riferimento del Piano di Zona; Richiamato l'articolo 3 della l.r. n.3/2008 che riconosce, tra i soggetti partecipanti alla programmazione, progettazione e realizzazione della rete, anche il ruolo esercitato dai soggetti del Terzo Settore, dalle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative e dagli altri soggetti di diritto privato che operano in ambito sociale e sociosanita

La l.r. 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)»;

DCR. 9 luglio 2013, n. 78 «Programma Regionale di Sviluppo della X Legislatura» (PRS) - capitolo «Diritti sociali, politiche sociali e famiglia» - in cui si prevedono:

- il riordino del welfare regionale conciliando il nuovo sistema dei bisogni con la programmazione e l'organizzazione di risposte appropriate, anche sotto il profilo del riorientamento e dell'integrazione delle risorse stesse;
- l'ottimizzazione dell'organizzazione territoriale;

- il sostegno della capacità dei territori, all'interno di un'azione integrata tra i diversi livelli istituzionali e le rappresentanze delle Comunità, di porre in essere una programmazione locale che possa definire priorità, azioni e risorse, nel rispetto delle linee d'indirizzo regionali, in un contesto di efficace collaborazione con gli Enti Locali;

I seguenti atti di indirizzo regionale per la programmazione sociale a livello locale:

- la d.g.r. 16 novembre 2011, n. 2505 «Approvazione documento Un welfare della sostenibilità e della conoscenza – Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2012-2014»;
- la d.g.r. 19 dicembre 2014, n.2941 «Approvazione del documento Un welfare che crea valore per le persone, le famiglie e la comunità - Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2015-2017» ;

Provvedimenti regionali assunti nell'attuale X Legislatura:

- la d.g.r. 14 maggio 2013, n.116 «Determinazioni in ordine all'istituzione del fondo regionale a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili: atto d'indirizzo» che prevede di tutelare il benessere di tutti i componenti della famiglia, agevolando e sostenendo armoniose relazioni familiari, pur in presenza di problematiche complesse, derivanti da situazioni di fragilità;
- la d.g.r. 27 giugno 2013, n.326 «Determinazioni in ordine alla ripartizione delle risorse del Fondo Sociale Regionale 2013» che ha previsto, quale declinazione attuativa del principio di integrazione tra i diversi livelli istituzionali nei processi di analisi e di risposta al bisogno evitando duplicazioni e frammentazione nell'utilizzo delle risorse e nell'erogazione degli interventi, e contestualmente garantendo appropriatezza nella risposta, la costituzione di una specifica Cabina di regia integrata tra A.S.L. e Comuni;
- la d.g.r. 18 aprile 2016, n.5060 «Reddito di autonomia anno 2016: evoluzione del programma e misure innovative» nella quale, con la definizione delle diverse misure che costituiscono il reddito di autonomia della regione Lombardia, vengono stabiliti i principi rispetto al tipo di interventi forniti quali la personalizzazione, la tempestività, la temporaneità e la corresponsabilità.
- la d.g.r. 2 agosto 2016, n.5499 «Cartella Sociale Informatizzata: approvazione Linee Guida e specifiche di interscambio informativo»;
- la d.g.r. 7 giugno 2017, n.6674 »Programma operativo regionale per la realizzazione degli interventi a favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare -Dopo di Noi - Legge n.112/2016» che delinea il programma operativo regionale per il sostegno ai disabili gravi privi del sostegno familiare (Dopo di Noi),
- la d.g.r. 30 giugno 2017, n.6832 «Approvazione delle linee guida per lo svolgimento dei servizi a supporto dell'inclusione scolastica degli studenti con disabilità, in attuazione degli articoli 5 e 6 della l.r. n.19/2007 (di concerto con gli assessori Garavaglia, Gallera e Brianza);
- la d.g.r. 31 luglio 2017, n.7004 «Regolamento regionale. Disciplina della programmazione dell'offerta abitativa pubblica e sociale e dell'accesso e permanenza nei servizi abitativi pubblici in attuazione di quanto disposto dall'art. 23 della l.r. 8 luglio 2016, n.16 «Disciplina regionale dei servizi abitativi»; Preso atto che la sopra citata d.g.r. 19 dicembre 2014, n.2941 stabilisce la durata triennale dell'Accordo di Programma per l'attuazione del Piano di Zona con riferimento al periodo 1° aprile 2015 – 31 dicembre 2017

### **PREMESSA**

La Regione Lombardia, nel corso del triennio di programmazione 2015-2017, ha realizzato un percorso di accompagnamento dei territori impegnati nell'attuazione a livello locale dei Piani di Zona con la finalità di armonizzare le logiche di programmazione locale rispetto agli obiettivi regionali. Gli esiti del percorso di accompagnamento all'attuazione della programmazione locale hanno evidenziato i seguenti temi strategici che si pongono alla base delle linee di indirizzo per la nuova programmazione triennale 2018-2020:

- ricomposizione dei flussi informativi a supporto della programmazione e delle fonti di finanziamento sia a livello locale sia a livello regionale;
- innovazione nei territori che, in alcuni casi, ha portato gli Uffici di Piano a rafforzare il loro ruolo cominciando ad essere luoghi di progettazione di soluzioni innovative che sono state oggetto di

analisi da parte di Regione Lombardia che ha effettuato una ricognizione delle buone prassi realizzate o in fase di realizzazione;

- empowerment dell'utente finale: la triennialità ha voluto gettare le basi per un processo di allargamento della rete degli attori e di potenziamento della capacità di attivazione delle risorse sul territorio; Preso atto di quanto stabilito dall'art. 7 bis della l.r. 23/2015 che prevede la realizzazione di nuovi ambiti distrettuali nonchè di quanto previsto nei Piani di Organizzazione Strategici con riferimento alla dimensione dei nuovi ambiti distrettuali; Ritenuto pertanto utile:
  - avviare, pur con la necessaria gradualità e nel rispetto delle specificità e autonomie del territorio, il percorso evolutivo verso nuovi ambiti distrettuali;
  - valorizzare, mediante congrui livelli di premialità, strategie virtuose verso una dimensione distrettuale coerente con quanto previsto dalla l.r.23/2015;
  - incentivare il raggiungimento di obiettivi strategici di interesse quali ad esempio l'uniformità di regolamentazione, di accesso ai servizi e di compartecipazione alla spesa, l'individuazione di omogenei indicatori di appropriatezza e qualità dei servizi e degli interventi, la progettazione di interventi di innovazione sociale.

L'allegato 1 parte integrante della presente deliberazione, riporta analiticamente:

- le indicazioni, gli obiettivi per la nuova triennialità di programmazione e i ruoli dei diversi attori ;
- l'articolazione dei livelli di premialità e le modalità di erogazione delle relative risorse stanziare in ragione degli obiettivi strategici raggiunti.

Per l'attuazione del sistema premiale verranno messe a disposizione risorse per un ammontare complessivo pari a € 3.660.000,00 a valere sul Fondo Nazionale per le Politiche Sociali con le successive deliberazioni di assegnazione e riparto.

I vigenti accordi di programma, sono prorogati in via transitoria fino alla definizione dei nuovi ambiti distrettuali, nell'arco del triennio di programmazione, cosicché i Comuni possano prendere atto della proroga, oppure procedere alla sottoscrizione di un nuovo Accordo di Programma, sulla base di una nuova programmazione.

### **LA DISPOSIZIONE**

Viene approvato l'Allegato 1 «Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2018/2020», parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che riporta analiticamente:

- a) le indicazioni, gli obiettivi per la nuova triennialità di programmazione e i ruoli dei diversi attori coinvolti;
- b) l'articolazione dei livelli di premialità e le modalità di erogazione delle relative risorse stanziare in ragione degli obiettivi strategici raggiunti;
- c) le modalità di incentivazione del raggiungimento di obiettivi strategici di interesse quali: uniformità di regolamentazione degli accessi, compartecipazione alla spesa, individuazione di omogenei indicatori di appropriatezza e qualità dei servizi e degli interventi, realizzazione di progettualità innovative

### **ALLEGATO 1**

#### **LINEE DI INDIRIZZO PER LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE A LIVELLO LOCALE 2018-2020**

##### **1. PREMESSA**

Il varo della l.r. 23/2015 ha sancito il riordino del sistema di welfare regionale con l'obiettivo di riformare i pilastri organizzativi del sistema, definire nuovi obiettivi strategici di lungo periodo e sistematizzare il quadro della governance del sistema per offrire nuove risposte ai bisogni complessi, rafforzare la dimensione della programmazione e potenziare il livello di integrazione tra i settori sanitario, sociosanitario e sociale.

Da queste premesse prende necessariamente forma la nuova programmazione zonale 2018-2020.

Il passaggio da un sistema centrato sull'offerta ad uno focalizzato sull'analisi del bisogno significa potenziare un modello di welfare costruito sulla risposta integrata ai bisogni – ormai di natura

multidimensionale - del cittadino, inteso come singolo e la sua famiglia quali soggetti facenti parte di una rete ampia.

Nel passaggio di principio “dalla cura al prendersi cura”, è all’interno del sistema di offerta sociale - composta da attori pubblici, privati, profit e non profit -, in integrazione con la rete sanitaria e socio-sanitaria, che il cittadino deve trovare il sostegno necessario ad evitare lo scivolamento o l’acuirsi delle condizioni di vulnerabilità (sia essa sanitaria e/o socio-economica), e una rete capace di fornire una presa in carico complessiva in grado di accompagnare il soggetto nel suo percorso all’interno del sistema di welfare.

Gli indirizzi regionali degli ultimi anni si sono mossi per l’appunto in questa direzione, strutturando il sistema lungo due direttrici principali:

- un sistema basato sulla presa in carico globale della persona;
- un sistema articolato di risposte ai bisogni della persona e della famiglia, fondato sull’offerta consolidata costituente il primo pilastro del welfare e dall’insieme di risposte integrate, flessibili e modulabili governate dal sistema.

Con la D.G.R. 116/13, Regione Lombardia ha istituito il Fondo regionale a favore della famiglia e dei suoi componenti fragili con lo scopo di valorizzare la famiglia, a partire dal supporto alle attività che già svolge in un’ottica sussidiaria: tutelare il benessere di tutti i componenti della famiglia, anche in presenza di situazioni di fragilità e di problematiche complesse; tutelare la salute delle persone fragili, non autosufficienti e/o con patologie cronico-degenerative che si trovano in condizione di povertà.

Questo è il riconoscimento di un ruolo strategico della famiglia come attore e risorsa del nuovo welfare di comunità, con un ruolo in costante evoluzione in parallelo allo sviluppo del nuovo welfare. I diversi provvedimenti regionali assunti (ad esempio la D.G.R. 856/2013, la D.G.R. 740/2013, la D.G.R. 4155/2015), affrontando il tema della disabilità, della fragilità e della vulnerabilità, hanno avuto come obiettivo prioritario quello di adeguare il sistema sociosanitario lombardo alle nuove complessità emergenti, fornendo risposte innovative, flessibili e appropriate alle persone fragili, in molti casi non prese in carico dalla tradizionale rete dei servizi.

La l.r. 23/2015 sistematizza ulteriormente la dimensione centrale della presa in carico della persona basata sulla valutazione multidimensionale del bisogno; una presa in carico costruita sull’universalismo selettivo per l’accesso ai servizi.

L’elemento della presa in carico è essenziale perché, nei fatti, raccoglie una delle maggiori criticità del sistema lombardo, ossia il problema della frammentazione del sistema, in termini di offerta, di accesso al sistema, di risorse, di conoscenza e di processi.

La 23/2015 fornisce gli strumenti e il quadro sistemico per realizzare l’integrazione che, alla luce delle evoluzioni normative degli ultimi anni, può essere intesa come la capacità delle diverse reti di lavorare in una logica sinergica e cooperativa, costruendo filiere di servizi e di interventi coerenti e capaci di promuovere un modello di welfare che sostenga le persone fragili, affiancando sia loro che, ove presenti, i rispettivi nuclei famigliari, in modo integrato e con continuità garantita nel tempo. Nell’ottica del rafforzamento di questi elementi e di una maggiore territorializzazione del welfare quale nuovo modello di governance atto ad avvicinare i servizi ai cittadini, si sono mosse anche le ultime due triennali dei Piani di zona. La triennalità 2012-2014 “Un welfare della sostenibilità e della conoscenza”, ha promosso a livello locale politiche di welfare in grado di:

- realizzare un sistema di rete territoriale in grado di sostenere la famiglia,
- diversificare i servizi fornendo risposte personalizzate,
- razionalizzare e ottimizzare l’impiego delle risorse disponibili, – superare le logiche organizzative settoriali e la frammentazione.

La triennalità 2015-2017 “Un welfare che crea valore per le persone, le famiglie e la comunità”, si è posta come obiettivi principali quelli di ricomporre:

- le informazioni e la conoscenza per programmare in modo integrato, – i servizi per facilitare i percorsi degli utenti, – le risorse per ottenere più efficacia e ridurre gli sprechi. In un quadro in cui risultano strategici il superamento della frammentarietà degli interventi e delle risorse impiegate, la

lettura integrata del bisogno (affidata ai territori in quanto attori principali nell'analisi dei nuovi bisogni) e l'appropriatezza delle risposte, appare rilevante il ruolo dell'innovazione sociale come strumento strategico per il potenziamento del sistema di welfare.

L'innovazione sociale può essere vista come un modello articolato di cambiamenti che raccoglie strutture, servizi e interventi che, in chiave singola e/o coordinata - tramite efficaci modelli sperimentali -, riesce a produrre risposte nuove, appropriate e centrate sui bisogni emergenti, coinvolgendo i diversi attori territoriali in una logica di cooperazione integrata e sussidiarietà. In quest'ottica Regione Lombardia ha già definito una cornice programmatica con interventi quali, ad esempio, la D.G.R. 5060/16, nella quale vengono stabiliti dei principi rispetto al tipo di interventi forniti quali la personalizzazione, la tempestività, la temporaneità e la corresponsabilità. L'innovazione sociale concerne quindi il ruolo degli attori pubblici (capacità di programmazione, attivazione, definizione di obiettivi strategici di lungo periodo, flessibilità negli interventi, coordinamento della rete nei suoi diversi aspetti, implementazione delle politiche, valutazione della qualità dei servizi e dell'appropriatezza degli interventi), quello degli attori privati e del territorio (nuove partnership pubblico - privato e privato - privato, sperimentazione di nuovi modelli di intervento e nuovi servizi, monitoraggio dei nuovi bisogni sul territorio, radicamento territoriale della rete, mobilitazione di nuove risorse, sperimentazione) e quello dei cittadini (non più semplice consumatori ma centro del sistema, produttori di welfare, soggetti attivi nella rete dei servizi). L'innovazione sociale diventa quindi la bussola su cui orientare il sistema nei prossimi anni perché è un modello di azione che può coniugare un miglior utilizzo delle varie risorse a disposizione, potenziare la sinergia tra gli attori e negli interventi, fornire flessibilità nelle risposte e mettere realmente al centro del sistema il cittadino fragile e la sua famiglia. La programmazione sociale inoltre deve connettersi anche con gli ulteriori strumenti programmatici messi in campo da regione Lombardia che coinvolgono gli enti locali del territorio e con le altre iniziative di promozione che attuano ad esempio le reti territoriali interistituzionali antiviolenza, le reti di conciliazione e le reti per la promozione delle pari opportunità così come previsto dal Piano regionale quadriennale antiviolenza approvato con DCR n. X/894 del 10 novembre 2015.

## 2. LA PRECEDENTE TRIENNALITÀ

La triennalità 2015-2017 “Un welfare che crea valore per le persone, le famiglie e la comunità”, si è sviluppata attorno a 3 obiettivi: - la ricomposizione e lettura sinergica delle informazioni al fine di promuovere una migliore programmazione integrata.

Questo obiettivo ha il compito di consentire ai Piani di zona di svolgere un ruolo ancora più rilevante divenendo il “collettore” delle informazioni utili a produrre una lettura integrata dei bisogni, una risposta di sistema complessiva per tali bisogni e una valutazione di impatto delle politiche attuate; - la ricomposizione dei servizi è mirata a garantire ai cittadini un accesso più semplice, e omogeneo ai servizi/misure erogate sul territorio.

Fatta salva l'autonomia dei comuni, è necessario continuare sulla strada di una maggiore uniformità rispetto a criteri basilari inerenti accesso ed erogazione; - la ricomposizione delle risorse è il terzo elemento chiave: questo percorso consente non solo di ridurre gli sprechi ma anche di impiegare in modo più omogeneo tali risorse sul territorio. Il tema dirimente in una dimensione di medio/lungo periodo è quante risorse i comuni possono mettere a disposizione dei Piani per dare corpo ad una programmazione territoriale integrata più forte.

A partire dalla triennalità 2015/17, sviluppatasi contestualmente alla riforma, è risultato ancora più rilevante il tema della riconfigurazione della governance, ossia di come il modello organizzativo possa essere di supporto al raggiungimento degli obiettivi di ricomposizione e di migliore erogazione dei servizi. In questo quadro la triennalità si è posta alcune domande/obiettivi:

Ricomposizione delle fonti:

Con quali modalità vengono oggi gestite e ripartite le diverse fonti di finanziamento nazionali, regionali e locali?

Nel corso della triennalità si è cercato di ricomporre i diversi flussi ma diviene strategico immaginare modalità alternative di gestione delle fonti di finanziamento.

□ **Innovazione nei territori:** L'obiettivo di ricomposizione proposto dalle Linee di Indirizzo regionali è intervenuto per riorientare la programmazione zonale: gli Ambiti hanno rafforzato il loro ruolo cominciando ad essere luoghi di progettazione di soluzioni innovative, al punto che appare necessario monitorare in modo cadenzato le best practices presenti nei territori.

□ **Ripensamento del ruolo degli attori tradizionali:** Un tema strategico è l'alleggerimento del ruolo della PA e il tentativo di procedere verso una maggiore sburocratizzazione della rete e del suo funzionamento. In questo campo, data la grande quantità di misure che gli Uffici di Piano devono gestire e le diverse fonti di finanziamento su cui si trovano a lavorare, è utile proseguire - nei limiti definiti dalle normative - sul sentiero di un maggiore sgravio per quel che concerne la fase di rendicontazione e di istruttoria, ottimizzando i flussi informativi al fine di rendere più snello ed efficace il dialogo tra gli attori della rete.

□ **Empowerment dell'utente finale:** La triennialità ha voluto gettare le basi per un processo di allargamento della rete degli attori e di potenziamento della capacità di attivazione delle risorse sul territorio. Questo significa essere in grado di attivare molteplici e differenziate dinamiche e collaborazioni non tradizionali, compresa quindi la ricerca di fonti di finanziamento differenziate da integrare con i finanziamenti ordinari. L'obiettivo strategico della ricomposizione delle informazioni, dei servizi e delle risorse avviato nella precedente triennialità, risulta confermato anche per la nuova triennialità dato che i tre aspetti ineriscono l'implementazione della capacità programmatoria, del miglioramento dei servizi e della facilitazione dell'accesso degli utenti al sistema e della razionalizzazione delle risorse disponibili.

Rispetto al consolidamento di quanto già fatto dagli Ambiti nel campo della ricomposizione, Regione Lombardia interverrà con un monitoraggio dello stato dell'arte e dei progressi raggiunti, in modo da avere un quadro completo della situazione presente sul territorio, della sua complessità e delle sue differenze che sarà condiviso con gli attori interessati.

### 3. I NUOVI AMBITI DISTRETTUALI E I PIANI DI ZONA

Nel quadro del generale riordino del sistema socio-sanitario regionale, la l.r. 23/2015 interviene anche sugli ambiti per ciò che concerne i loro confini e quindi la loro logica di azione. All'articolo 7bis la legge prevede che: (...) I distretti sono articolati dalla ATS in ambiti distrettuali, comprendenti ciascuno una popolazione di norma non inferiore a 80.000 abitanti. Nelle aree ad alta densità abitativa tale rapporto è elevato fino a 120.000 abitanti.

Nelle aree montane e nelle aree a scarsa densità abitativa, l'ambito può comprendere una popolazione minima di 25.000 abitanti.

Per la Città Metropolitana di Milano i distretti e le relative articolazioni in ambiti distrettuali tengono conto delle articolazioni territoriali funzionali della stessa.

Il passaggio da Ambito territoriale ad Ambito distrettuale delinea una scelta che risponde proprio al bisogno di ricomposizione, così come delineato durante il corso della legislatura e della precedente triennialità. La possibilità per i comuni e di adottare un nuovo assetto territoriale di programmazione territoriale e nuove partnership, apre al confronto sull'opportunità di pensare ad un modello maggiormente integrato e meno frammentato, a partire proprio dal modello di governance delle politiche e dei processi.

Nei fatti la l.r. 23/2015 fornisce lo spazio normativo per potenziare rapporti di cooperazione sovrazonale che nel corso degli anni e delle precedenti triennialità sono andati a formarsi, con l'obiettivo di rafforzare e omogenizzare aspetti fondamentali dei servizi in territori simili per caratteristiche socio/economiche e contigui in termini di confini territoriali/amministrativi.

Questo significa pensare alla cooperazione orizzontale come ad un modello di governance da potenziare ulteriormente, mobilitando risorse al fine di incentivare la strutturazione di tali rapporti. Le ipotesi di ridefinizione dei confini degli ambiti contenute nei POAS delle 8 ATS traducono in un possibile scenario ciò che è stato definito normativamente con la l.r. 23/2015. In questo prospetto vengono così ipotizzati degli scenari che sono il prodotto dell'intersezione di due criteri: il criterio di numerosità della popolazione, così come definito dalla l.r. 23/2015, e le esperienze di lavoro comune e di contiguità tra Piani, sviluppatesi negli anni.

Il processo di ridefinizione degli ambiti non deve essere visto come un adempimento normativo di tipo burocratico, ma come una finestra di opportunità utile per istituzionalizzare modelli cooperativi sviluppatosi e rinsaldatosi negli anni, e come occasione per crearne di nuovi. Questi sono requisiti propedeutici al fine di razionalizzare le risorse nell'ottica dell'investimento sociale – ossia pensare il welfare non come una semplice “spesa” nel bilancio ma come un investimento che prevede un ritorno in termini socio-economici nel lungo periodo – e dell'innovazione (non può esserci innovazione senza apertura e scambio costante con altri soggetti della rete). La nuova dimensione di Ambito può consentire ai comuni di ridefinire sempre più l'attenzione sul sociale potenziando ulteriormente la gestione associata dei servizi.

#### 4. LA NUOVA PROGRAMMAZIONE TRIENNALE ZONALE

La nuova programmazione zonale si inserisce, quindi, in un quadro normativo e amministrativo ancora in forte evoluzione, pertanto, le presenti linee guida intendono accompagnare la prossima triennalità di programmazione inserendola nel nuovo quadro evolutivo disegnato dalla l.r. 23/2015 e dai nuovi POAS, con la necessaria gradualità e secondo principi che garantiscano l'autonomia territoriale, in tal senso con il presente atto gli accordi di programma già approvati con la triennalità 2015/17 sono prorogati, in via transitoria, fino alla definizione dei nuovi ambiti distrettuali, così come da programma di implementazione dei POAS.

Le linee guida intendono comunque anche fornire indicazioni che delineino con chiarezza la direzione e lo sviluppo programmatico del nuovo triennio, anche incentivando con le quote di premialità più oltre indicate, sia l'aggregazione degli ambiti, in ordine a quanto oggi già previsto dai POAS, sia lo sviluppo e il potenziamento di politiche sociali integrate nei modelli di governance, nelle azioni e nelle reti di realizzazione. I paragrafi successivi declinano nello specifico gli obiettivi della prossima programmazione zonale e il ruolo e i compiti dei principali attori chiamati a disegnarla e a realizzarla.

##### 4.1 IL RUOLO DELLE ATS

La l.r. 11 agosto 2015, n. 23 ha introdotto novità fondamentali, volte ad adeguare il sistema anche relativamente all'integrazione tra le prestazioni sociosanitarie e sanitarie con quelle sociali di competenza dei comuni, rafforzando la funzione di governance dell'ATS in tal senso, attraverso gli strumenti del Dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali e la cabina di regia con “funzioni consultive rispetto alle attività del Dipartimento”. Le ATS svolgono, infatti, un preciso ruolo di regia su molte attività di carattere sociale, sia per rispondere a bisogni che sono contemporaneamente sociosanitari e sociali, sia per prevenire l'evoluzione della fragilità sociale in fragilità sociosanitaria e/o sanitaria o ancora per la indispensabilità di promuovere sinergie ed integrazione delle professionalità e delle competenze al fine di realizzare un piano assistenziale adeguato e corrispondente ai bisogni della persona.

In linea generale si tratta di tutte le funzioni che necessitano di una presa in carico integrata rispondendo a situazioni di vulnerabilità e fragilità.

La l.r. 23/2015 ha ribadito la piena titolarità delle funzioni e delle competenze in ambito sociale in capo ai Comuni, attraverso la programmazione zonale espressa dal Piano di Zona.

La Cabina di Regia ha il compito di raccordare le necessità dell'integrazione e del funzionamento della rete socio-sanitaria con quella sociale, con i bisogni espressi dal territorio e nella fattispecie sanitari e sociosanitari dalle ASST e sociali che sono raccolti dai Piani di zona e dalle assemblee di ambito distrettuale, e trasmessi da queste ai distretti.

Già la D.G.R.. 326/13 aveva previsto la costituzione di una specifica Cabina di regia integrata tra ex ASL e Comuni quale strumento operativo per l'implementazione dell'integrazione tra i diversi livelli istituzionali nei processi di analisi e di risposta al bisogno, evitando la frammentazione nell'utilizzo delle risorse e nell'erogazione degli interventi e al fine di garantire prontezza e appropriatezza nella risposta.

Oggi, alla Cabina di regia, prefigurata dalla l.r.23/2017 è necessario partecipino, oltre ai rappresentanti dei Comuni e dell'ATS, anche i rappresentanti delle ASST, quale luogo di raccolta della domanda sanitaria e sociosanitaria del territorio e di costruzione di una presa in carico integrata della persona.

Nelle attività di competenza dell'ASST, infatti, trovano collocazione le funzioni che rispondono a bisogni di persone vulnerabili, a rischio di fragilità sociosanitaria o sanitaria e che quindi necessitano di una presa in carico integrata comportante la valutazione degli aspetti sociali, sanitari e sociosanitari e lo sviluppo di un progetto personalizzato risultante dagli esiti della valutazione, progetto personalizzato che, ove vi sia il bisogno di una presa in carico con forti risvolti di fragilità e vulnerabilità della famiglia, necessita anche di interventi di tipo sociale.

La programmazione sociale si deve inserire nel percorso di integrazione con il sistema sociosanitario in un processo virtuoso volto ad evitare duplicazioni di interventi e promuovere la razionalizzazione delle risorse professionali e finanziarie in ottica di presa in carico globale ed unitaria della persona e della sua famiglia.

Le ATS, attraverso gli strumenti messi a disposizione dalla l.r.23/2015 devono esercitare la propria funzione di governance garantendo:

- le attività di valutazione multidimensionale rispetto agli interventi complessi, a tutela dei minori, non autosufficienza (es. FNA), area famiglia, in raccordo con le ASST e in integrazione con équipe sociali territoriali;
- l'individuazione di percorsi condivisi tra ATS, ASST e Comuni per una presa in carico integrata, con particolare attenzione alla cronicità, della persona assicurando la continuità assistenziale, senza interruzione delle prestazioni, garantendo l'accesso a tutti i servizi /interventi della rete, utili a rispondere ai bisogni della persona;
- razionalizzazione dei processi operativi per la presa in carico del bisogno (es. PUA, CEAD, Sportelli unici welfare ecc.);
- confronto e scambio informativo tra ATS e Ambiti in relazione al monitoraggio, alla verifica, al controllo degli interventi e dei servizi integrati sociali e sociosanitari e le attività di monitoraggio-controllo relativo all'erogazione e utilizzo delle risorse dei fondi sociali (Fondo Sociale Regionale, FNPS, FNA).

#### 4.2 IL RUOLO DELL'UFFICIO DI PIANO

Il punto da cui deve partire la nuova programmazione 2018/2020 è quello di costruire risposte innovative ai bisogni sociali che stanno emergendo nei territori, sperimentando nuove partnership e nuove azioni, e tenendo fede ad una impostazione rivolta al potenziamento e al miglioramento della rete dei servizi di welfare locale. In quest'ottica l'Ufficio di Piano diventa sempre più uno strumento essenziale perché può impostare una programmazione radicata nelle problematiche dei diversi territori, dato che dispone dei dati complessivi di un territorio, ne conosce le criticità e le urgenze, e sa quali sono i punti di forza e debolezza della rete di welfare locale.

Considerando che l'obiettivo strategico sullo sfondo è la riduzione della frammentazione e il raggiungimento di una più efficace lettura del bisogno - anche in chiave preventiva -, gli Uffici di Piano possono contribuire a ricomporre la frammentazione del welfare locale intervenendo sull'offerta, in particolare orientando l'intervento di risposta sul reale bisogno del soggetto, riducendo la complessità nell'accesso ai servizi e promuovendo competenze in grado di innovare tali servizi. In questo senso bisogna muoversi verso l'idea che gli Uffici di Piano siano oltre che gestori, anche programmatori e promotori di nuovi strumenti e azioni di welfare. Inoltre è necessario che gli interventi siano condotti con lo scopo di integrare diverse aree di policy: casa, formazione e lavoro, sanità e scuola.

La programmazione zonale acquisisce in questa triennalità un nuovo significato: può contribuire positivamente alla ricomposizione tra le diverse istituzioni e tra le azioni svolte dagli attori che operano nel welfare locale, impostando un modello di politiche sociali fondate sull'innovazione, sull'integrazione delle diverse componenti del sistema di welfare nella logica dell'investimento, piuttosto che sul modello dell'assistenza e del "contenimento" di gravi criticità.

A dispetto della restrizione nelle risorse disponibili quale risultato di politiche di bilancio sempre più stringenti, gli Uffici di Piano si trovano a dover gestire le emergenze prodotte da una situazione economico-sociale deterioratasi a causa della perdurante crisi economica.

Nonostante le diverse fonti di finanziamento - Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, Fondo Nazionale per la non Autosufficienza, Fondo Sociale Regionale e conferimenti diretti dei Comuni - prevedano una gestione vincolata della spesa, è l'Ufficio di Piano ad avere la capacità di programmare i propri interventi sulla base di una lettura puntuale del bisogno (composta dai dati raccolti direttamente dai comuni, da indicatori da applicare al contesto socio-economico territoriale e dall'esperienza diretta dei servizi sociali sul territorio) e sulla capacità di produrre politiche e azioni sperimentali nel solco dell'innovazione sociale.

Quest'ultimo è un modello in grande espansione anche grazie al ruolo del welfare di comunità che si fonda sull'azione congiunta di diversi attori. In tale contesto appare strategico per i comuni rafforzare il ruolo degli Uffici di Piano in termini di dotazioni strumentali, di personale e di risorse economiche conferite.

Al contempo è fondamentale che l'Ufficio di Piano venga ripensato nell'ottica della nuova dimensione di Ambito distrettuale: la gestione associata dei servizi sociali, della loro programmazione, gestione ed erogazione è la questione dirimente al fine di potenziare la dimensione territoriale del nuovo welfare, rendendo il percorso della ricomposizione realmente efficace. Gli Uffici di Piano hanno quindi una centralità strategica per quel che concerne la programmazione e l'implementazione delle politiche sociali. Questa gestione è sempre più importante perché il territorio si trova a governare misure e fonti di finanziamento differenti, provenienti da diversi livelli di governo, da integrare sul territorio con la programmazione sociale adottata dai singoli comuni.

Data questa sempre maggiore centralità, la Regione Lombardia sostiene il consolidamento della capacità degli Ambiti in tema di programmazione, regolamentazione e gestione delle funzioni sociali, considerando la loro centralità per quel che concerne la gestione e l'implementazione delle politiche sociali. Gli Uffici di Piano hanno quindi la possibilità di coordinare ed integrare le politiche sociali prodotte nei comuni e a livello di programmazione zonale, con:

a) le politiche regionali quali ad esempio le misure di Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale, come il Bonus Famiglia e la misura Nidi Gratis, voucher di autonomia per anziani e disabili, le misure afferenti al Fondo per la non autosufficienza, gli interventi per l'assistenza educativa scolastica (D.G.R. 6832/2017 con le linee guida per l'integrazione scolastica e il dds 8764/2017 inerente l'assegnazione dei contributi ai Comuni a supporto dello svolgimento dei servizi di trasporto scolastico e assistenza educativa specialistica), il programma operativo regionale per il sostegno ai disabili gravi privi del sostegno familiare (Dopo di Noi), le nuove politiche abitative regionali concernenti la programmazione dell'offerta abitativa pubblica, coordinata ed integrata con la rete dei servizi sociali e attuata dai Comuni (D.G.R. 6740/2017 e l.r. 16/2016 sulla disciplina inerente l'accesso e la permanenza nei servizi abitativi), la D.G.R. 6674/2017 che delinea il programma operativo regionale per il sostegno ai disabili gravi privi del sostegno familiare (Dopo di Noi), le politiche di contrasto alla violenza di genere in applicazione del piano regionale quadriennale antiviolenza d.c.r n. x.x/894 del 10 novembre 2015 (L.R.11/2012), le progettualità adottate per particolari categorie di popolazione, sostenute con fondi comunitari.

b) le politiche nazionali quali ad esempio il Reddito di Inclusione (l.33/2017), misura diretta al contrasto della povertà che prevede una quota non inferiore al 15% del fondo destinata al rafforzamento dei servizi sociali territoriali.

#### 4.3 IL RUOLO DEL TERZO SETTORE

Il rafforzamento del welfare di comunità come modello di produzione di servizi e come modalità di intervento, mette ancora più al centro del sistema il Terzo Settore e il suo ruolo di attivatore, produttore di servizi e quindi attore centrale della rete. In Lombardia il rapporto tra attore pubblico e Terzo Settore è molto stretto e strutturato, considerando che i soggetti svolgono azioni congiunte che vanno dalla coprogettazione alla sperimentazione nella gestione congiunta degli interventi, avendo quindi operato in direzione della creazione di un rapporto altamente istituzionalizzato tra pubblico e privato sociale. Questo rapporto ha trovato la sua definizione nelle "Linee Guida per la semplificazione amministrativa e la valorizzazione degli enti del terzo settore nell'ambito dei servizi alla persona e alla comunità" (D.G.R. IX/1353) e nelle "Indicazioni in ordine alla procedura di

coprogettazione fra comune e soggetti del terzo settore per attività e interventi innovativi e sperimentali nel settore dei servizi sociali” (D.G.R. IX/12884) nelle quali vengono delineate le modalità dei rapporti di collaborazione tra Pubblica Amministrazione e terzo settore, richiamando il ruolo del Terzo Settore così come previsto dalla legge 328/2000.

Il Piano di zona è quindi lo “spazio territoriale e istituzionale” all’interno del quale il Terzo Settore svolge le sue funzioni e dove vengono realizzate la coprogettazione degli interventi.

Benché la coprogettazione abbia alle spalle un percorso ormai abbastanza radicato, non significa che tale strumento non richieda un maggiore sforzo di sistematizzazione e un orientamento prettamente dedicato alla definizione di politiche e servizi innovativi.

Questa modalità ha la funzione di allargare la governance delle politiche sociali locali integrando gli attori nel sistema e implementando l’efficienza e l’efficacia delle azioni nel campo del welfare di comunità.

Il ruolo del Terzo Settore è quindi strategico sia per la lettura del bisogno territoriale sia per la programmazione delle risposte, come indicano la legge 328/2000, la l.r. 3/2008 e infine la D.G.R. 2941/2014, la quale prevede precisamente che “I soggetti del Terzo Settore concorrono, quindi, all’individuazione degli obiettivi dei processi di programmazione regionale e locale e partecipano, anche in modo coordinato con gli Enti Locali alla definizione di progetti per servizi ed interventi di cura alla persona”.

Per realizzare concretamente questa disposizione, fondamentale al fine di potenziare l’integrazione e costruire una efficace risposta al bisogno, è necessario che gli Ambiti/Uffici di Piano attivino dei tavoli tecnici a cui partecipino attivamente i soggetti del Terzo Settore e altri attori della rete il cui contributo è ritenuto fondamentale per la programmazione, con la funzione di potenziare:

- la raccolta di dati ed esperienze territoriali utili all’analisi del bisogno,
- la programmazione frutto della messa a sistema di tali conoscenze e dati,
- la coprogettazione e la gestione (di progetti e servizi),
- il monitoraggio delle azioni intraprese, - la valutazione ex post dei progetti, delle misure e dei servizi attivati,
- la creazione di strumenti e indicatori per misurare l’attuazione delle politiche messe in campo nel settore sociale e valutare l’impatto delle azioni attivate.

I tavoli così strutturati sono convocati con cadenze regolari, in modo da produrre una effettiva condivisione ed una efficace lettura integrata del bisogno, potenziando il dialogo istituzionale e contribuendo a superare la frammentarietà degli interventi. In questo modo sarà possibile implementare politiche sociali in grado di affrontare territorialmente il tema della lotta alla vulnerabilità e il rafforzamento dell’inclusione sociale, riflettendo su come impostare le policy in quei settori ritenuti maggiormente delicati e su cui è preponderante pensare ad uno sforzo maggiormente condiviso. Una progettualità condivisa a livello territoriale deve essere considerata sì come uno strumento per ottenere nuove risorse da fonti alternative (bandi, partnership con il privato ecc...) ma non possono ridursi esclusivamente a questo. Guadagnare nuove risorse non può essere il modo per finanziare in toto strumenti di welfare, ma deve essere il modo per permettere l’avvio e la sperimentazione di nuove azioni, servizi e politiche sociali che possano nel tempo essere sostenibili. Questa partnership tra pubblico e terzo settore richiede un notevole sforzo nei metodi di lavoro e nelle modalità di relazione e di azione; inoltre richiede necessariamente anche l’introduzione di strumenti di valutazione dei risultati prodotti e dei cambiamenti introdotti. Lo sviluppo della cooperazione tra Terzo settore, che opera come attore impegnato nella promozione della coesione e dell’inclusione sociale, attori privati e pubblici, può agire come fattore di innovazione per la vita economica, culturale e sociale e stimolare la riorganizzazione del sistema delle risposte ai bisogni sociali.

## 5. INDICAZIONI PER LA DEFINIZIONE DELLA PROGRAMMAZIONE LOCALE

### 5.1 IL PIANO DI ZONA

Il Piano di Zona è lo strumento di programmazione in ambito locale del sistema di offerta sociale ed è centrale per il buon funzionamento della governance locale rispondendo al meglio al bisogno sociale che la comunità locale manifesta.

Per realizzare questo obiettivo occorre svolgere con continuità un'analisi integrata dei bisogni sociali territoriali, espressi e sommersi, e dei fattori di rischio emergenti, programmando le risposte in un'ottica preventiva, attraverso la realizzazione delle azioni e degli obiettivi inseriti nel documento di Piano.

La prossimità con il cittadino è l'elemento chiave che permette di maturare nel tempo conoscenze, competenze ed esperienze della propria realtà territoriale e di agire, in collaborazione con gli altri attori sociali che operano a livello locale (associazioni, terzo settore, sindacati), nella direzione di un welfare partecipato e innovativo. Inoltre, il Piano di Zona deve essere anche lo strumento per coordinare la programmazione sociale con gli altri strumenti di programmazione esistenti e con le altre iniziative di promozione degli interventi della rete sociale, per ottimizzare le politiche sociali del territorio (piani locali integrati di promozione della salute, piano di governo del territorio, piano territoriale degli orari e dei servizi, piani territoriali per l'occupazione, reti territoriali di conciliazione).

Reciprocamente, gli Enti titolati alla predisposizione di documenti di programmazione settoriale devono a loro volta tenere conto dei principi espressi dal Piano di Zona.

La programmazione, di norma triennale, è così sviluppata e gestita tramite lo strumento del Piano di Zona in auspicabile integrazione con il sistema sanitario e sociosanitario, nonché con le politiche del lavoro, della formazione professionale, dell'istruzione, dell'educazione, della casa, della sicurezza e della pianificazione territoriale.

Il territorio di riferimento dei comuni associati nel Piano di Zona, alla luce della riforma ex l.r. 23/2015, si auspica possa tendere a coincidere, entro la fine della triennalità, con l'Ambito distrettuale attraverso un percorso di aggregazione laddove esistano condizioni favorevoli sotto il profilo territoriale, gestionale, organizzativo, programmatico e di accesso ai servizi.

La Regione Lombardia valorizza pertanto strategie virtuose di programmazione sociale di Ambito distrettuale, legittimate da accordi di programma sottoscritti per favorire l'omogeneità dei criteri di presa in carico, l'ottimizzazione delle risorse e l'efficacia delle politiche attuate.

La Regione Lombardia sostiene il consolidamento delle capacità dei comuni in tema di programmazione, regolamentazione e gestione delle funzioni sociali, valorizzando azioni e obiettivi che si inseriscono nel solco dell'innovazione sociale.

Il Piano di Zona è attuato mediante la sottoscrizione di un accordo di programma con la ATS territorialmente competente (l.r. 3/2008).

Gli organismi rappresentativi del terzo settore, che hanno partecipato alla elaborazione del Piano di Zona aderiscono, su loro richiesta, all'accordo di programma.

Nelle more della revisione dell'art. 18 della l.r. 3/2008 l'assemblea dei sindaci dell'Ambito distrettuale, sottoscrive, approva e aggiorna i documenti di Piano afferenti all'Ambito distrettuale di riferimento, di cui alla l.328/2000 e l.r. 3/2008 e vista la l.r. 23/2015, in integrazione con il sistema sanitario e sociosanitario.

L'assemblea opera al fine di garantire una programmazione, di norma triennale, coordinata a livello di ambito territoriale di riferimento, gestita nell'ambito della nuova programmazione zonale definita nei Piani di zona, in integrazione con il sistema sanitario e sociosanitario, come previsto dalla l.r.23/2015, nonché con le politiche del lavoro, della formazione professionale, dell'istruzione, dell'educazione, della casa, della sicurezza e della pianificazione territoriale.

L'assemblea dei sindaci di Ambito distrettuale svolge dunque delle funzioni essenziali per la corretta governance dei processi di policy sul territorio.

Prima di tutto può formulare pareri e proposte all'assemblea dei sindaci di distretto riguardo alla definizione della programmazione dei servizi e fornisce ausilio alla stessa permettendo di declinare i servizi a seconda delle peculiarità territoriali, in modo tale da potenziare la capacità di produrre servizi flessibili parametrati sulle diverse esigenze territoriali.

Le assemblee di Ambito distrettuale tutelano la necessità di continuità operativa dei diversi comuni afferenti, facilitandone la visione di insieme e, in sinergia con il Dipartimento della Programmazione per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali (Dipartimento PIPSS), operano

con le assemblee di distretto al fine di potenziare l'integrazione tra le reti. In sintesi, per quantità di misure, disponibilità di risorse e livello di provenienza (europea, nazionale, regionale, locale) appare evidente quanto la lotta contro la vulnerabilità socio-economica, le nuove forme di povertà, la tutela delle persone fragili e il potenziamento dell'inclusione sociale, siano le stelle polari di un welfare in corso di rimodulazione.

Un welfare sempre più territorializzato e partecipato che vede nei livelli regionali e locali, i livelli di governance atti ad agire come programmatori ed attivatori di politiche sempre più flessibili ed innovative. Per questo motivo il l'ufficio di Piano è indubbiamente l'attore centrale per competenze de jure e de facto, per conoscenza della realtà territoriale e per capacità di azione, in grado di portare i servizi del welfare sempre più in prossimità rispetto ai bisogni complessi dei cittadini.

## 5.2 L'ACCORDO DI PROGRAMMA

Ai sensi dell'art. 18 della l.r. 3/2008 i Comuni attuano il Piano di Zona mediante la sottoscrizione di un Accordo di Programma con la ATS territorialmente competente.

Gli organismi rappresentativi del terzo settore, che hanno partecipato alla elaborazione del Piano di Zona aderiscono, su loro richiesta, all'Accordo di Programma.

I sottoscrittori dell'Accordo di Programma da un lato sono responsabili dell'attuazione delle azioni e degli obiettivi indicati nel documento di piano, al fine dell'efficacia delle policy sociali programmate, dall'altro sono legittimati nella regolazione di diversi rapporti di collaborazione, per implementare un welfare di comunità sostenibile.

L'Accordo di Programma è costituito dai seguenti elementi essenziali:

- finalità e obiettivi; ù
- indicazione dell'Ente Locale, o sua espressione, è capofila dell'accordo;
- riconoscimento dell'ufficio di piano, quale struttura tecnico-amministrativa di supporto e di coordinamento alla realizzazione delle attività previste nel documento di piano (auspicabile che sia un solo ufficio di piano a livello di Ambito distrettuale);
- indicazione dei soggetti sottoscrittori e aderenti e l'esplicitazione dei rispettivi impegni;  strumenti e modalità di collaborazione con il terzo settore;
- modalità di verifica e monitoraggio dell'attuazione dell'accordo di programma;  durata triennale per la programmazione sociale definita dal Piano di Zona (legge 328/2000/2000 e legge 3/2008)

Alla luce della l.r. 23/2015, salvo diverse esplicite indicazioni regionali, i vigenti Accordi di Programma per i Piani di zona 2015-2017 si intendono prorogati in via transitoria fino alla definizione dei nuovi ambiti distrettuali, così come da programma di implementazione dei POAS. Si conferma che all'Ente Capofila dell'Accordo di Programma sono assegnate ed erogate, anche tramite le ATS, le risorse, derivanti da fondi europei, regionali e statali, per la realizzazione di servizi ed interventi sociali a gestione associata dei Comuni afferenti all'Ambito distrettuale.

## 5.3 GLI OBIETTIVI DELLA NUOVA PROGRAMMAZIONE

Considerata la complessità del bisogno sociale presente sul territorio, la programmazione del prossimo triennio 2018-2020 ha come priorità la realizzazione di servizi e di interventi di welfare locale in forma partecipata e integrata, facendo leva su risposte prossime, adeguate, personalizzate e innovative rispetto alle domande del territorio.

In particolare emerge la necessità di un rafforzamento della presa in carico integrata, valorizzando la rete sociale esistente e coordinando gli interventi e le azioni attraverso un dialogo costante con gli attori che animano il welfare locale, proseguendo nel percorso di ricomposizione delle conoscenze, delle risorse e dei servizi già avviato durante la precedente triennalità.

È importante a riguardo non solo allineare gli interventi di presa in carico ma anche le scelte di progettazione nel medio e lungo termine, favorendo la convergenza di tempistiche, modalità e contenuti degli obiettivi zonali.

Uno degli obiettivi cardine della l.r. 23/2015 è infatti quello di promuovere un sistema di welfare in grado di affiancarsi e sostenere le persone fragili che necessitano interventi anche di carattere sociale continuativi nel tempo, al fine di evitare lo scivolamento in condizioni di esclusione sociale o rimediare a condizioni di vulnerabilità socio-economica, per i quali diventa fondamentale superare la

frammentazione degli interventi e delle risorse. Diventa quindi fondamentale rafforzare la centralità della presa in carico, potenziando la valutazione multidimensionale anche attraverso una rinnovata formazione degli operatori.

La programmazione delle politiche sociali locali per questo nuovo triennio deve partire dalla profonda conoscenza del bisogno del territorio per costruire risposte adeguate e innovative, al fine di portare un beneficio reale ai cittadini.

Il bisogno sociale emergente è infatti sempre più articolato, comprendendo situazioni di vulnerabilità socio-economica e povertà sociale radicate, che rispetto al passato interessano anche fasce nuove di popolazione, quali i giovani e i lavoratori. Infine è utile evidenziare che le politiche sociali prodotte a livello dei Comuni e dei Piani di zona debbano necessariamente integrarsi con le politiche regionali e nazionali (es. misure quali Bonus Famiglia e Nidi Gratis, gli interventi per l'assistenza educativa e scolastica, le politiche abitative e di housing sociale, il programma Dopo di Noi, il Reddito di Inclusione). Per favorire al meglio tale integrazione è importante che i nuovi Piani di zona definiscano obiettivi di programmazione inclusivi di tali progettualità in corso, reciprocamente

La Regione Lombardia riconosce la priorità di dialogare costantemente con i territori e favorire lo scambio di informazioni al fine di agevolare e ottimizzare la gestione degli interventi sociali a beneficio dei cittadini e delle famiglie.

In quest'ottica la legge 33/2017, denominata reddito di inclusione (REI), è individuata come livello essenziale delle prestazioni da garantire uniformemente in tutto il territorio nazionale. Per garantire l'applicazione di tale misura Regione Lombardia predisporrà entro marzo 2018 il Piano regionale per la lotta alla povertà che prevederà la programmazione dei servizi necessari per l'attuazione del REI come livello essenziale delle prestazioni, nei limiti delle risorse disponibili, nel rispetto e nella valorizzazione delle modalità di confronto con le autonomie locali.

Oltre al proseguimento del percorso intrapreso nella precedente triennalità, la nuova programmazione deve perseguire alcuni importanti obiettivi strategici di lungo periodo, con interventi flessibili e facendo leva sulla rete sociale consolidatasi sul territorio. In particolare si indicano i seguenti:

1. omogeneità di accesso ai servizi e agli interventi sociali a livello del nuovo Ambito distrettuale (uniformità dei regolamenti, dei criteri di accesso, delle soglie ISEE, il fattore famiglia, ecc.), anche attraverso la compartecipazione di spesa;

2. omogeneità dei criteri di valutazione della qualità delle strutture e degli interventi, degli indicatori di appropriatezza e dei requisiti di accreditamento volontario delle unità di offerta sul territorio del nuovo Ambito distrettuale. L'accREDITAMENTO qualitativo volontario è un modo per ampliare la rete, renderla più integrata e pervasiva e al contempo operare per innalzare ulteriormente il livello qualitativo dei servizi erogati e l'efficacia della risposta integrata al bisogno, oltre che per superare le asimmetrie informative esistenti. Sono necessari strumenti come un sistema di valutazione dell'efficacia e della qualità del processo di presa in carico e/o un sistema di valorizzazione degli esiti delle sperimentazioni e una diversa articolazione del sistema di accreditamento (definizione di requisiti di base articolata per tipologia di intervento, essenziali e flessibili), e il potenziamento di una filiera dei servizi che realmente prenda in carico i soggetti in un percorso omogeneo e strutturato.

3. Attivazione di progetti e percorsi di innovazione sociale, per sperimentare nuovi modelli di intervento ai bisogni emergenti, facendo leva sulla rete sociale e sui principi di personalizzazione, tempestività, temporaneità e corresponsabilità già introdotti nella precedente triennalità. In tale prospettiva il cittadino non è quindi solo utente del welfare, ma egli stesso produttore di welfare e soggetto attivo nella rete dei servizi. Il welfare di comunità può essere lo strumento all'interno del quale "incubare" percorsi di innovazione sociale se ha alla base l'idea dello scambio continuo e costante tra il sistema dell'offerta sociale, le sue reti e le comunità sul territorio.

#### 5.4 CRITERIO PREMIALE

Al fine di sostenere i Comuni nello sviluppo degli obiettivi di welfare indicati nelle presenti Linee guida, Regione Lombardia ha finalizzato la quota di € 3.660.000,00 del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali alla realizzazione della programmazione zonale.

In particolare, si prevede l'erogazione, nelle tempistiche e secondo i vincoli qui indicati, di una quota premiale ai Comuni che si associno in una programmazione zonale secondo una dimensione di Ambito distrettuale così come previsto dalla l.r. 23/2015 e dai POAS delle ATS territorialmente competenti.

Non possono dunque accedere alla quota premiale i comuni che mantengano la precedente suddivisione per ambiti territoriali ex legge 3/2008, qualora già non rispettino i parametri e i criteri definiti dall'art. 7 bis della l.r. 23/2015. La quota premiale viene erogata all'Ente capofila, a beneficio dello sviluppo e del consolidamento della capacità di tutti i comuni dell'ambito nel programmare e attuare gli obiettivi indicati dalle presenti linee guida.

#### □ PRIMO LIVELLO DI PREMIALITA'

L'erogazione della quota premiale è finalizzata a sviluppare l'aggregazione zonale e il raggiungimento della nuova dimensione di Ambito ex l.r. 23/2015.

Tabella 2. Importo della quota premiale per l'aggregazione zonale nella nuova dimensione di Ambito (1 livello di premialità) - tempistiche e vincoli di erogazione.

Firma del nuovo Accordo di programma di Ambito distrettuale dal 1 luglio 2018 al 31 dicembre 2018

Firma del nuovo Accordo di programma di Ambito distrettuale dal 1 gennaio 2019 al 31 dicembre 2019

Quota premiale erogata (1 livello di premialità) all'Ente Capofila  
 € 30.000,00 € 20.000,00 € 10.000,00

Come si evince dalla tabella, il valore della quota premiale è correlata alla tempistica con cui si raggiunge la nuova dimensione d'Ambito, con la presunzione che serva una necessaria tempistica per adeguarsi ed implementare al meglio la nuova programmazione zonale.

La ripartizione delle quote premiali avviene per ATS competente, in base a quanto indicato in tabella 3, dunque considerando la numerosità degli ambiti distrettuali. Le ATS erogano la quota premiale entro 30 gg dalla firma del nuovo accordo di programma.

Nel caso in cui alcuni territori non raggiungano i nuovi criteri dimensionali così come definiti dalla l.r. 23/2015, la quota non spesa sarà ripartita su base proporzionale ai Piani di zona che hanno definito i nuovi ambiti.

Tabella 3. Importo della quota premiale per l'aggregazione zonale ripartita per ATS.

ATS

Nr. Ambiti (secondo i POAS)

Quota premiale totale CITTA' METROPOLITANA DI MILANO 10 € 300.000,00 INSUBRIA 15 € 450.000,00 MONTAGNA 3 € 90.000,00 BRIANZA 3 € 90.000,00 BERGAMO 9 € 270.000,00 BRESCIA 12 € 360.000,00 VALPADANA 6 € 180.000,00 PAVIA 3 € 90.000,00

#### □ SECONDO LIVELLO DI PREMIALITA'

L'erogazione della quota premiale di secondo livello è vincolata al conseguimento del primo livello di premialità.

Dunque – come ricordato sopra - possono accedere a questa premialità solo i comuni associati per ambiti che rispettino i parametri e i criteri definiti dall'art. 7 bis della l.r. 23/2015.

La quota premiale di secondo livello è vincolata all'indicazione nella nuova programmazione e allo sviluppo di almeno un obiettivo strategico di interesse per il nuovo Ambito territoriale di riferimento. I comuni potranno quindi scegliere di raggiungere le seguenti tipologie di obiettivo strategico (uno per tipologia):

1. Obiettivo strategico

1. Progettualità tese alla definizione dei requisiti di accesso/compartecipazione ai servizi e agli interventi, attraverso strumenti quali: uniformità dei regolamenti, dei criteri di accesso, delle soglie ISEE, il fattore famiglia, ecc.;
2. Obiettivo strategico 2. Progettualità tese alla definizione di requisiti, parametri e indicatori comuni per la valutazione della qualità e dell'appropriatezza delle strutture e dei servizi, attraverso strumenti, anche sperimentali, che portino all'omogeneità dei criteri di valutazione (es. bandi condivisi, indicatori di risultato ecc.);
3. Obiettivo strategico 3. Progettualità tese all'innovazione sociale (nuovi servizi, modalità innovative di risposta al bisogno, percorsi innovativi di presa in carico, ecc.) anche grazie a percorsi di co-progettazione e di partnership pubblico/privato con il Terzo Settore.

Tabella 3. Importo della quota premiale di incentivo al raggiungimento degli obiettivi strategici (2 livello di premialità) - tempistiche e vincoli di erogazione.

| Realizzazione Obiettivo strategico 1                               | Realizzazione Obiettivo strategico 2 | Realizzazione Obiettivo strategico 3 |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Quota premiale erogata (2 livello di premialità) all'Ente capofila |                                      |                                      |
| € 15.000,00 (erogata in due tranches)                              |                                      |                                      |
| € 10.000,00 (erogata in due tranches)                              |                                      |                                      |
| € 5.000,00 (erogata in due tranches)                               |                                      |                                      |

La premialità di secondo livello è erogata in due tranches:

- Prima tranche (50%), come acconto dopo la presentazione del progetto e la sua approvazione da parte del Gruppo tecnico regionale competente per la valutazione istituito dalla D.G. Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale
- Seconda tranche (50%), come saldo dopo lo sviluppo e rendicontazione finale del progetto, entro la fine della triennialità.

Nel caso i comuni associati scelgano di raggiungere più obiettivi strategici (uno per tipologia) l'importo della quota premiale erogata sarà pari alla somma delle quote premiali definite in Tabella 3, ovvero complessivamente pari a 30.000,00 euro.

Il/i progetto/i inerente/i al raggiungimento di questo/i obiettivo/i, deve essere presentato secondo il format previsto da Regione.

La ripartizione delle quote premiali avviene per ATS competente, dunque considerando la numerosità degli ambiti distrettuali.

Le ATS avranno il compito di distribuire tali risorse all'ente capofila a seconda del tipo e della quantità di obiettivi prefissati nei diversi accordi di programma.

La richiesta della quota premiale, che risulta un cofinanziamento e non può coprire quindi l'intero importo del progetto ove questo preveda un impiego diretto di risorse, dovrà essere presentata dall'Ente capofila dell'Accordo di Programma sottoscritto per l'attuazione del nuovo Piano di Zona. I Comuni interessati potranno inviare la richiesta alla D.G. Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale non oltre il 31 dicembre 2019. La valutazione del raggiungimento degli obiettivi sarà effettuata da un Gruppo tecnico regionale che si riunisce con cadenza mensile. Al fine di agevolare la fase di valutazione delle proposte, è opportuno inviare le richieste con la relativa documentazione come da format allegato alle presenti linee guida.

La D.G. Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale erogherà le risorse entro 30 giorni dalla conclusione della valutazione del Gruppo tecnico regionale con esito positivo.

## 5.5 TEMPI E MODALITÀ

Gli Accordi di Programma e le assemblee dei sindaci che hanno approvato tali accordi, attualmente in vigore, si intendono prorogati fino alla definizione dei nuovi ambiti distrettuali, delineando così una fase di elaborazione utile a svolgere gli adempimenti normativi ed elaborare il nuovo tipo di programmazione.

Qualora si decidesse di beneficiare delle premialità sopra descritte, si prevedono tre scadenze temporali entro cui approvare il nuovo Piano di Zona con sottoscrizione del relativo Accordo di Programma, così come da definizione degli ambiti territoriali previsti nei POAS delle ATS territorialmente competenti:

1. Prima scadenza temporale, approvazione del Piano di Zona con sottoscrizione del relativo accordo di programma entro il 30 giugno 2018;
2. Seconda scadenza temporale, approvazione del Piano di Zona con sottoscrizione del relativo accordo di programma dal 1 luglio 2018 ed entro il 31 dicembre 2018;
3. Terza scadenza temporale, approvazione del Piano di Zona con sottoscrizione del relativo accordo di programma dal 1 gennaio 2019 ed entro il 31 dicembre 2019.

Entro tali termini l'ATS competente territorialmente dovrà, per i comuni che progressivamente si adegueranno alla previsione della l.r. 23/2015, inviare in formato elettronico la documentazione relativa al nuovo Piano di Zona ed il rispettivo Accordo di Programma sottoscritto dagli Enti aderenti al seguente indirizzo di posta elettronica certificata della Direzione Generale Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale [redditodiautonomia@pec.regione.lombardia.it](mailto:redditodiautonomia@pec.regione.lombardia.it) specificando nell'oggetto "Piani di zona 2018-2020" I Piani di zona sono redatti secondo il "format" allegato alle presenti linee guida. Format per la redazione del documento di Piano 2018-2020

Al fine di facilitare l'elaborazione delle parti essenziali della programmazione locale e di analizzarne i contenuti con criteri condivisi, i documenti di Piano 2018-2020 devono ricalcare il seguente format, indicando in modo chiaro e sintetico:

1. Esiti della programmazione zonale 2015-2017, con evidenza: - della valutazione degli interventi/progetti/servizi previsti in fase di programmazione, sia zonali che sovra-zonali, - dei risultati raggiunti o non raggiunti (nel secondo caso specificare il perché non sono stati raggiunti);
2. Dati di contesto e quadro della conoscenza: dati demografici e socio-economici (es. occupazione, povertà, reddito medio ecc...), risorse impiegate nel settore sociale,
3. Analisi dei bisogni (sulla base dei dati di ATS, spesa sociale, sistemi di conoscenza di welfare locale, flussi integrati ATS/Ambiti, ISTAT, dati della Cabina di Regia, dati di supporto dal dipartimento PIPSS per la parte inerente l'integrazione, ecc.);
4. Analisi delle risposte ai bisogni (evidenziando se il tipo di offerta è tradizionale o sperimentale);
5. Analisi dei soggetti e della rete presente sul territorio;
6. Definizione di un sistema per la valutazione delle politiche e delle azioni, attraverso la determinazione di indicatori di risultato quantitativi e qualitativi (in questo secondo caso si pensa, ad esempio, a meccanismi generativi quali la produzione di valore culturale, sociale, economico ecc... dei progetti e delle azioni);
7. Individuazione di obiettivi e azioni condivise a livello del nuovo Ambito territoriale di riferimento (specificandone titolo, descrizione, modalità di realizzazione, stima delle risorse impiegate, tempistiche, target di riferimento);
8. Sintesi di eventuali obiettivi strategici di interesse per il nuovo Ambito territoriale di riferimento, che permettono di accedere al secondo livello di premialità). Il dettaglio di tali eventuali progetti deve essere comunicato attraverso l'utilizzo del format previsto dall'Allegato B alle Linee di Indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2018-2020.

Format per la presentazione dei progetti legati agli obiettivi strategici per la pianificazione zonale 2018-2020

Al fine di procedere ad una adeguata valutazione dei progetti presentati nell'ambito della nuova pianificazione zonale per l'ottenimento della premialità legata al raggiungimento di obiettivi strategici, tali progetti devono ricalcare il seguente format, indicando in modo chiaro e sintetico:

1. Descrizione delle condizioni esistenti che spingono alla realizzazione di questo progetto (ad esempio indicatori socio-economici, condizioni di vulnerabilità diffuse sul territorio, sperimentazione di un nuovo servizio in risposta ad un nuovo bisogno ben determinato ecc...)
2. Descrizione del progetto e degli obiettivi da raggiungere
3. Aspetti che rendono innovativo il progetto (anche rispetto ad altre esperienze)

4. Potenzialità e sostenibilità dell'obiettivo nel futuro
5. Impatto atteso rispetto ai bisogni della comunità
6. Attori coinvolti (es. Terzo Settore, privato profit, altri attori pubblici ecc...)
7. Soggetti beneficiari
8. Spese da sostenere
9. Indicatori di risultato.

Tali indicatori devono garantire una misurabilità (e ove possibile un monitoraggio) tra obiettivi posti e risultati ottenuti.

|                |
|----------------|
| <b>SANITA'</b> |
|----------------|

### **ABRUZZO**

**DGR 27.10.2017, n.623** - Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018 Programma 2 "A scuola di salute" - Progetto di promozione dell'attività motoria e del corretto stile alimentare nelle prime e seconde classi della scuola primaria "Scuole in Movimento" - Anno scolastico 2017/2018 Approvazione schema di convenzione e progetto esecutivo.

#### **Note**

Viene preso atto del progetto esecutivo avente ad oggetto i contenuti dell'azione progettuale "Scuola in movimento" anno scolastico 2017-2018 (allegato 1 – parte integrante e sostanziale del presente atto), siccome trasmesso dal CONI Abruzzo con propria nota del 8 settembre 2017 prot.1109 ed acquisito agli atti del Servizio Della Prevenzione e Tutela Sanitaria del Dipartimento per la Salute e il Welfare con prot. RA/0263405/17.;

Viene approvato lo schema di convenzione tra Regione Abruzzo, CONI Abruzzo, Ufficio scolastico Regionale USR Abruzzo, Università degli Studi G. D'Annunzio di Chieti-Pescara e Università degli Studi di L'Aquila (allegato 2 – parte integrante e sostanziale del presente atto);

### **LAZIO**

**Decreto del Commissario ad Acta 22 dicembre 2017, n. U00565** Presa d'atto dell'Accordo sottoscritto tra la Regione Lazio e le OO.SS. dei Medici di Medicina generale avente per oggetto " La nuova sanità nel Lazio: Obiettivi di salute e Medicina d'iniziativa."(BUR n. 4 dell'11.1.18)

#### **Note**

Viene preso atto dell'Accordo (ALL.1) tra la Regione Lazio e le OO.SS. dei Medici della Medicina generale avente ad oggetto " La nuova sanità nel Lazio: Obiettivi di salute e Medicina d'iniziativa".

Il suddetto Accordo verrà attuato con appositi provvedimenti della Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali;

### **LA NUOVA SANITÀ NEL LAZIO: OBIETTIVI DI SALUTE E MEDICINA D'INIZIATIVA**

#### **Premessa**

La continuità dell'assistenza, la medicina d'iniziativa con la presa in carico dei pazienti cronici, il governo delle liste di attesa e la piena integrazione dei nodi della rete sociosanitaria territoriale costituiscono i pilastri del nuovo modello di promozione e tutela della salute dei cittadini che si sta delineando nella Regione Lazio, i così come declinato nel Patto per la Salute 2014- 2016

e dai Programmi Operativi. La costruzione di un nuovo modello di promozione e tutela della salute è costituita dalla piena integrazione dei nodi della rete sociosanitaria territoriale costituiti dalle Case della Salute, dagli studi dei medici di medicina generale, dalle forme associative della medicina generale e dai pediatri di libera scelta, dalle farmacie, dai poliambulatori, dai distretti sociosanitari e dai presidi ospedalieri. La medicina generale del Lazio è parte integrante di questo modello con l'accordo del 3 ottobre 2014 "Per la Riorganizzazione Territoriale e la Medicina d'Iniziativa" mediante il quale sono stati attivati percorsi condivisi sia nella riorganizzazione della rete dei servizi territoriali sanitari come le Unità e gli Ambulatori di Cure Primarie e sia strumentali mediante la Cooperazione Applicativa (interazione dei sistemi informatici tra i Medici di Medicina Generale e la Regione Lazio). Il coinvolgimento attivo della medicina generale nell'innovazione del sistema sanitario del Lazio rappresenta un elemento fondamentale per il successo di questa strategia, per garantire la presa in carico dei pazienti cronici e per arrivare progressivamente ad una copertura assistenziale h24, sette giorni su sette.

In continuità con quanto sottoscritto nel 2014, oggi con la medicina generale ci si propone di mettere in campo degli "Obiettivi di salute" a partire dal Governo delle liste di attesa e l'appropriatezza organizzativa, dalla presa in carico, dal Piano per la prevenzione e al potenziamento in ogni distretto della Regione dell'assistenza primaria nei giorni di sabato, domenica e festivi. Si vuole insomma consolidare un percorso già avviato passando da un modello di "medicina d'attesa" dove il bisogno si trasforma in domanda, ad una "sanità d'iniziativa", con un cambio di paradigma che presuppone un diverso approccio culturale sia dei cittadini e sia degli operatori.

La presa in carico del paziente, attraverso percorsi definiti come i PDTA e lo strumento della Cooperazione Applicativa, è una delle azioni fondanti degli "Obiettivi di salute". È, pertanto, necessario mettere la rete sanitaria e sociosanitaria del territorio nelle condizioni di operare aumentando la sua capacità di intercettare, prendere in carico e dare risposta ai bisogni assistenziali dei cittadini anche con l'uso dell'ITC. La medicina generale del Lazio si rende pertanto disponibile insieme all'Istituzione a consentire lo sviluppo di una riorganizzazione strutturale della rete dei servizi usando come strumenti l'informatizzazione, la modernizzazione, la semplificazione, la telemedicina, la programmazione, l'appropriatezza, piuttosto che l'adozione di provvedimenti di taglio di spesa lineare, garantendo quindi ai cittadini un servizio sanitario migliore, in linea con gli obblighi di bilancio e valorizzando la professionalità degli operatori. Il coinvolgimento attivo della medicina generale nell'innovazione del sistema rappresenta un elemento fondamentale per il successo di questa strategia e per garantire ai cittadini i livelli essenziali di assistenza. Le azioni previste per la realizzazione degli "Obiettivi di Salute" sono la rete delle Unità di Cure Primarie, la presa in carico per la gestione della cronicità e delle fragilità, la prevenzione e la promozione della salute, i corretti stili di vita, le vaccinazioni, i programmi di screening, i percorsi oncologici, la Cooperazione applicativa e la la Formazione.

## 1. "Obiettivi di Salute"

Ogni Azienda sanitaria, sulla base del Fondo per la Medicina Generale, sceglierà all'interno degli obiettivi di salute sotto indicati il progetto prioritario da sviluppare secondo le linee programmatiche definite da questo Accordo. Lo sviluppo di tali progettazioni avverrà all'interno dei Comitati Aziendali onde garantire la massima condivisione. Il Fondo Aziendale

sarà costituito secondo quanto previsto dall'ACN e dall'AIR. Le modalità di attuazione sono definite in sede di Comitato Aziendale.

## 2. La rete della Medicina Generale. 2.a Le Unità di Cure Primarie: Organizzazione e obiettivi

Nell'ambito dell'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria con l'accordo del 3 ottobre 2014 recepito con DCA 376/2014 si è proceduto ad una riorganizzazione delle forme associative della medicina generale attraverso la costituzione di un'unica forma organizzativa territoriale, denominata Unità di Cure primarie (UCP). Grazie a tale accordo e in coerenza con la normativa vigente (AFT-UCCP) le forme associative di Unità di Cure Primarie sono passate da 712 (di cui 321 con sede di riferimento e 394 a sede unica con un totale di 3.486 medici) a 597a sede unica, sempre con lo stessa quantità totale di medici partecipanti.

L'Unità di Cure Primarie è una forma associativa dei Medici di Medicina Generale appartenenti al medesimo distretto sociosanitario. Sono forme organizzative mono professionali che condividono in forma strutturata obiettivi di medicina generale, percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa incarico dei cittadini.

Ogni UCP dovrà essere a sede unica e composta da un minimo di 3 ad un max. di 16 medici. Sulla base del fabbisogno di salute della popolazione e dell'organizzazione territoriale dei servizi sanitari, in sede di comitato aziendale della medicina generale è possibile variare il numero max. dei medici partecipanti all'UCP che normalmente è di 16, fermo restando il minimo di 3 (preferibilmente 8 per l'area di Roma Capitale).

Possono essere costituite altre UCP: a) Ex novo b) anche mediante accorpamento di 2 o più UCP esistenti e salvaguardando la capillarità territoriale della Medicina Generale e la prossimità di accesso per il cittadino. Il Comitato Aziendale valuterà questi aspetti nonché le situazioni delle UCP che comportano l'attività in zone di particolare disagio per realtà oro-geografiche o altre particolari condizioni, fatte salve le situazioni preesistenti. L'adesione alla UCP deve essere sottoscritta da tutti i Medici di Medicina Generale aderenti e comunicata, per il tramite del referente individuato, specificando le UCP e i referenti cessati, al Direttore del distretto.

La continuità dell'assistenza nell'ambito delle UCP viene garantita dai medici di medicina generale dal lunedì al venerdì per 9 ore al giorno (10,00– 19,00) con una organizzazione concordata col coordinatore (referente) della UCP. Il comitato aziendale della medicina generale la ASL, può, sulla base dei fabbisogni esistenti, disporre l'aumento dell'orario di attività da 9 a 12 ore giornaliere. L'attività eccedente le nove ore sarà remunerata come da ACN e Accordi Regionali.

Per ogni UCP, prevedendo anche una attività di Presa in Carico dei pazienti, dovrà essere garantita una adeguata organizzazione funzionale tramite il personale di collaboratore di studio che la Regione si impegna a riconoscere ai medici, secondo gli accordi già vigenti, nella percentuale massima del 55%, come previsto dall'AIR 2006, da calcolarsi sugli assistiti complessivi della Regione. Le modalità per il riconoscimento di tale indennità sono specificate nell'allegato 3) che è parte integrante del presente accordo

La sede della UCP, qualora ubicata in una sede diversa da quella dello studio dei medici aderenti o diversa dai locali delle ASL, dovrà avere una superficie netta utilizzabile di almeno 100 mq, con 3 stanze visita informatizzate, anche con rete wi-fi protetta, una sala d'aspetto separata e una postazione di segreteria informatizzata ed un bagno per il pubblico. Inoltre il locale dovrà essere preferibilmente con accesso diretto su strada senza barriere architettoniche.

I medici convenzionati che le compongono individuano tra di loro un coordinatore, appositamente remunerato, la cui durata in carica è biennale e rinnovabile, che curerà i rapporti con il Direttore del Distretto. La nomina è fiduciaria e viene comunicata al distretto di competenza.

I coordinatori delle UCP si riuniranno con periodicità semestrale con il direttore del distretto di riferimento, su invito di quest'ultimo, ai fini della valutazione e pianificazione delle attività. All'interno della UCP deve essere garantita dal singolo medico:

- a) la scheda sanitaria individuale informatizzata e condivisa tra i membri dell'UCP, b) il collegamento in rete tra i partecipanti UCP. Le UCP sono collegate telematicamente in cooperazione applicativa con il sistema informatico regionale/aziendale per la gestione dei dati sanitari sia di origine ASL che di origine dei medici della medicina generale, previo consenso informato del paziente, anche con l'obiettivo di poter arrivare alla trasmissione dei dati in telemedicina. Al fine di realizzare il coordinamento con il sistema dell'emergenza urgenza, per le patologie trattabili dalla medicina generale i triagisti del pronto soccorso potranno informare il paziente della sede UCP e/o Casa della Salute, sede di UCP, di pertinenza. In accordo con la normativa sulla privacy, saranno condivise procedure per la trasmissione di dati clinici ritenuti utili per la gestione del paziente. Le Unità di Cure Primarie (UCP) ai sensi dell'ACN vigente e delle intese regionali, hanno lo scopo di perseguire i seguenti obiettivi di carattere generale: a) garantire prestazioni di medicina generale
- b) promuovere l'equità di accesso ai servizi sanitari territoriali,
- c) facilitare l'accesso dei cittadini agli studi dei medici di medicina generale;
- d) sviluppare il governo clinico dell'assistenza, con adeguata formazione di tutti gli operatori;
- e) sviluppare la medicina d'iniziativa anche al fine di promuovere corretti stili di vita, con particolare attenzione agli interventi di prevenzione vaccinale su popolazione e categorie a rischio;
- f) contribuire a migliorare l'appropriatezza degli accessi al pronto soccorso, tramite percorsi condivisi con gli altri servizi ambulatoriali e distrettuali e con adeguate informazioni;
- g) partecipare nel territorio alla rete della continuità dell'assistenza per garantire una effettiva presa in carico dell'utente a partire dai pazienti cronici;
- h) incrementare in accordo con la ASL di riferimento, in applicazione dell'accordo del 3 ottobre 2014 l'operatività dei PDTA con lo strumento della cooperazione applicativa, nonché la presa in carico dei pazienti cronici, in condivisione con l'ambito specialistico ospedaliero e territoriale;
- i) utilizzare, la cooperazione applicativa e il Patient summary per la condivisione dei dati relativi alle prestazioni legate all'ambito clinico di prevenzione, diagnosi e monitoraggio di malattie croniche (quali ad esempio Diabete, BPCO, patologie cardio-vascolari, Neoplasie ed altro) anche con l'ausilio della Telemedicina, sulla base di protocolli aziendali conseguenti alle indicazioni regionali. Per le attività previste all'interno delle UCP e le modalità organizzativa si fa riferimento a quanto previsto dall'AIR, dalla determina regionale n. D3407 del 20.10.2009, dal DCA 376/2014 e dal presente accordo.

Le modalità per la sostituzione e per il trasferimento dei componenti di UCP sono disciplinate nell'allegato 2) che è parte integrante del presente accordo. Il referente dell'UCP comunicherà al Distretto il nominativo del Medico subentrante previa accettazione di tutti i componenti. I medici di medicina generale che ad oggi non fanno parte di alcuna Unità di Cure Primarie (UCP) possono, entro il 31 marzo 2018 presentare domanda alla ASL di appartenenza per

entrare a far parte della forma associativa denominata UCP con ingresso in quelle già esistenti o in subordine costituendone delle nuove. Entro il 31 maggio 2018 i comitati aziendali dovranno approvare tali nuovi ingressi e/o costituzione di nuove UCP in modo da rendere effettivo l'ingresso dei medici di medicina generale nella forma associativa a partire dal 1 luglio 2018. La Regione entro 6 mesi dalla sottoscrizione del presente accordo provvederà ad una ricognizione delle trasformazioni della forma associativa UCPS in UCP sulla base di quanto disposto dal DCA 376/2014. Sulla base di tale ricognizione e dei costi aggiuntivi sostenuti dai Medici di Medicina Generale le parti concorderanno le modalità per l'adeguamento della relativa indennità di UCP.

L'indennità' di UCP eventualmente liberate dai medici cessati così come quella del personale di studio rimane disponibile nel fondo aziendale in modo da essere automaticamente concessa ai medici subentranti rispetto a quelli cessati e/o per incrementare il fondo per i collaboratori di studio e per il personale infermieristico. Nello stesso fondo confluiranno i fondi liberati per la cessazione del referente di UCP. Le parti concordano che entro 6 mesi dalla sottoscrizione del presente accordo verrà redatto un testo unico per le modalità di funzionamento delle UCP

## 2.b UCCP

Le Unità Complesse di Cure Primarie costituiscono la forma organizzata multiprofessionale che opera in forma integrata, ove possibile a partire dalle Case della Salute. Essa persegue obiettivi di salute e di attività di presa in carico di fasce di popolazione a maggiore complessità clinico-assistenziale, definiti dall'azienda sanitaria secondo la programmazione sanitaria Regionale e coerente con i contenuti dell'ACN. Promuovono l'equità di accesso ai servizi socio-sanitari nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, anche attraverso l'individuazione di percorsi di integrazione nell'ambito della sanità territoriale; contribuiscono all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale in raccordo con i distretti;

L'attività multi-professionale si esplica attraverso il coordinamento e l'integrazione dei medici convenzionati e dipendenti, delle altre professionalità convenzionate con il SSR, degli odontoiatri, degli infermieri, delle ostetriche, delle professionalità tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.

L'utilizzo dello strumento della cooperazione applicativa per l'attività svolta all'interno della UCCP sarà funzionale alla facilità di accesso ai servizi da parte del cittadino. I medici di medicina generale che partecipano alle UCCP continuano a svolgere l'attività prevista di UCP.

Le parti concordano di istituire un gruppo tecnico con il coinvolgimento degli attori interessati, per l'individuazione, entro 3 mesi dalla sottoscrizione dell'accordo, delle modalità attuative di costituzione e di funzionamento delle UCCP.

## 2.c La Copertura assistenziale sabato, domenica prefestivi e festivi Ambulatori di Cure Primarie (ACP)

L'ospedale deve essere il luogo di elezione per la cura delle acuzie mentre al territorio compete la gestione del paziente cronico attraverso l'estensione dell'assistenza primaria, la prevenzione, la presa in carico e i percorsi di cura.

La continuità delle cure primarie è fondamentale per dare risposte appropriate ai bisogni dei cittadini anche al fine di evitare, laddove possibile il ricorso improprio ai PS/DEA ospedalieri.

Gli ACP diventano gli ambulatori di riferimento per la rete delle UCP insistenti sullo stesso ambito.

I Medici aderenti alla Cooperazione Applicativa dovranno inviare il Patient Summary che conterrà le informazioni cliniche necessarie a consentire al Medico di turno in ACP una migliore appropriatezza prescrittiva e diagnostica, realizzando la vera continuità assistenziale.

I Medici curanti riceveranno le informazioni di ritorno in via automatica sul proprio gestionale.

Il servizio di assistenza ambulatoriale per le cure primarie, nel territorio della Regione Lazio, è esteso anche nelle giornate di sabato, domenica prefestivi e festivi, ivi compresa la festività del santo patrono (sede dell'ACP), di norma per 9 ore e per un massimo di 10 ore al giorno dalle 10,00 alle ore 20,00 mediante l'attivazione di Ambulatori di Cure Primarie (ACP) presso le sedi ASL, almeno uno per ogni distretto. Le prestazioni, tipiche della medicina generale (All. 1), saranno accessibili a tutti i cittadini, indipendentemente dalla ASL di residenza o di domicilio mediante accesso diretto in coordinamento operativo con la continuità assistenziale.

Il servizio sarà garantito dai medici di medicina generale e dai giovani medici in possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale presenti nel distretto, secondo quanto previsto dal DCA 376/2014, mediante turnazione tra coloro che hanno manifestato la propria disponibilità alla ASL di riferimento, come da All. 1.2, nel rispetto delle vigenti norme sulle incompatibilità previste dall'ACN.

Il servizio di assistenza per le cure primarie nelle giornate di sabato, domenica e festivi e prefestivi, verrà svolto nelle sedi messe appositamente a disposizione dalle ASL, o in altre sedi in caso di mancata disponibilità e a richiesta dell'ASL.

Le sedi oggetto della copertura assistenziale nelle giornate di sabato, domenica, prefestivi e festivi, saranno collegate, a cura dell'ASL, telematicamente e in cooperazione applicativa con la Centrale Unica di Ascolto di Continuità Assistenziale, con i DEA e pronto soccorso dei presidi ospedalieri (o presidio ospedaliero di riferimento). Per le patologie trattabili dalla medicina generale il personale del triage del pronto soccorso informerà il paziente della sede ambulatoriale aperta più vicina, anche attraverso la consegna di opportuno opuscolo informativo e con l'utilizzo di apposito materiale informativo posto in prossimità dell'ambiente di triage. Il personale oltre che dai medici di medicina generale è costituito anche da un infermiere per l'attività di supporto e accoglienza.

Per le prestazioni effettuate dai medici di medicina generale all'interno degli ambulatori di cure primarie il compenso è quello previsto dal DCA 376/2014. Le attività di assistenza per le cure primarie svolte nelle giornate di sabato, domenica, prefestivi e festivi, le modalità di accesso e gli aspetti organizzativi sono quelle riportate nell'Allegato 1 che è parte integrante del presente accordo.

Le parti al fine di ottimizzare l'attività negli Ambulatori di Cure Primarie, ivi compresi gli aspetti organizzativi, si incontreranno entro il 31/07/2018.

3. La Gestione delle cronicità e delle fragilità 3.a La presa in carico La presa in carico consiste in un'azione di miglioramento dello stato di salute della popolazione attraverso l'implementazione di modelli di medicina d'iniziativa, con particolare attenzione alle patologie non oggetto di screening di sanità pubblica o di coorti di popolazione non incluse delle categorie di screening

di sanità pubblica, percorsi assistenziali e favorendo l'accesso ai servizi e assicurando la continuità assistenziale. E' la governance di un processo organizzativo-assistenziale articolato e integrato nei suoi diversi passaggi, una modalità per garantire al cittadino un insieme coordinato di interventi rivolti a soddisfare un bisogno complesso. All'interno del sistema sanitario regionale si prevede una governance anche da parte dei medici di medicina generale, attraverso procedure condivise ospedale/territorio, definite dalla Direzione Generale della Programmazione Regionale e in via sperimentale dalle singole strutture sanitarie territoriali anche in virtù di quanto previsto dal DCA 110 dell'11.04.2017 "Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa 2017- 2018", in collaborazione con gli specialisti ambulatoriali, medici ospedalieri, e gli infermieri di riferimento coinvolti nel processo della presa in carico.

Le azioni del processo organizzativo di presa in carico del paziente riguardano l'accettazione, lo svolgimento delle procedure previste, il ritorno delle informazioni cliniche attraverso la cooperazione applicativa. La valorizzazione del processo di presa in carico viene effettuata sulla base delle attività svolte dal responsabile del processo.

La presa in carico proattiva del paziente include anche la prenotazione della prestazione prescritta al paziente, mediante lo strumento della cooperazione applicativa.

3.b La presa in carico: PDTA e altre patologie Croniche In applicazione dell'accordo del 3 ottobre 2014 tra la Regione Lazio e le OO. SS. della Medicina Generale, recepito con DCA U00376 del 12 novembre 2014, viene implementata l'operatività dei PDTA, Allegato 2 del Protocollo, attraverso lo strumento della cooperazione applicativa. I Medici di Medicina Generale procederanno, progressivamente e secondo criteri appositamente stabiliti, ad arruolare al PDTA diabete, BPCO, Scompenso cardiaco ed eventuali altri percorsi che la Regione intende avviare, tra i propri assistiti i pazienti cronici, ivi compresi quelli neo diagnosticati, residenti nei distretti di pertinenza delle stesse Case della Salute e delle UCP. Le prestazioni legate all'ambito clinico di prevenzione, diagnosi e monitoraggio di malattie croniche ad alto impatto, quali Diabete, BPCO, Ipertensione, Neoplasie ed altro, possono essere svolte nell'ambito delle organizzazioni territoriali dei Medici di MG, quali le UCP, utilizzando la cooperazione applicativa e il Patient Summary per la condivisione dei dati e con l'ausilio della Telemedicina, sulla base di protocolli aziendali conseguenti alle indicazioni regionali.

Attraverso progetti aziendali le strutture sanitarie in diretto rapporto con i medici di medicina generale avvieranno percorsi di presa in carico per patologia. In quest'ambito verranno definite le modalità di erogazione delle attività specialistiche da parte della Medicina Generale nell'ambito delle attività del Governo delle Liste di Attesa, come da DCA 110/17. A livello distrettuale saranno avviati appositi audit clinico-organizzativi multiprofessionali al fine di migliorare la qualità delle attività di cura e assistenza anche con il coinvolgimento degli specialisti ambulatoriali. La effettiva presa in carico del paziente cronico/fragile da parte del medico di medicina generale avviene quando sono contemporaneamente soddisfatte alcune pre-condizioni come la cooperazione applicativa, l'evidenza di avvio del percorso e la condivisione dei dati. In particolare si prevedono le seguenti azioni per il Medico di Medicina Generale:

- a) adesione alla cooperazione applicativa,
- b) partecipazione proattiva alle coperture vaccinali (Influenza, Polmonite, Herpes Zoster e le altre vaccinazioni dell'adulto),

- c) partecipazione alle campagne screening nei tempi e modi previsti dai protocolli regionali con l'individuazione dei soggetti a rischio nell'elenco dei propri assistiti attraverso adeguate forme comunicative;
- d) governo informatico della presa in carico e verifica dell'adesione ai PDTA della popolazione interessata, e) invio dei dati del Patient Summary al FSE, compresi gli ACP (art. 2c),
- f) apertura del FSE ai propri assistiti previo consenso, g) rilevazione degli indicatori sulla presa in carico, h) avvio del PDTA dei pazienti cronici con le modalità di cui in allegato 2 del DCA 376/2014. In sede di ogni singola azienda vengono concordate le modalità di avvio dei PDTA in base alle effettive prestazioni rese disponibili.

Ai Medici di Medicina Generale che attuano la contemporaneità delle azioni da a) a g) viene riconosciuto 1 euro /anno/assistito, o parte di esso, al raggiungimento degli obiettivi previsti dagli indicatori di cui al precedente punto g. Le parti, entro 3 mesi dalla sottoscrizione del presente accordo definiranno modalità e obiettivi dei suddetti indicatori.

Le parti si impegnano entro 1 anno dalla sottoscrizione del presente accordo, a rivedere, in ogni sua parte quanto previsto dal presente punto, anche alla luce del prossimo rinnovo dell'ACN.

3.c Il Governo delle liste di attesa Con il DCA 110/2017 la Regione ha avviato un importante processo organizzativo per il governo delle liste di attesa al fine di rendere le prestazioni nei tempi congrui alla patologia attraverso la netta separazione dei canali per le diverse tipologie di accesso. I sistemi di prenotazione sono basati su criteri di priorità per il Primo accesso, anche direttamente utilizzabili dai medici prescrittori; nel caso di controlli successivi, si realizzerà la "presa in carico" del paziente cronico (anche neo-diagnosticato) secondo i percorsi diagnostico-terapeutici, con la prenotazione delle prestazioni "di controllo" da parte del medico specialista o della struttura.

In attuazione di quanto previsto dal DCA 110/2017 i medici di medicina generale procederanno alla presa in carico del paziente anche con la prenotazione diretta delle prestazioni di primo accesso avvalendosi della cooperazione applicativa e del personale di studio, ove presente. In una prima fase tali prenotazioni saranno effettuate solo per le prestazioni previste dall' ALL. 2 punti a) e b) del DCA 110/2017 e limitatamente alle classi di priorità U e B. utilizzando la c cooperazione applicativa. Ai fini della valorizzazione di tale attività le parti si incontreranno al termine di una sperimentazione di tre mesi.

La Regione e le Asl, mediante i comitati della medicina generale, potranno, concordare protocolli, su specifici percorsi, a partire da quelli oncologici, per i propri assistiti con le strutture sanitarie e centri regionali di riferimento per le varie patologie. In tale percorso i medici utilizzeranno lo strumento della prenotazione diretta avvalendosi della cooperazione applicativa. Al fine di semplificare le procedure la Regione si impegna, a partire dalle prestazioni di sospetta patologia oncologica, a definire condivisi protocolli ospedale / territorio, in ossequio alle norme di buona pratica clinica, con particolare riferimento alla gestione di patologie complesse, per le quali la Regione ha già deliberato reti Ospedaliere, o modelli di funzionamento "Hub and Spoke" (a titolo semplificativo e non esaustivo: rete oncologica regionale, rete del dolore Legge 38/2010) Le aziende nell'ambito dell'organizzazione delle agende di prenotazione predisporranno apposite sessioni per attività di PDTA, prenotazione primo accesso, percorsi oncologici, ad uso esclusivo dei medici di medicina generale ancorché in trasparenza. La cooperazione applicativa e la ricetta dematerializzata, unitamente all'uso delle classi di priorità sono gli strumenti che aumenteranno la capacità di risposta alla domanda sanitaria ottimizzando e distinguendo la

prescrizione, la prenotazione e la possibilità di produrre un referto digitale tramite la piattaforma informatizzata regionale. Ulteriori strumenti per la riduzione dei tempi d'attesa nel quadro del successivo accesso per controllo sono la promozione dell'integrazione con gli specialisti tramite percorsi di filiera quali i PDTA previsti nell'accordo con la Medicina Generale del 3 ottobre 2014 all' Allegato 2 e dal DCA 474/2015 "Linee di indirizzo per la gestione a livello territoriale della presa in carico del paziente cronico e relativo percorso attuativo.

Si ritiene quindi prioritario sviluppare l'applicazione dei PDTA per le principali patologie croniche con la presa in carico per il governo dei Controlli successivi alla prima visita. La Regione Lazio assicura le piattaforme informatiche e garantisce la massima sensibilizzazione presso tutte le strutture sanitarie.

#### 4. PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE: CORRETTI STILI DI VITA, VACCINAZIONI, PROGRAMMI DI SCREENING E PERCORSI ONCOLOGICI

Con il DCA 593/2015 la Regione Lazio ha emanato il Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, quadro di riferimento per gli interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria. All'interno del Piano sono stati inseriti interventi strategici, basati sull'evidenza scientifica finalizzati al consolidamento delle attività di prevenzione e promozione della salute dei cittadini. Il medico di medicina generale, in virtù del rapporto fiduciario instaurato con l'assistito e della conoscenza dei suoi stili di vita, riveste un ruolo molto importante per la diffusione di buone pratiche in particolare sulla prevenzione e sui corretti stili di vita.

Come sancito dall'Accordo Collettivo Nazionale e dall'Accordo Integrativo Regionale vigente il medico di medicina generale riveste un ruolo attivo nelle campagne di vaccinazione sia attraverso la somministrazione diretta dei vaccini che attraverso una corretta campagna informativa.

Nel presente accordo si prevede un ruolo attivo del MMG nel counselling continuo sui corretti stili di vita che riguardano comportamenti alimentari salutari, lotta al tabagismo e all'abuso di alcol, promozione dell'attività fisica.

Nel Programma Operativo 2016-2018 (DCA 52/2017) tra gli obiettivi prioritari per la Regione Lazio ci sono i Programmi di screening oncologici e il miglioramento della loro organizzazione per aumentare le coperture e la qualità dei percorsi diagnostici terapeutici erogati.

Si sottolinea in questo ambito, il ruolo determinante del MMG nell'informazione e nella sensibilizzazione dei propri assistiti riguardo alla partecipazione ai programmi di screening per la prevenzione e la diagnosi precoce di patologie oncologiche, organizzati a livello regionale e all'orientamento dei soggetti con sospetta neoplasia nei corretti percorsi diagnostici terapeutici (reti oncologiche).

È indispensabile quindi prevedere un ruolo attivo del MMG attraverso la definizione di procedure operative che riguardino:

l'attività formativa dei MMG in materia di screening oncologici e di percorsi diagnostici terapeutici (evidenze scientifiche, obiettivi di salute, raccomandazioni nazionali, normativa di riferimento regionale, modalità organizzative, centri di riferimento), inserita nell'ambito della formazione continua obbligatoria; partecipazione a campagne di sensibilizzazione e informazione generale ed individuale alla popolazione, attraverso diffusione di materiale informativo regionale condiviso, presso gli studi di medicina generale, le UCP e gli ACP (vademecum, raccomandazioni, locandine, dépliant informativi); attività di sollecito/sensibilizzazione degli

assistiti a partecipare alla campagna di prevenzione; individuazione dei soggetti partecipanti allo screening attraverso la cooperazione applicativa con i sistemi informatici regionali con accesso al DB regionale per conoscere lo status dell'assistito rispetto all'iter di screening e conseguente ruolo attivo di invito, sollecito nei riguardi dei propri assistiti.

In particolare, al fine di aumentare il tasso di adesione e l'appropriatezza dei programmi di screening oncologici regionali si propone:

l'apposizione della firma del MMG nella lettera di invito che i servizi aziendali inviano ai soggetti target dei programmi di screening oncologici con indicazione a rivolgersi al medico curante per le informazioni sulla modalità di attuazione dei percorsi; l'individuazione di soggetti non in età di screening ma con familiarità (per tumore della mammella e del colon retto) sulla base delle conoscenze anamnestiche e conseguente invio diretto alle strutture di riferimento indicate dalla ASL per l'iter diagnostico appropriato.

Per la realizzazione di quanto previsto dal presente accordo si ritiene indispensabile che il coordinamento aziendale dei programmi di screening si avvalga della figura di un MMG, parte integrante del gruppo di lavoro, per la condivisione delle procedure operative e la corretta attuazione dei protocolli.

## 5. La Cooperazione applicativa

La Regione, nell'ambito della riorganizzazione e potenziamento della rete dei servizi sanitari, ritiene fondamentale l'utilizzo di strumenti informatici e la circolazione delle informazioni tra i soggetti operanti all'interno del servizio sanitario regionale, per il miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni con servizi efficaci ed efficienti alle persone. Si recepisce integralmente l'accordo del 27 marzo 2017 sulla cooperazione applicativa tra i medici di medicina generale e i sistemi informatici della Regione Lazio recepito con DCA 161 del 19/05/2017 che è parte integrante e sostanziale del presente accordo.

Le attività di cooperazione applicativa saranno avviate progressivamente alla implementazione dei sistemi informativi da parte della Regione. Le parti si impegnano nel promuovere qualsiasi iniziativa atta alla immediata diffusione e realizzazione della cooperazione applicativa. Patient summary

La Regione e le OO. SS. concordano di attuare il Patient Summary (Profilo sanitario sintetico) applicando l'articolo 3 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 settembre 2015, n. 178-Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico Il profilo sanitario sintetico, o "Patient Summary", è il documento socio-sanitario informatico redatto e aggiornato dal MMG, che riassume la storia clinica dell'assistito e la sua situazione corrente conosciuta, al fine di favorire la continuità di cura, permettendo un rapido inquadramento dell'assistito al momento di un contatto con il SSN.

I destinatari del Patient Summary sono gli assistiti di ogni Medico di Medicina Generale.

La trasmissione di dati è effettuata in cooperazione applicativa.

## 6. La Formazione

La formazione dei medici di medicina generale rappresenta uno strumento essenziale per promuoverne la crescita professionale nell'ambito delle attività di sviluppo e qualificazione delle cure primarie, così come previsto dai programmi operativi, centrate sui reali bisogni dei cittadini, nella garanzia dei LEA. A tal fine la Regione intende realizzare una programmazione della formazione Continua, in medicina generale con contenuti e metodologie appropriate che valorizzino la professionalità degli operatori. La regione Lazio e i MMG convengono sulla necessità che le attività di formazione perseguano degli "Obiettivi di Salute di carattere regionale, rispondano ad effettivi bisogni dei MMG e siano improntate a criteri di qualificazione ed efficacia.

Le parti concordano che l'attività di programmazione della formazione e la definizione degli indirizzi triennali e degli obiettivi annuali generali delle attività di formazione continua siano definiti dal Comitato Regionale per la Medicina Generale secondo quanto previsto dall'articolo 20 dell'ACN.

Il Comitato Regionale per la Medicina Generale, in merito alle problematiche inerenti l'insegnamento della Medicina Generale nel corso degli anni di studio dello studente, armonizza gli elementi essenziali per lo svolgimento dei seminari universitari con MMG in qualità di docenti con gli elementi inerenti la frequenza degli studenti negli ambulatori dei MMG Tutors. L'attività di tutor per tali compiti, è vincolata ai seguenti requisiti: 10 anni di convenzionamento, 800 assistiti, preferibilmente con requisiti di studio quali PC, collaboratore, e partecipazione a forme associative nonché essere in possesso del titolo per Tutor". La Regione aggiorna l'albo regionale dei docenti per la Formazione Specifica e dei formatori in medicina Generale, nonché l'albo dei formatori in Medicina Generale e dei Tutors. Le nuove domande vanno presentate annualmente entro il 31 dicembre.

Tutta l'attività di formazione per la medicina generale sarà resa nota nel sito regionale [www.salutelazio](http://www.salutelazio)

Le parti concordano di verificare tra 12 mesi eventuali modifiche ed integrazioni al presente articolo anche al fine di definire un percorso condiviso tra Regione, Università e Ordine per l'attività svolta dal medico di medicina generale quale tutor in favore dei laureati in medicina e chirurgia per il periodo di tirocinio pratico previsto per l'esame di stato. Nelle more della definizione restano in vigore le remunerazioni già previste per la suddetta attività pari a euro 400 netti al mese. Il presente articolato sostituisce integralmente l'art. 20 dell'AIR sottoscritto in data 23 marzo 2006 e recepito con DGR 229 del 21 aprile 2006

7. Elementi per la valutazione degli interventi                    Le informazioni relative alle prestazioni svolte all'interno delle UCP, degli ACP, e i dati relativi alla presa in carico dei pazienti cronici, al governo delle liste di attesa e all'appropriatezza prescrittiva, saranno inviati dal distretto al Comitato Regionale della Medicina Generale.

Le predette informazioni costituiranno elementi importanti ai fini della costruzione di appositi indicatori di quantità, qualità, efficienza ed appropriatezza clinica ed organizzativa.

8. Norme transitorie e finali

Gli oneri finanziari derivanti dall'applicazione del presente accordo dovranno trovare idonea copertura nell'ambito della ripartizione del fondo economico per la medicina generale. I costi previsti esplicano i loro effetti nel corso degli anni in quanto l'accordo è ad applicazione progressiva.

Le parti si incontreranno entro 3 mesi dalla sottoscrizione del presente accordo per la definizione del Fondo Economico Regionale e dei relativi Fondi Economici Aziendali.

Per lo svolgimento dell'attività di assistenza primaria nelle Isole Pontine ai Medici di Medicina la quota di 600 euro/mese prevista dall'art. 14 dell'AIR 2006 per le zone disagiate, viene rivaluta in 1.200 euro mensili.

Le parti concordano che entro due mesi dalla sottoscrizione del presente accordo saranno affrontate le problematiche inerenti la Continuità Assistenziale, La Medicina dei Servizi e la Medicina Penitenziaria

Il presente accordo verrà recepito con apposito atto.

## ALLEGATO 1

La copertura assistenziale sabato, domenica, prefestivi e festivi

### 1. Modalità di accesso

a) Telefonica Il cittadino può contattare direttamente la Centrale di Ascolto della Guardia Medica – Continuità Assistenziale- al numero telefonico della Centrale di Ascolto territorialmente competente e l'operatore, costituito da personale sanitario medico, avvia il seguente iter: x consiglio telefonico, sulla base di protocolli studiati e predisposti in collaborazione con i MMG, x invito a recarsi all'ambulatorio di cure primarie aperto più vicino, x rinvio al servizio di continuità assistenziale, x invio soccorso urgente 118

b) Diretta Accesso di tutti i pazienti alle sedi ambulatoriali aperte.

2. La sede La sede oggetto dell'attività ambulatoriale dovrà essere provvista, a cura del distretto, del materiale sanitario necessario e delle risorse strumentali, che consistono in: - strumentazioni di base (sfigmomanometro, termometro, otoscopio, pulsiossimetro, dermatoscopio), - test diagnostici per glicemia su goccia di sangue capillare, strisce urine, - test di gravidanza rapido su urine. Il medico di medicina generale dovrà poter accedere all'Anagrafe Regionale e a tutti sistemi informativi regionali, per il rilascio della certificazione di malattia on-line, per la prescrizione della dematerializzata e per la registrazione delle Prestazioni aggiuntive, e dovrà poter essere connesso con procedure facilitate a consulti specialistici ed accesso al servizio di emergenza.

### 3. Le prestazioni effettuabili:

x Ferite superficiali che non necessitano di sutura, medicazioni, rimozione punti di sutura, sindromi influenzali, infiammazione delle vie respiratorie, controllo pressione x Punture d'insetto senza reazioni, rash cutanei, orticaria, dermatiti superficiali, verruche, micosi, foruncoli, eritema solare, malattie esantematiche, ustioni di primo grado x Malattie gastroenterologiche, stipsi

- cronica, emorroidi x Disturbi urologici x Congiuntiviti, patologie palpebrali e degli occhi x Sintomi osteo muscolari non traumatici x Otitis, riniti, faringo-tonsilliti, stomatiti, gengiviti, afte
- x Infezioni vie urinarie, colica renale e addominale, x Prestazioni pediatriche per i bambini sopra i sei anni 4. Aspetti organizzativi
- a) Le prestazioni garantite dall'ambulatorio per le cure primarie sono quelle previste dal vigente ACN dei Medici di Medicina Generale e dal precedente punto 3 del presente accordo.
- b) La sede oggetto dell'attività ambulatoriale dovrà essere provvista, a cura della ASL di riferimento, del materiale sanitario e delle risorse strumentali necessarie.
- c) Per ogni ambulatorio di cure primarie, la ASL individuerà un struttura ospedaliera di riferimento.
- d) Per l'organizzazione e la gestione dell'attività dell'ambulatorio di cure primarie il Direttore Generale dell'ASL nomina un referente organizzativo, scelto tra i Medici di Medicina Generale sulla base di manifesta disponibilità e di documentata competenza. La nomina è biennale e rinnovabile,
- e) I compiti del referente organizzativo dei MMG sono: - verificare l' idoneità e l' adeguatezza della dotazione strumentale prevista, - garantire la continuità del servizio attraverso la predisposizione e l' organizzazione dei turni e delle sostituzioni, - fornire mensilmente al Direttore del Distretto la reportistica degli accessi su apposito modello informatizzato a cura di LazioCrea, - concordare con il Direttore del Distretto qualsiasi altra iniziativa atta a garantire e migliorare la funzionalità del servizio, - verificare lo svolgimento dell'attività al fine di garantire la corretta continuità del servizio pubblico.
- f) Per lo svolgimento dell'attività di cui ai precedenti punti d, e, per il referente organizzativo dei MMG, è previsto il riconoscimento di una indennità economica aggiuntiva valorizzata nella misura prevista dal vigente DCA 376/2014, corrispondente ad 1 ora di lavoro al giorno per un massimo di 22 ore mensili.
- g) Il Direttore generale, in caso di carenze di medici di medicina generale può: - estendere la partecipazione all'attività anche ai medici, aderenti all'iniziativa, appartenenti ad altri distretti della medesima ASL; - secondariamente attingere alla graduatoria aziendale; alla quale può attingere anche il coordinatore dell'ACP in caso di necessità per la copertura del servizio.
- h) Per lo svolgimento dell'attività i medici di medicina generale registreranno, in cooperazione applicativa ogni singolo accesso di paziente all'ambulatorio di cure primarie. L'applicativo è messo a disposizione dall'ASL per il tramite di LazioCrea, all'interno di ogni ambulatorio di cure primarie.
- i) Per lo svolgimento dell'attività i medici di medicina generale utilizzeranno il proprio ricettario. Per la medicina dei servizi la struttura fornirà apposito ricettario. j) Al fine di rendere meno lunghi i tempi di attesa negli ambulatori di cure primarie in cui gli accessi medi superano le 90 unità a week-end, la ASL di competenza valuta e provvede in sede di comitato aziendale alla istituzione di una seconda postazione con relativa dotazione di personale e materiali o al prolungamento dell'orario.

OGGETTO: Domanda di partecipazione riservata a Medici di Medicina Generale per prestazioni da rendere presso \_\_\_\_\_ per il progetto “Copertura assistenziale sabato, domenica, prefestivi e festivi

Il/la sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato/a data e luogo di nascita \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ Recapito cellulare \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Medico di medicina generale, Codice Regionale n.° \_\_\_\_\_

convenzionato a tempo indeterminato / determinato con la regione Lazio nella ASL \_\_\_\_\_ per:

*f* assistenza primaria

*f* continuità assistenziale

*f* medicina dei servizi

avendo preso visione del progetto denominato “Copertura assistenziale sabato domenica e festivi” proposto dalla Regione Lazio, compreso il trattamento economico previsto, dichiara di aderire al suddetto progetto, e si rende disponibile per effettuare n° \_\_\_ ore settimanali,

Turno prescelto: x ore \_\_\_ dalle ore \_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ x ore \_\_\_ dalle ore \_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

presso

1. presidio ASL via

\_\_\_\_\_

secondo le modalità stabilite nel progetto. Data firma

Allegato 2

Modalità per la sostituzione e per il trasferimento dei componenti di UCP

Sulla base delle trasformazioni introdotte dal DCA 376/2014 si rende necessario, ai fini di un adeguato funzionamento delle UCP e di un proficuo utilizzo da parte dei cittadini, introdurre alcune modalità organizzative, come di seguito riportate. 1) La sostituzione con relativa attribuzione della indennità di uno o più componenti appartenenti alla medesima UCP e/o della forma associativa avviene al verificarsi dei seguenti casi: a) Dimissioni (rinuncia alla forma associativa / UCP) b) Cessazione dell’incarico per quiescenza o decadenza o decesso Le dimissioni del Medico di Medicina Generale sono presentate al referente di UCP il quale le invia al Direttore del distretto per la relativa sostituzione. La sostituzione si rende obbligatoria nel caso in cui non sia garantito il numero minimo dei partecipanti che comporterebbe la

decadenza dell'intera forma associativa. La sostituzione dovrà essere definita ed effettuata entro il termine massimo di 6 mesi dalla cessazione/decadenza del precedente, nelle more i medici dovranno garantire l'assistenza rimodulando gli orari. 2) E' consentito il trasferimento di un Medico di Medicina generale da una UCP ad altra UCP a seguito della cessazione di un componente. In questo caso, il medico che si trasferisce potrà essere a sua volta sostituito.

È possibile il trasferimento di un Medico di Medicina Generale da una UCP ad altra UCP all'interno del medesimo Distretto, mediante un cambio compensativo. Per i medici residenti nel Comune di Roma Capitale il trasferimento è da intendersi all'interno dell'ASL.

3. IL medico facente parte di una UCP e/o di una forma associativa può presentare richiesta di trasferimento ad altra UCP e alla relativa forma associativa della stessa tipologia, in presenza di fondati e documentati motivi. I referenti delle due UCP interessate dal trasferimento dovranno inviare la documentazione al Direttore del Distretto. La richiesta deve essere esaminata dal Comitato aziendale della medicina generale, che previa prudente valutazione dei motivi esposti e tenuto conto delle esigenze assistenziali del territorio può autorizzare il trasferimento.

Il trasferimento è possibile entro il numero massimo di componenti previsto dal presente accordo e contemporaneamente nel rispetto del numero massimo di componenti della relativa forma associativa, che deve essere della stessa tipologia.

Il trasferimento non può essere concesso nel caso in cui comporti la decadenza dell'UCP da cui esce il medico per mancanza di numero minimo dei componenti di cui all'art. 5 accordo 14/10/2014 e recepito con DCA 376/2014, o la decadenza della forma associativa.

Il Comitato aziendale dovrà pronunciarsi entro il termine massimo di 60 giorni dal ricevimento della richiesta. Tutta la procedura deve essere conclusa entro i successivi 30 giorni.

Il medico di assistenza primaria che si trasferisce ai sensi del presente articolo non potrà presentare una eventuale nuova richiesta di trasferimento prima che siano decorsi due anni dallo stesso, fatte salve particolari eccezioni<sup>44</sup>

Allegato3

Per quanto si riferisce all'indennità relativa al personale di studio, i medici interessati dovranno inoltrare apposita domanda presso gli uffici della medicina generale del proprio distretto di appartenenza entro il termine di 60 (sessanta) giorni dalla pubblicazione sul BUR del presente accordo. L'attribuzione della indennità suddetta verrà data prioritariamente ai medici che presenteranno le seguenti condizioni:

x contratto di assunzione di personale di quarto livello superiore per un minimo di 10 ore settimanali anche eventualmente fornito da società cooperative o di servizio. x La durata del contratto di assunzione del personale di studio sarà criterio preferenziale per l'attribuzione dell'indennità x Saranno ulteriori criteri preferenziali il numero degli assistiti e l'appartenenza ad una forma associativa.

FIMMG            Regione Lazio Segretaria Regionale            Maria Corongiu

Il segretario generale Dott. Andrea Tardiola

SMI Vice Segretario Regionale Ermanno De Fazi

SNAMI Il Presidente Regionale Giuseppe Di Donna

INTESA SINDACALE Rappresentante Regionale Giacomino Taeggi

Roma, 21 dicembre 2017

**Decreto 22 dicembre 2017, n. G18406** - Decreto del Commissario ad acta - nominato in esecuzione Sentenza TAR Lazio, Sez. III quater, n. 11491 del 17 novembre 2016 - n. G04762 del 12 aprile 2017 - Differimento entrata in vigore tariffe riabilitazione territoriale intensiva, estensiva e di mantenimento rivolta a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale ed istituzione tavoli tecnici congiunti

Vengono applicati, fino al 30 giugno 2018, i criteri e le tariffe antecedenti al decreto

commissariale del 12 aprile 2017, n. G04762; 2. di istituire, con successivo provvedimento della direzione regionale Salute e Politiche Sociali, i tavoli tecnici congiunti volti all'analisi delle problematiche e delle esigenze dell'intero settore della riabilitazione territoriale;

**Determinazione 19 dicembre 2017, n. G17606**- Programma di miglioramento e riqualificazione ai sensi dell'art. 1, comma 385 e ss., Legge 11 dicembre 2016, n. 232. Impegno della somma complessiva di 12.168.335,00 in favore di amministrazioni locali per le attività di "Accessibilità alle cure domiciliari" e "Qualità delle cure attraverso l'implementazione della Telemedicina" - Capitolo H11715 - Missione 13 - Programma 01 - Aggregato 1.04.01.02.000. Esercizio finanziario 2017.

Viene avviata la realizzazione del "Programma di Miglioramento e Riqualificazione ai sensi dell'art. 1, comma 385 e ss., Legge n.232/2016" della Regione Lazio (Allegato 1);

## **PUGLIA**

**DGR 5.12.17, n. 2110** - Costituzione elenco componenti del Nucleo Ispettivo Regionale Sanitario (N.I.R.S.) ai sensi dell'art. 4 del Regolamento regionale n. 16 del 7 agosto 2017 – Riapertura termini dell'Avviso Pubblico approvato con Determinazione del Dirigente della Struttura di Staff Servizio Ispettivo n.59/2017.(BUR n. 3 dell'8.1.18)

### **Note**

Vengono riaperti per la durata di n.20 giorni i termini per la presentazione delle domande di partecipazione alla procedura per la costituzione dell'elenco dei Componenti Temporanei del NIRS. Viene approvato l'Avviso pubblico relativo alla riapertura dei termini della procedura in oggetto, da sottoporre alla Giunta regionale ai sensi del richiamato art. 4 co. 5 del Reg. reg. n.16 del 7 agosto 2017, riportato in allegato alla presente deliberazione (a cui si fa rinvio).

**DGR 12.12.17, n. 2127** - Regolamento Regionale 8 luglio 2014, n.14. Strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche dedicate per il trattamento extraospedaliero dei disturbi psichiatrici gravi in preadolescenza e adolescenza. Determinazione delle tariffe giornaliere e disposizioni sull'accreditamento delle strutture. (BUR n. 3 dell'8.1.18)

### **Note**

#### **PREMESSA**

Nell'ambito delle azioni programmatiche previste dall'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni in data 24 gennaio 2013, concernente il Piano Nazionale per la Salute Mentale, in riferimento agli interventi da porre in essere a favore dell'Età evolutiva, è stato approvato il Regolamento Regionale 8 luglio 2014, n.14 "Integrazione del Regolamento Regionale 13 gennaio 2005, n.3. Strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche dedicate per il trattamento extraospedaliero dei disturbi psichiatrici gravi in preadolescenza e adolescenza. Requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi per l'autorizzazione alla realizzazione ed all'esercizio e per l'accreditamento. Fabbisogno".

Le Strutture disciplinate dal Regolamento sono destinate ai minori con disturbi psicopatologici, disabilità intellettiva con gravi disturbi del comportamento, gravi patologie della comunicazione, della relazione e della socializzazione, che necessitano sia di interventi complessi e coordinati che di ospitalità a ciclo continuo ( con trattamenti intensivi) o diurno e per periodi definiti e limitati nel tempo.

Son stati stabiliti i requisiti strutturali e di personale, la durata dell'intervento, l'organizzazione interna, i protocolli, gli organi deputati alle verifiche, le sanzioni previste, il fabbisogno aziendale di posti residenziali e diurni.

Il Regolamento individua, altresì, in modo dettagliato, le fasce di età e le situazioni psicopatologiche per cui è previsto l'inserimento, la ricettività, gli organismi inviati, l'integrazione con la rete dei servizi sanitari, sociali, scolastici giudiziari del territorio, l'obiettivo dell'intervento terapeutico.

Per quel che concerne la determinazione del fabbisogno, con DGR n.2689 del 16-12-2014 si è provveduto a individuare i distretti socio sanitari afferenti a ciascuna area indicata dall'art.3 del succitato Regolamento n.14/2014.

Atteso che nei decorsi mesi il competente Servizio Accreditamenti e Qualità ha provveduto a rilasciare diverse autorizzazioni all'esercizio alle Strutture in parola, risulta necessario provvedere a individuare le tariffe giornaliere, sia per il trattamento residenziale che per il trattamento semiresidenziale, di cui agli artt.1 e 2 del Regolamento.

Pertanto, il Servizio Governo dell'Assistenza alle Persone in condizioni di Fragilità ha provveduto a definire, nel dettaglio, la composizione della spesa per il personale rispetto agli standard del Regolamento e ad aggiungere a questa il costo del vitto degli utenti, del fitto, delle attività riabilitative, le spese generali e le spese di organizzazione e amministrazione.

Il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro preso a base del costo del personale è il contratto delle Cooperative Sociali, atteso che la maggioranza delle Strutture che hanno ottenuto il parere favorevole di compatibilità con il fabbisogno regionale sono gestite da cooperative sociali.

Per quanto concerne le altre principali voci di spesa sopracitate, trattandosi di strutture di primo impianto, non è stato possibile effettuare una rilevazione campionaria dei costi, bensì si è proceduto, per analogia, ad un'analisi sulle principali voci di spesa delle altre strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie e sociosanitarie già disciplinate da disposizioni regionali.

Inoltre, va considerato che le suddette Strutture sono di nuova istituzione, per cui non rientrano nel blocco degli accreditamenti previsto dall'art.1, comma 796, lettera u) della legge 296/2006 e dall'art.3, comma 32 della L.R. 40/2007 e s.m.i., pertanto possono accedere all'accredimento istituzionale di cui alla legge regionale n.9/2017, previa acquisizione delle autorizzazioni previste e presentazione di apposita istanza.

L'accredimento istituzionale delle strutture di cui trattasi comporterà la possibilità di una presa in carico appropriata del target di utenza individuato dal Regolamento n.14/2014 e del rientro nel territorio regionale dei minori attualmente assistiti in strutture extraregionali, con riduzione della mobilità passiva.

L'attività rientrerà nelle quote del Fondo Sanitario Regionale assegnate annualmente a ciascuna ASL.

#### **LA DISPOSIZIONE**

Vengono approvate le tariffe indicate nell'allegato A, parte integrante del presente Provvedimento, relative alle Strutture di cui agli artt. 1 e 2 del Regolamento n.14/2014, da riconoscersi pro-capite e pro-capite alle strutture accreditate, e di disporre che le suddette Strutture, in quanto di nuova istituzione, possano accedere all'accredimento istituzionale di cui alla legge regionale n.9/2017.

Le suddette Strutture, in quanto di nuova istituzione, non rientrano nel blocco degli accreditamenti previsto dall'art.1, comma 796, lettera u) della legge 296/2006 e dall'art. 3, comma 32 della L.R. 40/2007 e s.m.i. e, pertanto, possono accedere all'accredimento istituzionale di cui alla legge regionale n. 9/2017 previa acquisizione delle autorizzazioni previste e presentazione di apposita istanza.

**DGR 12.12.17, n. 2128** - Remunerazione delle prestazioni di assistenza Ospedaliera ed in regime di “day – service” – Individuazione nuovi pacchetti di prestazioni per Emofilia e Trombofilia.(BUR n. 3 dell’8.1.18)

**Note**

Vengono approvati i nuovi pacchetti di prestazioni in regime di day-service riferiti all’Emofilia (I e II livello) e alla Trombofilia (I e II livello), di cui all’Allegato A del presente provvedimento; (a cui si fa rinvio)

I pacchetti di cui all’Allegato A possono essere erogati dai Centri emofilia espressamente individuati dai provvedimenti regionali in materia ed in particolare dalla deliberazione di Giunta regionale n. 1833 del 4/8/2010 e ss.mm.ii., insistenti nella rete regionale delle malattie rare.

**VENETO**

**DGR 6.12..17, n. 1978** - Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502". Disposizioni applicative in ordine all'assistenza socio sanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali (art. 33).

**Note**

**PREMESSA**

Con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 (pubblicato nel supplemento n. 15 della G.U. n. 65 del 18 marzo 2017) sono stati approvati i nuovi Livelli Essenziale di Assistenza (LEA), cioè il complesso delle prestazioni che il Servizio Sanitario Nazionale assicura, attraverso risorse finanziarie pubbliche e/o compartecipazione dell’assistito alla spesa, mediante erogazione delle stesse da parte di strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche o private accreditate. Le disposizioni di cui al DPCM del 12 gennaio 2017 sono abrogative di quelle contenute nel previgente DPCM del 29 novembre 2001; tuttavia l’art. 64 del nuovo DPCM “Norme finali e transitorie” demanda a successivi appositi accordi, da sancire in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni e le Province Autonome su proposta del Ministro della Salute, la definizione dei criteri uniformi per l’individuazione di limiti e modalità di erogazione di alcune prestazioni. La succitata disposizione prevede, inoltre, tempistiche diverse per l’entrata in vigore delle disposizioni in materia di assistenza specialistica e di alcune disposizioni in materia di assistenza protesica.

La giunta regionale del Veneto con provvedimenti DGR n. 428 del 06 aprile 2017 e n. 1303 del 16 agosto 2017 ha dettato le prime disposizioni per il recepimento del DPCM 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”.

Il suddetto DPCM disciplina, tra gli altri, i LEA riferiti all’assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali; l’art 33 recita:

*Nell’ambito dell’assistenza semiresidenziale e residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con disturbi mentali, previa valutazione multidimensionale, definizione di un programma terapeutico individualizzato e presa in carico, i trattamenti terapeutico-riabilitativi e i trattamenti socio-riabilitativi, con programmi differenziati per intensità, complessità e durata. I trattamenti includono le prestazioni necessarie ed appropriate, mediante l’impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche nei seguenti ambiti di attività.....omissis.... In relazione al livello di intensità assistenziale, l’assistenza residenziale si articola nelle seguenti tipologie di trattamento:*

*a) Trattamenti terapeutico-riabilitativi ad alta intensità riabilitativa ed elevata tutela sanitaria (carattere intensivo), rivolti a pazienti con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale, anche nella fase della post-acuzie. I trattamenti, della durata massima di 18 mesi, prorogabili per ulteriori 6 mesi in accordo con il centro di salute mentale di riferimento, sono erogati nell’ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale sanitario e socio sanitario sulle*

24

ore;

*b) Trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere estensivo, rivolti a pazienti stabilizzati con*

*compromissioni del funzionamento personale e sociale di gravità moderata, che richiedono interventi a media intensità riabilitativa. I trattamenti, della durata massima di 36 mesi, prorogabili per ulteriori 12 mesi in accordo con il centro di salute mentale di riferimento, sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale socio-sanitario sulle 24 ore; c) Trattamenti socio-riabilitativi, rivolti a pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare e con quadri variabili di autosufficienza e di compromissione del funzionamento personale e sociale, che richiedono interventi a bassa intensità riabilitativa. La durata dei programmi è definita nel Progetto terapeutico riabilitativo individuale...omissis...*

*I trattamenti residenziali terapeutico-riabilitativi intensivi ed estensivi di cui al comma 2, lettere a) e b) sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale. I trattamenti residenziali socio-riabilitativi di cui al comma 2, lettera c) sono a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 40 per cento della tariffa giornaliera. I trattamenti semiresidenziali terapeutico-riabilitativi di cui al comma 3 sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale....omissis..*

Le strutture di residenzialità e semiresidenzialità psichiatrica attualmente previste nella programmazione regionale sono le seguenti:

- CTRP - Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta – Modulo ad alta intensità assistenziale
- CTRP - Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta – Modulo ad intensità assistenziale intermediale
- CA - Comunità Alloggio modulo estensivo e modulo di base
- GAP - Gruppo Appartamento Protetto
- CD centro diurno.

In sede di recepimento dell'Accordo Conferenza Unificata sul documento concernente "Le strutture residenziali psichiatriche" Rep. Atti n. 116/CU del 17 ottobre 2013, con riferimento all'articolazione delle strutture di residenzialità psichiatrica nella Regione del Veneto, la DGR 2704 del 29 dicembre 2014 ha stabilito le seguenti corrispondenze:

- la Struttura Residenziale Psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (SRP1) corrisponde alla Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta (CTRTP) di tipo A - ad alta intensità assistenziale;
- la Struttura Residenziale Psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo (SRP2) corrisponde alla Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta (CTRTP) di tipo B - ad intensità assistenziale intermedia;
- la Struttura Residenziale Psichiatrica per interventi socioriabilitativi, con differenti livelli di intensità assistenziale (SRP3), corrisponde:
  - alla Comunità Alloggio Estensiva, nella sottotipologia con personale sociosanitario presente nelle 24 ore (SRP3.1);
  - alla Comunità Alloggio di Base, nella sottotipologia con personale sociosanitario presente nelle 12 ore (SRP3.2);
  - al Gruppo Appartamento Protetto (GAP), nella sottotipologia con personale sociosanitario presente per fasce orarie (SRP3.3).

### **IL RECEPIMENTO**

Vengono recepite le disposizioni contenute nell'art. 33 del DPCM sopra richiamato.

Considerata l'attuale quota a carico del servizio sanitario regionale definita nella Regione Veneto dalla DGR n. 3972/2002, al fine di un graduale adeguamento della quota di compartecipazione a giornata in aggiunta alla quota sanitaria stabilita con DGR 494 del 16 aprile 2013, vengono applicate le disposizioni di cui al presente provvedimento a far data dal 1° gennaio 2018.

**DGR 6.12.17. n. 1979** - Identificazione della struttura di riferimento regionale per i disturbi dell'identità di genere nei confronti dei cittadini residenti nel Veneto, ai sensi della L.R. 25 giugno 1993, n. 22, ed assegnazione di un finanziamento a funzione. Ulteriore disposizione in materia di finanziamento a funzione per la partoanalgesia.(BUR n. 3 del 9.1.18)

**Note**

Viene identificata la struttura di riferimento regionale per i disturbi dell'identità di genere per i cittadini residenti in Veneto e viene assegnato un finanziamento a funzione per il triennio 2018-2020. Viene data un'ulteriore disposizione relativa al finanziamento a funzione per la partoanalgesia.

Viene individuata nella Casa di Cura "Abano Terme Polispecialistica e Termale S.p.a.", erogatore privato accreditato afferente all'Azienda Ulss 6 Euganea, al quale la DGR n. 2122/2013 ha riconosciuto la funzione di "Presidio Ospedaliero", la struttura di riferimento regionale per i disturbi di identità di genere nei confronti dei cittadini residenti nel Veneto

Viene assegnata alla Casa di Cura, per il triennio 2018-2020, un finanziamento a funzione massimo annuo pari ad euro 200.000,00 finalizzato all'attività.

**DGR 6 .12. 17, 1980** - Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di Mutilazione Genitale Femminile di cui alla Legge 9 gennaio 2006, n. 7 (Fondo per la formazione del personale ai sensi dell' art. 4 comma 2, L. n. 7/2006, anno 2017).(BUR n. 4 del 9.1.18)

#### Note

#### PREMESSA

La Legge 9 gennaio 2006, n.7 recante "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile" al comma 1 dell'art.4 prevede che il Ministero della Salute emani linee guida destinate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazioni genitali femminili.

Il Decreto del Ministero della Salute 17.12.2007 ha approvato le linee guida testé citate.

Con Delibera 29 dicembre 2009, n. 4317 "Programma di formazione per operatori socio-sanitari su pratiche di mutilazioni genitali femminili (MGF), ai sensi della Legge 09 gennaio 2006, n.7" la Giunta Regionale Veneta ha recepito le linee guida suddette e determinato la realizzazione di un Piano Formativo Regionale e, a cascata, lo sviluppo di piani formativi locali a cura delle Aziende UU.LL.SS.SS. Venete.

Anche in continuità con le attività promosse dal provvedimento suindicato la Regione del Veneto con Delibera n. 2171 del 25 novembre 2013, ha approvato il Programma attuativo relativo al "Sistema di interventi da sviluppare per la prevenzione ed il contrasto del fenomeno delle mutilazioni genitali femminili di cui all'art. 3, comma 1, della Legge 9 gennaio 2006, n.7" ai sensi dell'art. 4 comma 3 dell'Intesa del 06 dicembre 2012 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano".

Il DDR n. 245 del 30 dicembre 2014, ha approvato il riparto e l'impegno di spesa pari ad € 914.531,64 a favore delle ex ventuno Aziende UU.LL.SS.SS., ora nove, per la realizzazione del Programma ex DGR n. 2171/2013 che riguardava le tre linee di intervento di seguito specificate:

1. predisposizione di modelli innovativi e sperimentali finalizzati all'attuazione di una strategia di sistema nazionale volta a favorire la prevenzione del fenomeno MGF e l'integrazione sociale di donne e minori vittime o potenziali vittime di tali pratiche;
2. realizzazione di corsi di formazione e aggiornamento specifici mirati a coloro che operano su questo tema o in ambiti connessi, per la facilitazione delle relazioni tra le istituzioni e le comunità migranti interessate dal fenomeno;
3. realizzazione di campagne di comunicazione da sviluppare a livello regionale e territoriale con specifica attenzione agli immigrati di nuovo ingresso e alla popolazione residente in zone ad alto rischio di MGF.

Il Ministero della Salute ha assegnato alla Regione del Veneto per l'anno 2015 la somma pari ad € 16.689,73 (D.M. 13.11.2015) accertata con DDR n. 5 del 31.12.2015 e la somma pari ad € 16.397,58, per l'anno 2016 (D.M. 9.11.2016) accertata con DDR n. 174 del 30.12.2016, per la realizzazione di attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte alle pratiche di MGF ex comma 1 dell'art. 4 della L. n. 7/2006.

In adempimento a quanto determinato dai Decreti Ministeriali su specificati e a conclusione delle attività del programma approvato con DGR n. 2171/2013, con il provvedimento regionale n. 1351 del 22 agosto 2017 è stato affidato all'Azienda ULSS 6 Euganea di Padova l'incarico di attuare il

Piano di comunicazione attiva, in termini di prevenzione, sul tema delle mutilazioni genitali femminili, assegnando per tale scopo le somme accertate per gli anni 2015 e 2016 per un totale pari ad € 33.087,31.

Con Decreto della Direzione Generale della prevenzione sanitaria prot. n. 24642 dell' 8 agosto 2017 il Ministero della Salute ha provveduto al riparto per l' esercizio finanziario in corso, del fondo per la formazione delle figure professionali sanitarie, nonché di altre figure professionali, che operano con le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione di organi genitali femminili, assegnando alla Regione del Veneto l'importo di € 15.275,66, già accreditati con bolletta n. 32980 del 25.8.2017.

### LA DISPOSIZIONE

Viene affidata all' AULSS n. 6 Euganea di Padova, in possesso di lunga e qualificata esperienza nel campo specifico, la realizzazione di corsi di formazione e aggiornamento specifici mirati a coloro che operano su questo tema o in ambiti connessi, per la facilitazione delle relazioni tra le istituzioni e le comunità migranti interessate dal fenomeno, a prosecuzione delle attività già effettuate con i provvedimenti n. 4317/2009 e n. 2171/2013, da attuarsi entro il 31 dicembre 2018.

La somma complessiva da assegnare all' AULSS n. 6 Euganea di Padova per la realizzazione del Piano affidato, è pari ad € 15.275,66, a far carico sul capitolo 101069 ad oggetto "Misure per prevenire, contrastare e reprimere le pratiche di mutilazione femminile" del Bilancio Regionale 2017-2019.

**DGR 6.12.17, n. 2024** - Funzioni di cui al capoverso 4.4.4 "Strutture e attività a supporto della programmazione" dell'allegato A) alla legge regionale 29 giugno 2012 n. 23 "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012 - 2016": trasferimento di una parte delle attività e del personale non a tempo indeterminato dalle Aziende del Servizio Sanitario Regionale all'Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero dal 1° gennaio 2018.(BUR n. 4 del 9.1.18)

### Note

Viene preso atto che dal 1° gennaio 2018 verrà trasferita una parte delle attività e del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato impiegato presso i Coordinamenti regionali e presso il Sistema Epidemiologico Regionale dalle Aziende del Servizio Sanitario Regionale all'Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto – Azienda Zero.

Viene quindi disposto, con decorrenza dal 1° gennaio 2018, il trasferimento, dalle Aziende del Servizio Sanitario Regionale all'Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto – Azienda Zero, delle attività e del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, individuato dal Direttore Generale dell' Area Sanità e Sociale, sentite le Aziende attualmente titolari dei relativi rapporti, impiegato presso i seguenti Coordinamenti regionali che pertanto vengono soppressi:

- Coordinamento Regionale Emergenza Urgenza (CREU)
- Coordinamento Regionale per le Attività Trasfusionali (CRAT)
- Coordinamento Regionale per i controlli sanitari, l'appropriatezza e le liste d'attesa
- Coordinamento Regionale sul farmaco
- Coordinamento Regionale per la Medicina Convenzionata di assistenza primaria
- Coordinamento Regionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCMR)
- Osservatorio regionale Politiche Sociali e Sociosanitarie, incardinato, al Sistema Epidemiologico Regionale (SER)
- il Coordinamento regionale screening oncologico

Viene dato atto che le attività del:

- Coordinamento Regionale delle malattie rare, al quale afferiscono:
- Registro regionale delle nascite
- Registro regionale delle malattie rare
- Coordinamento Regionale per i Trapianti

- Registro della Patologia Cardio-Cerebro-Vascolare rimarranno in capo ai medesimi che continueranno a mantenere l'attuale sede operativa. Il personale non sarà trasferito all'Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto – Azienda Zero e l'Area Sanità e Sociale continuerà a svolgere nei confronti dei Coordinamenti in argomento attività di programmazione, verifica e controllo fino a diverse determinazioni.

Le attività del Coordinamento Regionale per il Management e la Progettazione Europea si concludono a febbraio 2018, e di conseguenza che il personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato non venga trasferito presso Azienda e cessi alla data di scadenza naturale del contratto, salvo eventuale recesso anticipato esercitato da parte del datore di lavoro;

Viene mantenuto fino alla conclusione delle attività del Coordinamento Regionale per il Management e la Progettazione Europea l'incarico di Responsabile del dr. Massimo Mirandola prorogato da ultimo con decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 1 del 12 gennaio 2016 la cui scadenza era prevista per il 31 dicembre 2017.

Viene mantenuto il Centro regionale di Farmacovigilanza presso il Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica dell'Università di Verona sotto la responsabilità del prof. Ugo Moretti per il periodo relativo allo svolgimento delle attività previste dall'Accordo Stato Regioni del 30 marzo 2017.

**DGR 14.12. 17, n. 2048** - Programma 2017 del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) "Sperimentazione di un modello operativo integrato per la presa in carico di soggetti con fattori di rischio e/o con patologie croniche attraverso un approccio intersettoriale tra Dipartimento di Prevenzione, Distretto, Ospedale e territorio". approvazione dello schema di Convenzione e ripartizione dei finanziamenti alle Unità operative. Codice unico di progetto CUP H73D17000820001.(BUR n. 5 del 9.1.18)

#### **Note**

Con il presente provvedimento si approva lo schema di convenzione che regola i rapporti con le Unità Operative per realizzazione del progetto CCM 2017, "Sperimentazione di un modello operativo integrato per la presa in carico di soggetti con fattori di rischio e/o con patologie croniche attraverso un approccio intersettoriale tra Dipartimento di Prevenzione, Distretto, Ospedale e territorio" e contestualmente si vuole ripartire il finanziamento statale.

#### **CONVENZIONE**

Per la realizzazione del progetto "Sperimentazione di un modello operativo integrato per la presa in carico di soggetti con fattori di rischio e/o con patologie croniche attraverso un approccio intersettoriale tra Dipartimento di Prevenzione, Distretto, Ospedale e territorio". Codice unico di progetto CUP H73D17000820001, di cui al programma 2017 del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) approvato con D.M. 11 maggio 2017.

#### **TRA**

La Regione del Veneto Direzione Prevenzione Sicurezza Alimentare Veterinaria c.f. 80007580279(di seguito nominata Regione del Veneto) rappresentata dal Direttore, pro tempore, della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria domiciliata per la carica a Venezia Dorsoduro 3901

#### **E**

L'Azienda Sanitaria Locale c.f. , nella persona del Direttore Generale.....

giusta delibera....., domiciliato per la carica a.....; di seguito denominata Unità Operativa n. ....

#### **PREMESSO CHE**

Con legge 26 maggio 2004, n. 138, è stato istituito presso il Ministero della Salute il Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM) che opera con modalità e in base a programmi annuali approvati con decreto del Ministero della Salute, attraverso successive convenzioni con vari enti, tra cui le Regioni e le strutture regionali; nell'ambito del programma di attività del CCM per l'anno 2017 del Ministero della Salute è stato approvato dal comitato del CCM il progetto presentato, con nota prot. n. 277219 del 7.07.2017 dalla Regione del Veneto dal titolo "Sperimentazione di un

modello operativo integrato per la presa in carico di soggetti con fattori di rischio e/o con patologie croniche attraverso un approccio intersettoriale tra Dipartimento di Prevenzione, Distretto, Ospedale e territorio”, che ha come obiettivo quello di costruire e sperimentare un piano di interventi integrato tra Dipartimento di Prevenzione, Distretto con particolare riferimento ai team multi professionali dell’assistenzaprimaria, Ospedale, altri servizi sanitari e risorse presenti sul territorio per la presa in carico di

soggetti con patologie croniche o con fattori di rischio per la modificazione degli stili di vita non corretti, in conformità a quanto stabilito dal Piano Nazionale Prevenzione e dal Piano Nazionale della Cronicità;

il Ministero della Salute ha stipulato con la Regione del Veneto, in qualità di capofila e responsabile della conduzione del progetto, apposito accordo di collaborazione, di cui alla D.G.R. n. 1448 del 12.09.2017;

il summenzionato accordo (allegato parte integrante della delibera di approvazione della presente convenzione) ha la durata di 24 mesi decorrenti dal 45° giorno dalla data di comunicazione da parte del Ministero di avvenuta registrazione del provvedimento di approvazione dello stesso;

l’avvio delle attività progettuali è previsto per il 6 gennaio 2018;

le attività per la realizzazione del progetto “Sperimentazione di un modello operativo integrato per la presa in carico di soggetti con fattori di rischio e/o con patologie croniche attraverso un approccio intersettoriale tra Dipartimento di Prevenzione, Distretto, Ospedale e territorio”, sono riportate in dettaglio nel progetto esecutivo (allegato al citato accordo di collaborazione);

la presente convenzione disciplina, pertanto, i rapporti di collaborazione fra la Regione del Veneto Direzione Prevenzione Sicurezza Alimentare Veterinaria e l’Unità Operativa (U.O) n. ...., al fine della buona conduzione del progetto, anche per mezzo di una razionale e semplificata procedura per la raccolta dei dati scientifici e l’utilizzazione dei fondi assegnati,

## **SI CONVIENE E STIPULA QUANTO SEGUE**

### ***Articolo 1 (Oggetto)***

1. Le parti condividono ed accettano il contenuto del progetto “Sperimentazione di un modello operativo integrato per la presa in carico di soggetti con fattori di rischio e/o con patologie croniche attraverso un approccio intersettoriale tra Dipartimento di Prevenzione, Distretto, Ospedale e territorio” al quale è stato attribuito, ai sensi dell’art. 11 della Legge n. 3/2003, dalla competente struttura ministeriale il codice unico di progetto (CUP) H73D17000820001;

2. L’U.O. si impegna a realizzare, sotto la diretta supervisione della Regione Veneto, le attività di competenza indicate nel progetto esecutivo;

3. L’U.O., nel dare esecuzione alla presente convenzione, potrà avvalersi della collaborazione di Entie/o Associazioni pubbliche e/o private.

### ***Articolo 2 (Durata)***

La presente convenzione ha validità dalla data di sottoscrizione e scadrà contestualmente alla scadenza dell’accordo di collaborazione tra il Ministero della Salute e la Regione del Veneto; la durata del suddetto progetto è di 24 mesi dalla data di inizio attività (06 gennaio 2018, pertanto la presente convenzione scadrà il 05 gennaio 2020).

### ***Articolo 3 (Verifiche e relazioni sull’attività)***

1. L’U.O., per effetto di quanto stabilito nel richiamato accordo di collaborazione tra il Ministero della Salute e la Regione del Veneto, si impegna a:

- Portare a termine entro la data di scadenza del progetto la realizzazione delle attività progettuali oggetto della presente convenzione, così come descritte in dettaglio nel progetto esecutivo approvato dal Ministero della Salute;
- Trasmettere alla Regione del Veneto, entro 15 giorni dalla scadenza di ogni trimestre di attività, un rapporto tecnico corredato di relativo abstract ed un rapporto finanziario;
- Trasmettere alla Regione del Veneto, entro 30 giorni dallo scadere della presente convenzione, un rapporto tecnico corredato di relativo abstract su tutta l’attività svolta nel periodo di vigenza della convenzione stessa unitamente ad un rapporto finanziario finale.

I rapporti finanziari di cui ai precedenti punti dovranno essere redatti nel rispetto delle voci di spesa indicate nel piano finanziario originario previsto nel progetto fermo restando che il Ministero rimborserà unicamente le somme effettivamente spese e documentate e che saranno dichiarate utilizzando l'allegato 2, nel rispetto delle indicazioni di cui all'allegato 3 dell'accordo tra il Ministero della Salute e la Regione del Veneto.

2. E' fatto obbligo alla U.O. di trasferire, mensilmente alla Regione del Veneto tutti i dati prodotti nel corso della realizzazione del progetto.

3. Il piano finanziario relativo al progetto, allegato all'accordo di collaborazione con il Ministero, potrà essere modificato una sola volta, previa autorizzazione del Ministero della Salute che valuterà la sussistenza di ragioni di necessità ed opportunità. La richiesta di variazione dovrà pervenire almeno 120 giorni prima della data di fine validità del presente accordo. La suddetta modifica sarà efficace solo successivamente all'autorizzazione comunicata dal Ministero:

4. Ferma restando l'invarianza del finanziamento complessivo, è consentito, senza necessità di autorizzazione ministeriale nell'ambito di ogni singola Unità Operativa, uno scostamento non superiore al 20% sia in aumento che in diminuzione, per ogni singola voce di spesa, rispetto agli importi indicati nel piano finanziario originario o modificato.

5. L'U.O. dovrà conservare tutta la documentazione contabile relativa al progetto e renderla disponibile, a seguito di richiesta del Ministero della Salute, entro 15 giorni.

6. Il referente della U.O. per la realizzazione delle attività oggetto della presente convenzione potrà essere convocato, singolarmente o in riunione plenaria, dal responsabile delle attività della Regione del Veneto, in relazione ad opportune verifiche sullo stato di attuazione dei lavori e/o differenti problematiche emergenti nel corso degli stessi.

7. La Regione del Veneto si impegna ad informare tempestivamente l'U.O. sulle richieste di adattamenti delle attività progettuali oggetto della presente convenzione, avanzate dal Ministero in base ai risultati conseguiti in corso d'opera, concordandole con l'U.O., senza che ciò costituisca motivo di modifica del finanziamento di cui all'art. 4.

#### **Articolo 4 (Finanziamento)**

1. Per l'esecuzione delle attività progettuali di cui all'art. 1, la Regione del Veneto si impegna a riconoscere alla U.O. la somma di euro (/00), comprensiva di qualsiasi spesa e oneri, quale quota del finanziamento statale di spettanza, a titolo di rimborso parziale delle spese sostenute per la realizzazione del progetto.

L'U.O. dichiara che le attività di cui alla presente convenzione non sono soggette ad I.V.A., ai sensi del D.P.R. n. 633 del 1972, in quanto si tratta di attività rientranti nei propri compiti istituzionali.

2. La somma di cui al precedente comma sarà erogata alla U.O. subordinatamente all'effettivo accredito nel bilancio regionale del finanziamento statale, secondo quanto di seguito riportato:

- 30% del finanziamento totale, ad avvenuta sottoscrizione della presente convenzione, unitamente alla dichiarazione di conservazione della documentazione di spesa;
- 40% del finanziamento totale, successivamente ai primi due semestri di attività, previa presentazione dei dati di cui all'art. 3, comma 2 e della relazione tecnica unitamente al relativo abstract ed alla rendicontazione finanziaria, che dovranno attestare l'avvenuto impegno e/o pagamento di somme per un importo almeno pari al 30% dell'intero importo finanziato;
- 30% del finanziamento totale, alla conclusione delle attività progettuali, previa presentazione entro e non oltre 30 giorni dalla scadenza del termine del progetto, dei dati di cui all'art. 3, comma 2, della relazione tecnica finale unitamente al relativo abstract e rendicontazione analitica delle spese complessivamente sostenute.

3. L'eventuale mancato o ritardato invio della documentazione di cui all'art. 3 comporterà ripercussioni negative sull'erogazione dei relativi fondi, in relazione alle corrispondenti determinazioni che saranno assunte al riguardo dal Ministero della Salute.

4. In ogni caso la sospensione, la revoca o il ritardo dell'erogazione dei finanziamenti ministeriali determinerà, correlativamente, l'esonero temporaneo e definitivo, della Regione del Veneto dall'obbligo di liquidazione degli importi previsti per la U.O..

5. Qualora il Ministero non valutasse positivamente le relazioni di cui al punto 2 che precede, l'U.O. si impegna a restituire alla Regione del Veneto le somme eventualmente corrisposte in eccesso, secondo le modalità e i tempi che saranno comunicati per iscritto dalla Regione stessa.

6. L'Unità Operativa prende atto che:

- Il finanziamento previsto per la realizzazione del progetto di cui alla presente convenzione si riferisce all'esercizio finanziario 2017 dello Stato e andrà in "perenzione amministrativa" in data 31 dicembre 2019, ai sensi dell'art. 36 del R.D. 18 novembre 1923, n. 2440, e s.m.i.,
- la procedura di reinscrizione in bilancio dello Stato delle relative somme da erogarsi da parte dello Stato medesimo dal 1 gennaio 2020 sarà avviata su richiesta della Regione del Veneto a decorrere dal 1 luglio 2020.

7 L'Unità Operativa è a conoscenza che la guida alla redazione di progetti CCM 2017 emanata dal Ministero della Salute, relativamente alle voci di spesa riportate nel piano finanziario in particolare, chiarisce che:

**Personale**- sotto questa voce è possibile ricomprendere tutte le tipologie di contratto di lavoro a tempo determinato previste dalla normativa vigente (borsa di studio, contratto di consulenza, dottorato di ricerca, co.co.pro...). È altresì possibile destinare dette risorse al personale interno dell'ente, purché corrispondano alla consueta retribuzione applicata e attengano a quei costi di attività che l'ente non avrebbe realizzato se il progetto non fosse stato attuato, tale personale deve essere assegnato all'attuazione del progetto tramite una decisione scritta dell'Ente. Resta inteso che, sia in caso di acquisizione di personale esterno che di utilizzo del personale interno, la correttezza delle procedure di reclutamento del personale dovrà essere sempre verificata dall'Ente esecutore nel rispetto della normativa vigente. Per tale voce dovranno essere specificate le singole figure professionali senza indicare il relativo corrispettivo l'importo da inserire a tale voce dovrà essere, infatti, solo quello complessivo. In fase di rendicontazione sarà invece necessario specificare per ciascuna figura professionale, la qualifica, il periodo di riferimento del contratto e relativi costi sostenuti e/o impegnati.

**Beni e servizi** - sotto questa voce è possibile ricomprendere l'acquisizione di beni, accessori, forniture e servizi strumentali connessi alla realizzazione del progetto.

A titolo esemplificativo possono rientrare in questa voce le spese di:

- acquisto di materiale di consumo
- acquisto di cancelleria
- stampa, legatoria e riproduzione grafica
- traduzioni ed interpretariato
- realizzazione e/o gestione di siti web
- noleggio/acquisto di attrezzature (esclusivamente per la durata del progetto)

Si specifica che l'acquisto di attrezzature è eccezionalmente consentito solo quando il loro utilizzo è direttamente connesso alla realizzazione del progetto e comunque previa valutazione della convenienza economica dell'acquisto in rapporto ad altre forme di acquisizione del bene (es. noleggio, leasing). In ogni caso di acquisto, la diretta correlazione con gli obiettivi del progetto dovrà essere motivata. Il costo integrale di acquisto, comprensivo di IVA, è rimborsabile per singolo bene il cui valore sia inferiore o uguale a € 500, posto che lo stesso sia stato acquistato prima degli ultimi sei mesi della durata del progetto. Ove il bene sia stato acquistato negli ultimi sei mesi o nel caso in cui il valore del bene sia superiore a 500 €, il Ministero rimborserà unicamente la/e quota/e parte di ammortamento relativa/e al periodo di utilizzo del bene all'interno del progetto. Non può comunque assolutamente essere ricompreso sotto questa voce l'acquisto di arredi o di altro materiale di rappresentanza. Si rammenta, inoltre che la voce "Servizi" è principalmente finalizzata a coprire le spese per l'affidamento di uno specifico servizio ad un soggetto esterno. Infine sempre relativamente alla voce "Servizi" si precisa che la loro acquisizione deve conferire al progetto un apporto integrativo e/o specialistico a cui l'ente esecutore non può far fronte con risorse proprie.

**Missioni** - Questa voce si riferisce alle spese di trasferta (trasporto, vitto e alloggio) che unicamente il personale dedicato al progetto (ivi compreso il referente scientifico del Ministero

della Salute) deve affrontare in corso d'opera. Può altresì essere riferito alle spese di trasferta di personale appartenente ad altro ente che viene coinvolto – per un tempo limitato – nel progetto. Rientrano in tale voce anche le eventuali spese di trasferta (trasporto, vitto e alloggio) per la partecipazione del solo personale coinvolto nel progetto a workshop ed incontri purché risultino coerenti con le attività del progetto e si evidenzii l'effettiva necessità di partecipazione ai fini del raggiungimento degli obiettivi proposti.

**Incontri/Convegni/Eventi formativi** - Tale voce si riferisce all'organizzazione e realizzazione di un incontro/convegno/evento formativo o altro momento di pubblica diffusione/condivisione dei dati svolto direttamente o per il tramite di terzi. Rientrano in tale voce anche gli eventuali costi per l'iscrizione agli eventi formativi/convegni. A titolo di esempio rientrano in tale voce gli eventuali costi per l'affitto della sala, del servizio di interprete, per il servizio di accoglienza, onorari e spese di missione (trasferta, vitto ed alloggio) per docenti esterni al progetto, accreditamento ECM.

**Spese generali** - Per quanto concerne questa voce, si precisa che la stessa non può incidere in misura superiore al 10% sul finanziamento complessivo. Nel suo ambito sono riconducibili i cosiddetti costi indiretti (posta, telefono, servizio di corriere, collegamenti telematici, ecc..) in misura proporzionale alle attività previste. Si specifica che in sede di verifica della rendicontazione, la quota dei costi indiretti sarà riproporzionata in considerazione delle spese ammissibili rendicontate.

#### **Articolo 5**

##### **(Proprietà dei risultati del progetto)**

1 I risultati del progetto, ivi incluse le relazioni di cui all'art. 3, sono di esclusiva proprietà del Ministero. Il diritto di proprietà e/o utilizzazione e sfruttamento economico dei file sorgente nonché degli elaborati originali prodotti, dei documenti progettuali, della relazione tecnica conclusiva, delle opere dell'ingegno, delle creazioni intellettuali, delle procedure software e dell'altro materiale anche didattico creato, inventato, predisposto o realizzato dalla U.O. nell'ambito o in occasione dell'esecuzione della presente convenzione, rimarranno di titolarità esclusiva del Ministero. Quest'ultimo potrà quindi disporre senza alcuna restrizione la pubblicazione, la diffusione, l'utilizzo, la vendita, la duplicazione e la cessione anche parziale di dette opere dell'ingegno o materiale, con l'indicazione di quanti ne hanno curato la produzione.

2 E' fatto comunque obbligo alla U.O. di rendere i dati accessibili e/o rapidamente disponibili alla Regione del Veneto, in ogni momento e dietro specifica richiesta. Detti dati dovranno essere disponibili in formato aggregato e/o disaggregato a seconda delle esigenze manifestate dal Ministero della Salute.

3 E' fatto obbligo alla U.O. di richiedere sia ad accordo vigente che a conclusione dello stesso, la preventiva autorizzazione alla Regione del Veneto prima della diffusione parziale o totale dei dati relativi al progetto.

4 I documenti ed i risultati di cui al comma 1 potranno essere utilizzati dietro espressa autorizzazione del Ministero, riportando l'indicazione: Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute – CCM”.

#### **Articolo 6**

##### **(Risoluzione)**

1. E' espressamente convenuto che la presente convenzione si risolve qualora il Ministero e/o la Regione del Veneto accertino che lo svolgimento delle attività di cui all'art. 1 non avvenga, per qualsiasi causa, secondo i tempi e le modalità dell'accordo con il Ministero.

2. In caso di valutazione negativa delle relazioni di cui all'art. 3, la Regione del Veneto sospende l'erogazione del finanziamento. La sospensione del finanziamento sarà disposta anche per la mancata od irregolare attuazione della presente convenzione.

3. In caso di accertamento, in sede di esame delle relazioni di cui all'art. 3, di grave violazione degli obblighi di cui alla presente convenzione, per cause imputabili alla U.O., che possano pregiudicare la realizzazione del progetto, la Regione del Veneto intima per iscritto alla U.O., a mezzo di raccomandata a/r o posta elettronica certificata, di porre fine alla violazione nel termine indicato

nell'atto di diffida. Decorso inutilmente detto termine, l'accordo si intende risolto di diritto a decorrere dalla data indicata.

4. E' espressamente convenuto che in caso di risoluzione della presente convenzione, l'U.O. ha l'obbligo di provvedere, entro cinquanta giorni dal ricevimento della relativa richiesta alla restituzione delle somme corrisposte sino alla data di risoluzione della convenzione.

#### **Articolo 7**

##### **(Controversie)**

1. Qualsiasi divergenza sull'interpretazione o sull'esecuzione della presente convenzione sarà devoluta al giudizio di un arbitro scelto di comune accordo tra le parti o, in caso di dissenso, da un consiglio arbitrale costituito da arbitri scelti dalle parti in numero di uno per parte e da un terzo scelto di comune accordo fra le parti. L'arbitro od il consiglio arbitrale deciderà senza formalità e secondo equità, avendo sede presso la Regione del Veneto.

#### **Articolo 8**

##### **(Registrazione)**

La presente convenzione sarà registrata solo in caso d'uso a cura della parte che avrà avuto interesse alla registrazione. La convenzione stessa è esente da bollo, ai sensi del D.P.R. 26.10.1972, n. 642 e smi.

#### **Articolo 9**

##### **(Obblighi dell'Unità Operativa)**

All'U.O. compete l'adempimento degli eventuali obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla Legge 13 agosto 2010, n. 136, nonché l'adempimento, ove dovuto, degli obblighi discendenti dalle disposizioni normative vigenti per l'invio dei provvedimenti alla Corte dei Conti.

Si fa rinvio, per tutto quanto non espressamente previsto nella presente convenzione, alle disposizioni contenute nell'accordo di collaborazione tra il Ministero della Salute e la Regione del Veneto e nel progetto esecutivo.

La presente convenzione si compone di 9 articoli.

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, con firma elettronica avanzata, ai sensi dell'articolo 1, comma 1, lettera q-bis) del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, ovvero con altra firma elettronica qualificata.

Letto, confermato e sottoscritto

Venezia, lì

Regione del Veneto

Il Direttore

Unità Operativa

Il Direttore Generale

|                           |
|---------------------------|
| <b>TUTELA DEI DIRITTI</b> |
|---------------------------|

#### **LAZIO**

**Determinazione 4 dicembre 2017, n. G16713** - Presa d'atto e ratifica delle prestazioni erogate per i servizi di ospitalità, accoglienza, ascolto e presa in carico nei mesi di maggio, giugno e luglio 2017 per i Centri antiviolenza e Case rifugio ex Città metropolitana di Roma Capitale, nelle more della conclusione della procedura negoziata indetta con determinazione dirigenziale 17 maggio 2017 n. G06897. Impegno complessivo 177.093,66 Cap H41909 Missione 12 prog. 04 es. fin. 2017. (BUR n. 2 del 4.1.18)

#### **Note**

Viene preso atto e ratificate le prestazioni erogate dall'Associazione di promozione sociale Differenza Donna onlus per i servizi di ospitalità, accoglienza, ascolto e presa in carico nei mesi di maggio, giugno e luglio 2017 per i seguenti Centri antiviolenza e Case rifugio, nelle more della conclusione della procedura negoziata indetta con determinazione dirigenziale 17 maggio 2017 n.

G06897: □ Centro antiviolenza per donne che non vogliono più subire violenza - ubicato in Roma, Viale di Villa Pamphili, 71, per un costo complessivo di euro 59.052,90; □ Centro Provinciale per donne in difficoltà sole o con figli minori "Maree" ubicato in Roma, Via Monte delle Capre, 23, per un costo complessivo di euro 59.002,32.