

INDICE N. 251

PANORAMA STATALE

GIUSTIZIA

DECRETO LEGISLATIVO 1° marzo 2018 , n. 21 .

Disposizioni di attuazione del principio di delega della riserva di codice nella materia penale a norma dell'articolo 1, comma 85, lettera q) , della legge 23 giugno 2017, n. 103. (GU n. 68 del 22.3.18)

PRIVATO SOCIALE

MINISTERO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

DECRETO 14 febbraio 2018 . Scioglimento della «Monte Razzano società cooperativa sociale onlus», in Roma e nomina del commissario liquidatore. /GU n. 65 del 19,3,18)

PRIVATO SOCIALE

MINISTERO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

DECRETO 14 febbraio 2018 . Scioglimento della «Monte Razzano società cooperativa sociale onlus», in Roma e nomina del commissario liquidatore. /GU n. 65 del 19,3,18)

DECRETO 7 marzo 2018 . Liquidazione coatta amministrativa della «Cooperativa sociale ABC SOS a r.l.», in Roma e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 69 del 23.3.18)

DECRETO 7 marzo 2018 - Liquidazione coatta amministrativa della «Fabian Art Society Società cooperativa sociale a r.l.», in Roma e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 70 del 24.3.\18)

SANITÀ

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 22 dicembre 2017 .- Ripartizione delle quote premiali relative all'anno 2017 da assegnare alle regioni ed alle province autonome, in applicazione di quanto previsto dall'articolo 9, comma 2, del decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 149 (GU n. 69 del 23.3.18)

COMITATO INTERMINISTERIALE PER LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA

DELIBERA 22 dicembre 2017 - Fondo sanitario nazionale 2017. Ripartizione tra le regioni della quota vincolata destinata al finanziamento del fondo per l'esclusività del rapporto del personale dirigente del ruolo sanitario. (Delibera n. 121/2017).(GU . 73 del 28.3.18)

DELIBERA 22 dicembre 2017 . - Fondo Sanitario Nazionale 2017- Riparto delle disponibilità

finanziarie per il Servizio sanitario nazionale. (Delibera n. 117/2017).(GU n.70 del 24.3.18)

STATISTICA

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 31 gennaio 2018.

Approvazione del Programma statistico nazionale 2017-2019. ((GU n. 66 del 20.3.18 s.o.)

PANORAMA REGIONALE

AMMINISTRAZIONE REGIONALE

LAZIO

REG. REG.LE 22.3.18 n. 13 - Modifiche al regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 (Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale) e successive modifiche. (BUR n, 24 del 22.3.18)

ANZIANI

BASILICATA

DGR 26.2.18, n.175 - PO FSE Basilicata 2014-2020 - Asse 2 priorità 9iv - Obiettivo specifico 9.3 - Azione 9.3.6 - Approvazione avviso pubblico per la presentazione di proposte progettuali a sostegno della domiciliarità e dell'autogoverno per persone con limitazioni nell'autonomia (BUR n. 12 del 16.3.18)

ASSISTENZA PENITENZIARIA

LIGURIA

21.2.18 n. 104 - Recepimento dell'Accordo approvato in sede di Conferenza Unificata "Piano nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti" (Rep. Atti 81/CU del 27 luglio 2017). (BUR n. 11 del 14.3.18)

DIFESA DELLO STATO

BASILICATA

DGR 29.1.18, n.70 - Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2018 2020 - Approvazione. (BUR n. 12 del 16.3.18)

LAZIO

DGR 21.3.18, n. 173 Nomina Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Responsabile della Trasparenza della Regione Lazio, ai sensi della legge 6 novembre 2012, n. 190. (BUR n, 24 del 22.3.18)

EDILIZIA

FRIULI V.G.

DGR 23.2.18, n. 343 LR 1/2016, art. 4. Piano annuale 2018 di attuazione del Programma regionale delle politiche abitative. Approvazione definitiva. (BUR n. 11 del 14.3.18)

FAMIGLIA

EMILIA ROMAGNA

DGR 26.2.18, n. 276 - Approvazione progetto per la conciliazione vita-lavoro: sostegno alle famiglie per la frequenza di centri estivi - FSE 2014-2020 - OT. 9 - Asse II inclusione - Priorità 9.4 (BUR n. 59 del 16.3.18)

LAZIO

DGR 2.3.18, n. 148 Adozione e diffusione delle Linee di indirizzo per l’Affidamento Familiare approvate in Conferenza Unificata rep. atti. n. 123 del 25 ottobre 2012. (BUR n. 24 del 22.3.18)

PIEMONTE

DGR 23.3.18, n. 17-6507 Disposizioni per l’adesione della Regione Piemonte all’Avviso pubblico della Presidenza del Consiglio dei Ministri- Dipartimento Politiche per la Famiglia pubblicato il 29 dicembre 2017 per il finanziamento di progetti afferenti le politiche per la famiglia anche in attuazione degli esiti della Conferenza nazionale sulla Famiglia del 28/29 settembre 2017. (BUR n. 11 del 15.3.18)

GIOVANI

UMBRIA

DPGR 28 febbraio 2018, n. 8. - Legge regionale 28 marzo 2006, n. 6, art. 7 e s.m.. Commissione di garanzia degli studenti. Costituzione.(BUR n. 11 del 14.3.18)

IMMIGRATI

MARCHE

DGR 12.3.18, n. 304 - Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione (FAMI). Avviso pubblico per la presentazione di progetti da finanziare a valere sul Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020 - Obiettivo Specifico 1 - Obiettivo nazionale 1 - lett. c - “Potenziamento del sistema di 1° e 2° accoglienza” Tutela della salute dei richiedenti e titolari di protezione internazionale in condizione di vulnerabilità - Presentazione di proposta progettuale. (BUR n. 26 del 23.3.18)

PIEMONTE

D.D. 14 marzo 2018, n. 188 - Approvazione avviso per la selezione di partner di co-progettazione per la presentazione di un progetto a valere sull’Avviso Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014 – 2020 – OS1 – ON1 lett. E “Percorsi di inclusione in favore di minori stranieri non accompagnati (MSNA) presenti nelle strutture di seconda accoglienza”. (BUR n. 11 del 15.3.18)

INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

LAZIO

DGR 2.3.18, n. 149 - Legge regionale 10 agosto 2016 n. 11, capo VII Disposizioni per l'integrazione socio-sanitaria. Attuazione dell'articolo 51, commi 1-7, art. 52, comma 2, lettera c) e art. 53, commi 1 e 2. (BUR n, 24 del 22.3.18)

MINORI

EMILIA ROMAGNA

DGR 26.2.18, n. 247 - Direttiva per organizzazione e svolgimento dei soggiorni di vacanza socioeducativi in struttura e dei centri estivi, ai sensi della L.R. 14/08, art. 14 e ss. mm. (BUR n. 59 del 16.3.18)

LAZIO

DGR 2.3.18, n. 143 Adesione al modello di intervento P.I.P.P.I. (Programma di Interventi Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione). Approvazione dello schema di protocollo d'intesa tra il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e la Regione Lazio. (BUR n. 23 del 20.3.18)

VENETO

DGR 20.2.18, n. 200 - Approvazione del Protocollo d'Intesa tra la Regione del Veneto e il Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali avente ad oggetto l'adesione al Programma di Interventi Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione (P.I.P.P.I.) per l'annualità 2018-2019- P.I.P.P.I. (BUR n. 27 del 18.3.18)

NON AUTOSUFFICIENTI

TOSCANA

DGR 6.3.18, n. 224 - Approvazione “Avviso pubblico a presentare progetti per l’attivazione di azioni innovative e sperimentali ad integrazione dei percorsi assistenziali per la demenza”. (BUR n. 11 del 14.3.18)

DGR 6.3.18, n. 225 - Fondo Nazionale per le non Autosufficienze: interventi per il sostegno alla funzione assistenziale domiciliare per le persone affette da SLA - annualità 2018. (BUR n. 11 del 14.3.18)

PERSONE CON DISABILITÀ

PIEMONTE

DGR 2.3.18, n. 19-6545 - Presa d'atto dell'adesione della regione Piemonte alla sperimentazione del modello di intervento in materia di vita indipendente e inclusione nella società' delle persone con disabilità' proposta dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali. bando anno 2017. autorizzazione alla stipula del protocollo d'intesa con il Ministero. (BUR n. 12 del 22.3.18)

VENETO

DGR 6.3.18, n. 262 - Semplificazione e unificazione del procedimento di accertamento dell'invalidità civile. Approvazione Schema di Convenzione-Quadro tra Regione del Veneto e I.N.P.S. per l'affidamento, dall'anno 2018, ad I.N.P.S. delle funzioni inerenti all'accertamento dei requisiti sanitari in materia di invalidità civile per le Aziende U.L.S.S. che hanno attuato la fase di sperimentazione (A.U.L.S.S. n. 3 Serenissima, A.U.L.S.S. n. 4 Veneto Orientale e A.U.L.S.S. n. 9 Scaligera).(BUR n. 28 del 20.3.18)

POLITICHE SOCIALI

LAZIO

DGR 2.3.18, n. 145 Approvazione del nuovo Statuto dell'Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza Ipab SS. Annunziata di Gaeta (LT) Deliberazione 2 marzo 2018, n. 145 Approvazione del nuovo Statuto dell'Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza Ipab SS. Annunziata di Gaeta (LT). (BUR n. 22 del 15.3.18)

DGR 2.3.18, n. 146 Approvazione dello Statuto dell'Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza (IPAB), Opera Pia Lascito Giovanni e Margherita Achillini, già amministrata dall'Ente Comunale di Assistenza di Roma (EAR), con sede in Roma (BUR n. 22 del 15.3.18)

Note

Viene approvato il nuovo Statuto dell'Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza (IPAB) Opera Pia Lascito Giovanni e Margherita Achillini, già amministrata dall'Ente Comunale di Assistenza di Roma (EAR), di cui all'allegato 1 del presente provvedimento (a cui si fa rinvio).

DGR 2.3.18, n. 147 Approvazione dello Statuto dell'Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza (IPAB) Pio Istituto della SS. Annunziata già amministrata dall'Ente Comunale di Assistenza di Roma (EAR), con sede in Roma. (BUR n. 22 del 15.3.18)

Note

Viene approvato il nuovo Statuto dell'Istituzioni Pubblica di Assistenza e Beneficenza (IPAB) Pio Istituto SS. Annunziata, già amministrata dall'Ente Comunale di Assistenza di Roma (EAR), di cui all'allegato 1 del presente provvedimento (a cui si fa rinvio).

POVERTÀ INCLUSIONE SOCIALE

MOLISE

DD n. 26 del 09-03-2018- POR FESR FSE molise 2014-2020 – asse 7 – Inclusione sociale e lotta alla povertà obiettivo 7.2 incremento dell'occupabilità e della partecipazione al mercato del lavoro delle persone maggiormente vulnerabili - azione 7.2.1 - interventi di presa in carico multi professionale finalizzati all'inclusione lavorativa di persone maggiormente vulnerabili e a rischio di discriminazione e in generale alle persone che per diversi motivi sono presi in carico dai servizi sociali: percorsi di empowerment, misure per l'attivazione e accompagnamento di percorsi imprenditoriali, anche in forma cooperativa. approvazione avviso pubblico rivolto agli ambiti territoriali sociali per l'attivazione di tirocini di inclusione sociale rivolti a soggetti a rischio di esclusione sociale: detenuti, soggetti in misura alternativa alla detenzione o in misura di sicurezza, soggetti affetti da dipendenze - DGR n. 63 dell'8.2.2018. (BUR n. 18 del 14.3.18)

UMBRIA

DGR 6.3.18, n. 205 - Rettifica "D.G.R. 20 giugno 2017, n. 692, Atto di indirizzo ed approvazione delle modalità e dei criteri di attuazione: Piano Operativo FSE Umbria 2014/2020. Asse 2 "Inclusione sociale e lotta alla povertà". Obiettivo specifico RA: 9.2 "Incremento dell'occupabilità e della partecipazione al mercato del lavoro attraverso percorsi integrati e multidimensionali di inclusione attiva delle persone maggiormente vulnerabili". Intervento specifico: "Interventi di presa in carico multi professionale finalizzati all'inclusione lavorativa di adulti vulnerabili seguiti dai servizi socio-assistenziali territoriali." Determinazioni. (BUR n. 12 del 21.3.18)

PRIVATO SOCIALE

LAZIO

Determinazione 8 marzo 2018, n. G02848 - LL. RR. 24/1996 e 30/1997 - "IL RISVEGLIO SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE PER AZIONI" codice fiscale 12018841002, con sede in Roma, via di Vermicino, 186 c.a.p. 00133 - Diniego d'iscrizione all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali - sezione B. (BUR n, 24 del 22.3.18)

Determinazione 8 marzo 2018, n. G02849 - LL. RR. 24/1996 e 30/1997 - "ANTROPOS - COOPERATIVA SOCIALE ONLUS" codice fiscale 97141870580, con sede in Roma via Tranquillo Cremona, 22 c.a.p. 00155 - Iscrizione all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali - sezione A. (BUR n, 24 del 22.3.18)

Determinazione 8 marzo 2018, n. G02850 - LL. RR. 24/1996 e 30/1997 - "San Martino Cooperativa Sociale a mutualita' prevalente" codice fiscale 13426771005, con sede in San Vito Romano (Rm) viale Piave, 52 c.a.p. 00030 - Iscrizione all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali - sezione B. (BUR n, 24 del 22.3.18)

Determinazione 8 marzo 2018, n. G02851 LL. RR. 24/1996 e 30/1997 - "CLARISSA Societa' Cooperativa Sociale" codice fiscale 01152590574, con sede in Rieti via Domenico Di Carlo, 9 c.a.p. 02100 - Iscrizione all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali sezione A. (BUR n, 24 del 22.3.18)

Determinazione 8 marzo 2018, n. G02852 - LL. RR. 24/1996 e 30/1997 - "Sapio ProLife Societa' Cooperativa Sociale" codice fiscale 02948240599, con sede in Formia (Lt) via Anfiteatro, 37 c.a.p. 04023 - Iscrizione all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali sezione A. (BUR n, 24 del 22.3.18)

SANITÀ

EMILIA ROMAGNA

DGR 12.3.18, n. 344- Accordo regionale in attuazione dell'A.C.N. reso esecutivo in data 17 dicembre 2015, mediante intesa nella Conferenza Stato-Regioni, per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi). (BUR n. 66 del 20.3.18)

LAZIO

Decreto del Commissario ad Acta 19 febbraio 2018, n. U00053 Requisiti tecnici, professionali ed organizzativi minimi per l'individuazione dei presidi sanitari deputati alla diagnosi di celiachia, (BUR n.. 21 del 13.3.18)

Decreto del Commissario ad Acta 15 marzo 2018, n. U00073 Assistenza specialistica ambulatoriale nel Lazio. Stima del fabbisogno. Approvazione documento tecnico.(BUR n. 23 del 20.3.18)

Determinazione 8 marzo 2018, n. G02853 - Istituzione di un gruppo di lavoro tecnico-scientifico per la definizione di percorsi assistenziali integrati per la presa in carico terapeutica multimodale, la cura e l'inclusione dei pazienti che soffrono di ADHD (AttentionDeficit/Hyperactivity Disorder)/DDAI (Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattivita'). (BUR n, 24 del 22.3.18)

PUGLIA

DGR 20.2.18, n. 192 - Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) - Presa d'atto della nomina dei coordinatori Operativi Dipartimentali, dei componenti della Consulta Oncologica Regionale, dei Componenti della Consulta oncologica regionale, dei componenti dei Gruppi di patologia interdisciplinari e dell'Unità di Coordinamento. (BUR n. 39 del 19.3.18)

SICILIA

DASS 28 febbraio 2018. Riorganizzazione della Rete regionale per le malattie rare ai sensi del D.P.C.M. 12 gennaio 2017.

DASS 28 febbraio 2018. Recepimento dell'Intesa Stato-Regioni del 18 dicembre 2014 "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia". (GURS n. 13 del 23.3.18)

DASS 7 marzo 2018. Approvazione dell'Accordo con Federfarma relativo alla distribuzione dei presidi per l'autocontrollo della glicemia. ". (GURS n. 13 del 23.3.18)

TOSCANA

DGR 26.2.18, n. 191 - Interventi per il governo dell'appropriatezza farmaceutica della Regione Toscana. (BUR n. 11 del 14.3.18)

DGR 6.3.18, n. 230 - Indirizzi alle Aziende ed Enti del SSR per l'attuazione delle disposizioni di cui all'art. 20 del D.Lgs. 75/2017 in materia di "superamento del precariato nelle pubbliche amministrazioni". (BUR n. 12 del 21.3.18)

VENETO

DGR 6.3.18, n. 225 - Individuazione dell'Amministratore unico della società "Venezia Sanità S.r.l." di Venezia (Ve). (BUR n. 28 del 20.3.18)

DGR 6.3.18, n. 228 - Gestione della gravidanza a basso rischio ostetrico. Estensione dell'applicazione del progetto pilota alle Aziende ULSS e Aziende Ospedaliere della Regione del Veneto - DGR n. 568 del 21/4/2015. Deliberazione n. 1/CR del 11 gennaio 2018. (BUR n. 28 del 20.3.18)

DGR 6.3.18, n. 229 - Approvazione della prosecuzione del "Progetto di Change Management" per l'anno 2018 quale strumento a supporto del processo di trasformazione del Servizio Socio-Sanitario del Veneto. L.R. n. 19 del 25/10/2016. DGR n. 114 del 7/2/2017. (BUR n. 28 del 20.3.18)

DGR 6.3.18, n. 230 - Definizione della pesatura delle determinazioni dei soggetti coinvolti nella valutazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale di Azienda Zero e determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ed Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2018. (BUR n. 28 del 20.3.18)

DGR 6.3.18, n. 231 - Dgr 1122/2017: Linee guida di indirizzo per l'espletamento della funzione di internal audit di azienda zero e delle aziende sanitarie del veneto: Carta di revisione interna e nomina del Gruppo Tecnico e del Riferimento Scientifico. (BUR n. 28 del 20.3.18)

PANORAMA STATALE

Gazzette Ufficiali pervenute al 30 ARZO 2018 , arretrati compresi

GIUSTIZIA

DECRETO LEGISLATIVO 1° marzo 2018 , n. 21 .

Disposizioni di attuazione del principio di delega della riserva di codice nella materia penale a norma dell'articolo 1, comma 85, lettera q) , della legge 23 giugno 2017, n. 103. (GU n. 68 del 22.3.18)

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visti gli articoli 76 e 87, quinto comma, della Costituzione;

Visto l'articolo 14 della legge 23 agosto 1988, n. 400; Vista la legge 23 giugno 2017, n. 103, recante modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e all'ordinamento penitenziario, contenente la delega al Governo per l'attuazione, sia pure tendenziale, del principio della riserva di codice nella materia penale, e, in particolare, l'articolo 1, commi 82, 83 e 85, lettera q) ;

Visto il codice penale, approvato con regio decreto 19 ottobre 1930, n. 1398;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 23 gennaio 1973, n. 43, recante approvazione del testo unico delle disposizioni legislative in materia doganale;

Visto il codice di procedura penale, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 22 settembre 1988, n. 447;

Visto il decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 271, recante norme di attuazione, di coordinamento e transitorie del codice di procedura penale;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, recante testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza

Visto il decreto-legge 8 giugno 1992, n. 306, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 1992, n. 356, recante modifiche urgenti al nuovo codice di procedura penale e provvedimenti di contrasto alla criminalità mafiosa;

Visto il decreto legislativo 21 novembre 2007, n. 231, recante attuazione della direttiva 2005/60/CE concernente la prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo nonché della direttiva 2006/70/CE che ne reca misure di esecuzione;

Vista la preliminare deliberazione del Consiglio dei ministri, adottata nella riunione del 2 ottobre 2017;

Acquisiti i pareri delle competenti commissioni della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica;

Vista la deliberazione del Consiglio dei ministri, adottata nella riunione dell'8 febbraio 2018; Sulla proposta del Ministro della giustizia;

EMANA il seguente decreto legislativo:

Art. 1. Principio della riserva di codice

1. Dopo l'articolo 3 del codice penale, approvato con regio decreto 19 ottobre 1930, n. 1398, è inserito il seguente: «Art. 3 -bis (Principio della riserva di codice) . — Nuove disposizioni che prevedono reati possono essere introdotte nell'ordinamento solo se modificano il codice penale ovvero sono inserite in leggi che disciplinano in modo organico la materia.».

Art. 2. Modifiche in materia di tutela della persona

1. Al codice penale, approvato con regio decreto 19 ottobre 1930, n. 1398, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) dopo l'articolo 289 -bis è inserito il seguente: «Art. 289 -ter (Sequestro di persona a scopo di coazione) . — Chiunque, fuori dei casi indicati negli articoli 289 -bis e 630, sequestra una

persona o la tiene in suo potere minacciando di ucciderla, di ferirla o di continuare a tenerla sequestrata al fine di costringere un terzo, sia questi uno Stato, una organizzazione internazionale tra più governi, una persona fisica o giuridica o una collettività di persone fisiche, a compiere un qualsiasi atto o ad astenersene, subordinando la liberazione della persona sequestrata a tale azione od omissione, è punito con la reclusione da venticinque a trenta anni. Si applicano i commi secondo, terzo, quarto e quinto dell'articolo 289 -bis. Se il fatto è di lieve entità si applicano le pene previste dall'articolo 605 aumentate dalla metà a due terzi.»;

b) al secondo comma dell'articolo 388, dopo le parole: «a chi elude» sono inserite le seguenti: «l'ordine di protezione previsto dall'articolo 342 -ter del codice civile, ovvero un provvedimento di eguale contenuto assunto nel procedimento di separazione personale dei coniugi o nel procedimento di scioglimento o di cessazione degli effetti civili del matrimonio ovvero ancora»;

c) dopo l'articolo 570 è inserito il seguente: «Art. 570 -bis (Violazione degli obblighi di assistenza familiare in caso di separazione o di scioglimento del matrimonio). — Le pene previste dall'articolo 570 si applicano al coniuge che si sottrae all'obbligo di corresponsione di ogni tipologia di assegno dovuto in caso di scioglimento, di cessazione degli effetti civili o di nullità del matrimonio ovvero viola gli obblighi di natura economica in materia di separazione dei coniugi e di affidamento condiviso dei figli.»;

d) dopo l'articolo 586 è inserito il seguente: «Art. 586 -bis (Utilizzo o somministrazione di farmaci o di altre sostanze al fine di alterare le prestazioni agonistiche degli atleti) . — Salvo che il fatto costituisca più grave reato, è punito con la reclusione da tre mesi a tre anni e con la multa da euro 2.582 a euro 51.645 chiunque procura ad altri, somministra, assume o favorisce comunque l'utilizzo di farmaci o di sostanze biologicamente o farmacologicamente attive, ricompresi nelle classi previste dalla legge, che non siano giustificati da condizioni patologiche e siano idonei a modificare le condizioni psicofisiche o biologiche dell'organismo, al fine di alterare le prestazioni agonistiche degli atleti, ovvero siano diretti a modificare i risultati dei controlli sull'uso di tali farmaci o sostanze. La pena di cui al primo comma si applica, salvo che il fatto costituisca più grave reato, a chi adotta o si sottopone alle pratiche mediche ricomprese nelle classi previste dalla legge non giustificate da condizioni patologiche ed idonee a modificare le condizioni psicofisiche o biologiche dell'organismo, al fine di alterare le prestazioni agonistiche degli atleti ovvero dirette a modificare i risultati dei controlli sul ricorso a tali pratiche. La pena di cui al primo e secondo comma è aumentata: a) se dal fatto deriva un danno per la salute; b) se il fatto è commesso nei confronti di un minorenne; c) se il fatto è commesso da un componente o da un dipendente del Comitato olimpico nazionale italiano ovvero di una federazione sportiva nazionale, di una società, di un'associazione o di un ente riconosciuti dal Comitato olimpico nazionale italiano. Se il fatto è commesso da chi esercita una professione sanitaria, alla condanna consegue l'interdizione temporanea dall'esercizio della professione. Nel caso previsto dal terzo comma, lettera c) , alla condanna consegue l'interdizione permanente dagli uffici direttivi del Comitato olimpico nazionale italiano, delle federazioni sportive nazionali, società, associazioni ed enti di promozione riconosciuti dal Comitato olimpico nazionale italiano. Con la sentenza di condanna è sempre ordinata la confisca dei farmaci, delle sostanze farmaceutiche e delle altre cose servite o destinate a commettere il reato. Chiunque commercia i farmaci e le sostanze farmacologicamente o biologicamente attive ricompresi nelle classi indicate dalla legge, che siano idonei a modificare le condizioni psicofisiche o biologiche dell'organismo, al fine di alterare le prestazioni agonistiche degli atleti ovvero idonei a modificare i risultati dei controlli sull'uso di tali farmaci o sostanze, attraverso canali diversi dalle farmacie aperte al pubblico, dalle farmacie ospedaliere, dai dispensari aperti al pubblico e dalle altre strutture che detengono farmaci direttamente destinati alla utilizzazione sul paziente, è punito con la reclusione da due a sei anni e con la multa da euro 5.164 a euro 77.468.»;

e) dopo il Capo I del Titolo XII del Libro II è inserito il seguente: « Capo I -bis
DEI DELITTI CONTRO LA MATERNITÀ Art. 593 -bis (Interruzione colposa di gravidanza)
. — Chiunque cagiona a una donna per colpa l'interruzione della gravidanza è punito con la reclusione da tre mesi a due anni. Chiunque cagiona a una donna per colpa un parto prematuro è punito con la

pena prevista dal primo comma, diminuita fino alla metà. Nei casi previsti dal primo e dal secondo comma, se il fatto è commesso con la violazione delle norme poste a tutela del lavoro la pena è aumentata. Art. 593 -ter (Interruzione di gravidanza non consensuale) . — Chiunque cagiona l'interruzione della gravidanza senza il consenso della donna è punito con la reclusione da quattro a otto anni. Si considera come non prestato il consenso estorto con violenza o minaccia ovvero carpito con l'inganno. La stessa pena si applica a chiunque provochi l'interruzione della gravidanza con azioni dirette a provocare lesioni alla donna. Detta pena è diminuita fino alla metà se da tali lesioni deriva l'acceleramento del parto. Se dai fatti previsti dal primo e dal secondo comma deriva la morte della donna si applica la reclusione da otto a sedici anni; se ne deriva una lesione personale gravissima si applica la reclusione da sei a dodici anni; se la lesione personale è grave quest'ultima pena è diminuita. Le pene stabilite dai commi precedenti sono aumentate se la donna è minore degli anni diciotto.»;

f) dopo il secondo comma dell'articolo 601 sono aggiunti i seguenti: «La pena per il comandante o l'ufficiale della nave nazionale o straniera, che commette alcuno dei fatti previsti dal primo o dal secondo comma o vi concorre, è aumentata fino a un terzo. Il componente dell'equipaggio di nave nazionale o straniera destinata, prima della partenza o in corso di navigazione, alla tratta è punito, ancorché non sia stato compiuto alcun fatto previsto dal primo o dal secondo comma o di commercio di schiavi, con la reclusione da tre a dieci anni.»;

g) all'articolo 601 -bis sono apportate le seguenti modificazioni:

1) al primo comma, il secondo periodo è soppresso;

2) dopo il primo comma, sono inseriti i seguenti: «Chiunque svolge opera di mediazione nella donazione di organi da vivente al fine di trarne un vantaggio economico è punito con la reclusione da tre a otto anni e con la multa da euro 50.000 a euro 300.000. Se i fatti previsti dai precedenti commi sono commessi da persona che esercita una professione sanitaria, alla condanna consegue l'interdizione perpetua dall'esercizio della professione.

h) all'articolo 602 -ter, alinea, dopo la parola: «601», sono inserite le seguenti: «primo e secondo comma»;

i) al Capo III del Titolo XII del Libro II, dopo l'articolo 604 è inserita la seguente sezione:

«Sezione I- bis Dei delitti contro l'eguaglianza Art. 604 -bis (Propaganda e istigazione a delinquere per motivi di discriminazione razziale etnica e religiosa) . — Salvo che il fatto costituisca più grave reato, è punito:

a) con la reclusione fino ad un anno e sei mesi o con la multa fino a 6.000 euro chi propaga idee fondate sulla superiorità o sull'odio razziale o etnico, ovvero istiga a commettere o commette atti di discriminazione per motivi razziali, etnici, nazionali o religiosi;

b) con la reclusione da sei mesi a quattro anni chi, in qualsiasi modo, istiga a commettere o commette violenza o atti di provocazione alla violenza per motivi razziali, etnici, nazionali o religiosi. È vietata ogni organizzazione, associazione, movimento o gruppo avente tra i propri scopi l'incitamento alla discriminazione o alla violenza per motivi razziali, etnici, nazionali o religiosi. Chi partecipa a tali organizzazioni, associazioni, movimenti o gruppi, o presta assistenza alla loro attività, è punito, per il solo fatto della partecipazione o dell'assistenza, con la reclusione da sei mesi a quattro anni. Coloro che promuovono o dirigono tali organizzazioni, associazioni, movimenti o gruppi sono puniti, per ciò solo, con la reclusione da uno a sei anni. Si applica la pena della reclusione da due a sei anni se la propaganda ovvero l'istigazione e l'incitamento, commessi in modo che derivi concreto pericolo di diffusione, si fondano in tutto o in parte sulla negazione, sulla minimizzazione in modo grave o sull'apologia della Shoah o dei crimini di genocidio, dei crimini contro l'umanità e dei crimini di guerra, come definiti dagli articoli 6, 7 e 8 dello statuto della Corte penale internazionale. Art. 604 -ter(Circostanza aggravante) — Per i reati punibili con pena diversa da quella dell'ergastolo commessi per finalità di discriminazione o di odio etnico, nazionale, razziale o religioso, ovvero al fine di agevolare l'attività di organizzazioni, associazioni, movimenti o gruppi che hanno tra i loro scopi le medesime finalità la pena è aumentata fino alla metà. Le circostanze attenuanti, diverse da quella prevista dall'articolo 98, concorrenti con l'aggravante di cui al primo comma, non possono essere

ritenute equivalenti o prevalenti rispetto a questa e le diminuzioni di pena si operano sulla quantità di pena risultante dall'aumento conseguente alla predetta aggravante.»;

2. All'articolo 33 -bis, comma 1, del codice di procedura penale approvato con decreto del Presidente della Repubblica 22 settembre 1988, n. 447, la lettera l) è sostituita dalla seguente: « l) delitto previsto dall'articolo 593 ter del codice penale;».

Art. 3. Modifiche in materia di tutela dell'ambiente

1. Al codice penale, approvato con regio decreto 19 ottobre 1930, n. 1398, sono apportate le seguenti modificazioni: a) dopo l'articolo 452 -terdecies, è inserito il seguente: «Art. 452 -quaterdecies (Attività organizzate per il traffico illecito di rifiuti) . — Chiunque, al fine di conseguire un ingiusto profitto, con più operazioni e attraverso l'allestimento di mezzi e attività continuative organizzate, cede, riceve, trasporta, esporta, importa, o comunque gestisce abusivamente ingenti quantitativi di rifiuti è punito con la reclusione da uno a sei anni. Se si tratta di rifiuti ad alta radioattività si applica la pena della reclusione da tre a otto anni. Alla condanna conseguono le pene accessorie di cui agli articoli 28, 30, 32 -bis e 32 -ter, con la limitazione di cui all'articolo 33. Il giudice, con la sentenza di condanna o con quella emessa ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale, ordina il ripristino dello stato dell'ambiente e può subordinare la concessione della sospensione condizionale della pena all'eliminazione del danno o del pericolo per l'ambiente. È sempre ordinata la confisca delle cose che servono a commettere il reato o che costituiscono il prodotto o il profitto del reato, salvo che appartengano a persone estranee al reato. Quando essa non sia possibile, il giudice individua beni di valore equivalente di cui il condannato abbia anche indirettamente o per interposta persona la disponibilità e ne ordina la confisca.» 2. All'articolo 51, comma 3 -bis, del codice di procedura penale approvato con decreto del Presidente della Repubblica 22 settembre 1988, n. 447, sono apportate le seguenti modificazioni: a) dopo le parole: «416 -ter» sono inserite le seguenti: «, 452 -quaterdecies »; b) le parole: «e dall'articolo 260 del decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152,» sono soppresse.

Art. 4. Modifiche in materia di tutela del sistema

1. Al codice penale, approvato con regio decreto 19 ottobre 1930, n. 1398, sono apportate le seguenti modificazioni: a) dopo l'articolo 493 -bis è inserito il seguente: «Art. 493 -ter (Indebito utilizzo e falsificazione di carte di credito e di pagamento). — Chiunque al fine di trarne profitto per sé o per altri, indebitamente utilizza, non essendone titolare, carte di credito o di pagamento, ovvero qualsiasi altro documento analogo che abiliti al prelievo di denaro contante o all'acquisto di beni o alla prestazione di servizi, è punito con la reclusione da uno a cinque anni e con la multa da 310 euro a 1.550 euro. Alla stessa pena soggiace chi, al fine di trarne profitto per sé o per altri, falsifica o altera carte di credito o di pagamento o qualsiasi altro documento analogo che abiliti al prelievo di denaro contante o all'acquisto di beni o alla prestazione di servizi, ovvero possiede, cede o acquisisce tali carte o documenti di provenienza illecita o comunque falsificati o alterati, nonché ordini di pagamento prodotti con essi. In caso di condanna o di applicazione della pena su richiesta delle parti a norma dell'articolo 444 del codice di procedura penale per il delitto di cui al primo comma è ordinata la confisca delle cose che servono o furono destinate a commettere il reato, nonché del profitto o del prodotto, salvo che appartengano a persona estranea al reato, ovvero quando essa non è possibile, la confisca di beni, somme di denaro e altre utilità di cui il reo ha la disponibilità per un valore corrispondente a tale profitto o prodotto. Gli strumenti sequestrati ai fini della confisca di cui al secondo comma, nel corso delle operazioni di polizia giudiziaria, sono affidati dall'autorità giudiziaria agli organi di polizia che ne facciano richiesta.»; b) dopo l'articolo 512 è inserito il seguente: «Art. 512 -bis (Trasferimento fraudolento di valori) . — Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque attribuisce fittiziamente ad altri la titolarità o disponibilità di denaro, beni o altre utilità al fine di eludere le disposizioni di legge in materia di misure di prevenzione patrimoniali o di contrabbando, ovvero di agevolare la commissione di uno dei delitti di cui agli articoli 648, 648 -bis e 648 -ter, è punito con la reclusione da due a sei anni.» 2. All'articolo 33 -bis, comma 1, del codice di procedura penale approvato con decreto del Presidente della Repubblica 22 settembre

1988, n. 447, la lettera o) è sostituita dalla seguente: « o) delitto previsto dall'articolo 512 -bis del codice penale;».

Art. 5. Modifiche in materia di associazioni di tipo mafioso e con finalità di terrorismo e di altri gravi reati

1. Al codice penale, approvato con regio decreto 19 ottobre 1930, n. 1398, sono apportate le seguenti modificazioni: a) dopo l'articolo 61 è inserito il seguente: «Art. 61 -bis (Circostanza aggravante del reato transnazionale) . — Per i reati puniti con la pena della reclusione non inferiore nel massimo a quattro anni nella commissione dei quali abbia dato il suo contributo un gruppo criminale organizzato impegnato in attività criminali in più di uno Stato la pena è aumentata da un terzo alla metà. Si applica altresì il secondo comma dell'articolo 416 -bis .1.»; b) dopo l'articolo 69 è inserito il seguente: «Art. 69 -bis (Casi di esclusione del giudizio di comparazione tra circostanze). — Per i delitti di cui all'articolo 407, comma 2, lettera a) , numeri da 1) a 6), del codice di procedura penale le circostanze attenuanti, diverse da quella prevista dall'articolo 98, concorrenti con le aggravanti di cui agli articoli 111 e 112, primo comma, numeri 3) e 4), e secondo comma, non possono essere ritenute equivalenti o prevalenti rispetto a queste se chi ha determinato altri a commettere il reato, o si è avvalso di altri nella commissione del delitto, ne è il genitore esercente la responsabilità genitoriale ovvero il fratello o la sorella e le diminuzioni di pena si operano sulla quantità di pena risultante dall'aumento conseguente alle predette aggravanti.»; c) dopo l'articolo 270 -bis è inserito il seguente: «Art. 270 -bis .1 (Circostanze aggravanti e attenuanti). — Per i reati commessi per finalità di terrorismo o di eversione dell'ordine democratico, punibili con pena diversa dall'ergastolo, la pena è aumentata della metà, salvo che la circostanza sia elemento costitutivo del reato. Quando concorrono altre circostanze aggravanti, si applica per primo l'aumento di pena previsto per la circostanza aggravante di cui al primo comma. Le circostanze attenuanti, diverse da quelle previste dagli articoli 98 e 114, concorrenti con l'aggravante di cui al primo comma, non possono essere ritenute equivalenti o prevalenti rispetto a questa e alle circostanze aggravanti per le quali la legge stabilisce una pena di specie diversa o ne determina la misura in modo indipendente da quella ordinaria del reato, e le diminuzioni di pena si operano sulla quantità di pena risultante dall'aumento conseguente alle predette aggravanti. Per i delitti commessi per finalità di terrorismo o di eversione dell'ordine democratico, salvo quanto disposto nell'articolo 289 -bis , nei confronti del concorrente che, dissociandosi dagli altri, si adopera per evitare che l'attività delittuosa sia portata a conseguenze ulteriori, ovvero aiuta concretamente l'autorità di polizia e l'autorità giudiziaria nella raccolta di prove decisive per l'individuazione o la cattura dei concorrenti, la pena dell'ergastolo è sostituita da quella della reclusione da dodici a venti anni e le altre pene sono diminuite da un terzo alla metà. Quando ricorre la circostanza di cui al terzo comma non si applica l'aggravante di cui al primo comma. Fuori del caso previsto dal quarto comma dell'articolo 56, non è punibile il colpevole di un delitto commesso per finalità di terrorismo o di eversione dell'ordine democratico che volontariamente impedisce l'evento e fornisce elementi di prova determinanti per la esatta ricostruzione del fatto e per la individuazione degli eventuali concorrenti.»; d) dopo l'articolo 416 -bis è inserito il seguente: «Art. 416 -bis .1 (Circostanze aggravanti e attenuanti per reati connessi ad attività mafiose). — Per i delitti punibili con pena diversa dall'ergastolo commessi avvalendosi delle condizioni previste dall'articolo 416 -bis ovvero al fine di agevolare l'attività delle associazioni previste dallo stesso articolo, la pena è aumentata da un terzo alla metà. Le circostanze attenuanti, diverse da quelle previste dagli articoli 98 e 114 concorrenti con l'aggravante di cui al primo comma non possono essere ritenute equivalenti o prevalenti rispetto a questa e le diminuzioni di pena si operano sulla quantità di pena risultante dall'aumento conseguente alla predetta aggravante. Per i delitti di cui all'articolo 416 -bis e per quelli commessi avvalendosi delle condizioni previste dal predetto articolo ovvero al fine di agevolare l'attività delle associazioni di tipo mafioso, nei confronti dell'imputato che, dissociandosi dagli altri, si adopera per evitare che l'attività delittuosa sia portata a conseguenze ulteriori anche aiutando concretamente l'autorità di polizia o l'autorità giudiziaria nella raccolta di elementi decisivi per la ricostruzione dei fatti e per l'individuazione o la cattura degli autori dei reati, la pena dell'ergastolo è sostituita da quella della

reclusione da dodici a venti anni e le altre pene sono diminuite da un terzo alla metà. Nei casi previsti dal terzo comma non si applicano le disposizioni di cui al primo e secondo comma.».

Art. 6. Modifiche in materia di confisca in casi particolari

1 Dopo l'articolo 240 del codice penale, approvato con regio decreto 19 ottobre 1930, n. 1398, è inserito il seguente: «Art. 240 -bis (Confisca in casi particolari) . — Nei casi di condanna o di applicazione della pena su richiesta a norma dell'articolo 444 del codice di procedura penale, per taluno dei delitti previsti dall'articolo 51, comma 3 bis , del codice di procedura penale, dagli articoli 314, 316, 316 -bis , 316 -ter, 317, 318, 319, 319 -ter , 319 -quater , 320, 322, 322 -bis , 325, 416, realizzato allo scopo di commettere delitti previsti dagli articoli 453, 454, 455, 460, 461, 517 -ter e 517 -quater , nonché dagli articoli 452 -quater , 452 -octies, primo comma, 493 -ter , 512 -bis , 600 -bis , primo comma, 600 -ter , primo e secondo comma, 600 -quater .1, relativamente alla condotta di produzione o commercio di materiale pornografico, 600 -quinqües , 603 -bis, 629, 644, 648, esclusa la fattispecie di cui al secondo comma, 648 -bis , 648 -ter e 648 -ter .1, dall'articolo 2635 del codice civile, o per taluno dei delitti commessi per finalità di terrorismo, anche internazionale, o di eversione dell'ordine costituzionale, è sempre disposta la confisca del denaro, dei beni o delle altre utilità di cui il condannato non può giustificare la provenienza e di cui, anche per interposta persona fisica o giuridica, risulta essere titolare o avere la disponibilità a qualsiasi titolo in valore sproporzionato al proprio reddito, dichiarato ai fini delle imposte sul reddito, o alla propria attività economica. In ogni caso il condannato non può giustificare la legittima provenienza dei beni sul presupposto che il denaro utilizzato per acquistarli sia provento o reimpiego dell'evasione fiscale, salvo che l'obbligazione tributaria sia stata estinta mediante adempimento nelle forme di legge. La confisca ai sensi delle disposizioni che precedono è ordinata in caso di condanna o di applicazione della pena su richiesta per i reati di cui agli articoli 617 -quinqües , 617 -sexies , 635 -bis , 635 -ter , 635 -quater , 635 -quinqües quando le condotte ivi descritte riguardano tre o più sistemi. Nei casi previsti dal primo comma, quando non è possibile procedere alla confisca del denaro, dei beni e delle altre utilità di cui allo stesso comma, il giudice ordina la confisca di altre somme di denaro, di beni e altre utilità di legittima provenienza per un valore equivalente, delle quali il reo ha la disponibilità, anche per interposta persona.».

2. Al comma 4 -ter dell'articolo 12 -sexies del decretollegge 8 giugno 1992, n. 306, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 1992, n. 356, le parole: «del presente decreto» sono sostituite dalle seguenti: «dell'articolo 240 -bis del codice penale».

3. Alle norme di attuazione, di coordinamento e transitorie del codice di procedura penale approvate con decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 271, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 104 -bis : 1) la rubrica è sostituita dalla seguente: «Amministrazione dei beni sottoposti a sequestro preventivo e a sequestro e confisca in casi particolari. Tutela dei terzi nel giudizio»; 2) dopo il comma 1 -ter sono inseriti i seguenti: «1 -quater . Le disposizioni in materia di amministrazione e destinazione dei beni sequestrati e confiscati nonché quelle in materia di tutela dei terzi e di esecuzione del sequestro previste dal codice di cui al decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159, si applicano ai casi di sequestro e confisca in casi particolari previsti dall'articolo 240 -bis del codice penale o dalle altre disposizioni di legge che a questo articolo rinviano, nonché agli altri casi di sequestro e confisca di beni adottati nei procedimenti relativi ai delitti di cui all'articolo 51, comma 3 -bis , del codice. In tali casi l'Agenzia nazionale per l'amministrazione e la destinazione dei beni sequestrati e confiscati alla criminalità organizzata coadiuva l'autorità giudiziaria nell'amministrazione e nella custodia dei beni sequestrati, fino al provvedimento di confisca emesso dalla corte di appello e, successivamente a tale provvedimento, amministra i beni medesimi secondo le modalità previste dal citato codice di cui al decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159. Restano comunque salvi i diritti della persona offesa dal reato alle restituzioni e al risarcimento del danno. 1 -quinqües . Nel processo di cognizione devono essere citati i terzi titolari di diritti reali o personali di godimento sui beni in sequestro, di cui l'imputato risulti avere la disponibilità a qualsiasi titolo. 1 -sexies . Le disposizioni dei commi 1 -quater e 1 -quinqües si applicano anche nel caso indicato dall'articolo 578 -bis del codice.»;

b) dopo l'articolo 183 -ter è inserito il seguente: «Art. 183 -quater (Esecuzione della confisca in casi particolari) . — 1. Competente a emettere i provvedimenti di confisca in casi particolari previsti dall'articolo 240 bis del codice penale o da altre disposizioni di legge che a questo articolo rinviano dopo l'irrevocabilità della sentenza, è il giudice di cui all'articolo 666, commi 1, 2 e 3, del codice. Il giudice, sulla richiesta di sequestro e contestuale confisca proposta dal pubblico ministero, provvede nelle forme previste dall'articolo 667, comma 4, del codice. L'opposizione è proposta, a pena di decadenza, entro trenta giorni dalla comunicazione o notificazione del decreto. 2. In caso di morte del soggetto nei cui confronti è stata disposta la confisca con sentenza di condanna passata in giudicato, il relativo procedimento inizia o prosegue, a norma dell'articolo 666 del codice, nei confronti degli eredi o comunque degli aventi causa.

L'autorità giudiziaria competente ad amministrare i beni sequestrati è il giudice che ha disposto il sequestro ovvero, se organo collegiale, il giudice delegato nominato dal collegio stesso. L'opposizione ai provvedimenti adottati, ove consentita, è presentata, nelle forme dell'articolo 666 del codice, allo stesso giudice ovvero, nel caso di provvedimento del giudice delegato, al collegio.».

4 . Dopo l'articolo 578 del codice di procedura penale, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 22 settembre 1988, n. 447, è inserito il seguente: «Art. 578 -bis (Decisione sulla confisca in casi particolari nel caso di estinzione del reato per amnistia o per prescrizione) . — 1. Quando è stata ordinata la confisca in casi particolari prevista dal primo comma dell'articolo 240 -bis del codice penale e da altre disposizioni di legge, il giudice di appello o la corte di cassazione, nel dichiarare il reato estinto per prescrizione o per amnistia, decidono sull'impugnazione ai soli effetti della confisca, previo accertamento della responsabilità dell'imputato.».

5. Al testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, dopo l'articolo 85 è inserito il seguente: «Art. 85 -bis (Ipotesi particolare di confisca) . — 1. Nei casi di condanna o di applicazione della pena su richiesta a norma dell'articolo 444 del codice di procedura penale, per taluno dei delitti previsti dall'articolo 73, esclusa la fattispecie di cui al comma 5, si applica l'articolo 240 -bis del codice penale.».

6. Al testo unico delle disposizioni legislative in materia doganale, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 23 gennaio 1973, n. 43, dopo il comma 5 dell'articolo 301 è aggiunto il seguente: «5 -bis . Nei casi di condanna o di applicazione della pena su richiesta a norma dell'articolo 444 del codice di procedura penale, per taluno dei delitti previsti dall'articolo 295, secondo comma, si applica l'articolo 240 -bis del codice penale.».

Art. 7. Abrogazioni

1. Sono, in particolare, abrogate le seguenti disposizioni:

- a) articoli 1152 e 1153 del codice della navigazione, approvato con regio decreto 30 marzo 1942, n. 327;
- b) articolo 12 -sexies della legge 1° dicembre 1970, n. 898;
- c) articolo 3 della legge 13 ottobre 1975, n. 654;
- d) articolo 3 del decreto-legge 26 aprile 1993, n. 122, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 1993, n. 205;
- e) articoli 17 e 18 della legge 22 maggio 1978, n. 194;
- f) articoli 1, 4 e 5 del decreto-legge 15 dicembre 1979, n. 625, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 febbraio 1980, n. 15;
- g) articoli 3 e 4 della legge 26 novembre 1985, n. 718;
- h) articolo 7, comma 4, del decreto-legge 31 dicembre 1991, n. 419, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 febbraio 1992, n. 172;
- i) articoli 7 e 8 del decreto-legge 13 maggio 1991, n. 152, convertito, con modificazioni, dalla legge 12 luglio 1991, n. 203

- l) articolo 12 -sexies , commi 1, 2 -ter , 4 -bis , 4 -quinqües , 4 -sexies , 4 -septies , 4 -octies e 4 -novies , del decreto-legge 8 giugno 1992, n. 306, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 1992, n. 356
- m) articolo 22 -bis, comma 1, della legge 1° aprile 1999, n. 91;
- n) articolo 9 della legge 14 dicembre 2000, n. 376;
- o) articolo 3 della legge 8 febbraio 2006, n. 54;
- p) articolo 4 della legge 16 marzo 2006, n. 146;
- q) articolo 260 del decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152;
- r) articolo 6 della legge 4 aprile 2001, n. 154;
- s) articolo 55, commi 5 e 6, secondo periodo, del decreto legislativo 21 novembre 2007, n. 231;
- t) articolo 12 -quinqües , comma 1, del decreto-legge 8 giugno 1992, n. 306, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 1992, n. 356.

Art. 8. Disposizioni di coordinamento

1 Dalla data di entrata in vigore del presente decreto, i richiami alle disposizioni abrogate dall'articolo 7, ovunque presenti, si intendono riferiti alle corrispondenti disposizioni del codice penale come indicato dalla tabella A allegata al presente decreto.

2. I richiami all'articolo 12 -sexies del decreto-legge 8 giugno 1992, n. 306, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 1992, n. 356, ove specificamente riguardanti l'articolo 73 del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, si intendono riferiti all'articolo 85 -bis del medesimo decreto e ove specificamente riguardanti l'articolo 295 del decreto del Presidente della Repubblica 23 gennaio 1973, n. 43, si intendono riferiti all'articolo 301, comma 5 -bis , del medesimo decreto.

Art. 9. Clausola di invarianza finanziaria

1. Dall'attuazione delle disposizioni di cui al presente decreto non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

2. Le amministrazioni interessate provvedono agli adempimenti previsti dal presente decreto con le risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare. Dato a Roma, addì 1° marzo 2018

MATTARELLA

GENTILONI SILVERI, Presidente del Consiglio dei ministri ORLANDO, Ministro della giustizia

Visto, il Guardasigilli: ORLANDO

Tabella A (di cui all'articolo 8, comma 1)

Disposizioni abrogate dall'art. 7

Corrispondenti disposizioni del codice penale

Articoli 1152 e 1153 del codice della navigazione, approvato con regio decreto 30 marzo 1942, n. 327 Articolo 601 Articolo 7, comma 4, decreto-legge 31 dicembre 1991, n. 419, convertito con modificazioni, dalla legge 18 febbraio 1992, n. 172 Articolo 69- bis Articolo 12 -sexies della legge 1° dicembre 1970, n. 898 Articolo 570- bis Articolo 3 della legge 8 febbraio 2006, n. 54 Articolo 570- bis Articolo 6 della legge 4 aprile 2001, n. 154 Articolo 388 Articolo 3 della legge 13 ottobre 1975, n. 654 Articolo 604- bis Articolo 3 del decreto-legge 26 aprile 1993, n. 122, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 1993, n. 205 Articolo 604- ter Articolo 17 della legge 22 maggio 1978, n. 194 Articolo 593- bis Articolo 18 della legge 22 maggio 1978, n. 194 Articolo 593- ter A rticoli 1, 4 e 5 del decreto-legge 15 dicembre 1979, n. 625, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 febbraio 1980, n. 15 Articolo 270 -bis .1 A rticoli 3 e 4 della legge 26 novembre 1985, n. 718 Articolo 289- ter A rticoli 7 e 8 del decreto-legge 13 maggio 1991, n. 152, convertito con modificazioni dalla legge 12 luglio 1991, n. 203 Articolo 416 -bis .1 Articolo 12 -sexies, commi 1 e 2 -ter, del decreto-legge 8 giugno 1992, n. 306, convertito, con

modificazioni, dalla legge 7 agosto 1992, n. 356 Articolo 240- bis Articolo 22 -bis della legge 1° aprile 1999, n. 91 Articolo 601- bis Articolo 9 della legge 14 dicembre 2000, n. 376 Articolo 586- bis Articolo 4 della legge 16 marzo 2006, n. 146 Articolo 61- bis Articolo 260 del decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152 Articolo 452- quaterdecies Articolo 55, commi 5 e 6, secondo periodo del decreto legislativo 21 novembre 2007, n. 231 Articolo 493- ter Articolo 12 -quinqües, comma 1, del decreto-legge 8 giugno 1992, n. 306, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 1992, n. 356 Articolo 512- bis

Disposizioni abrogate dall'art. 7

Corrispondenti disposizioni del codice penale

Articoli 1152 e 1153 del codice della navigazione, approvato con regio decreto 30 marzo 1942, n. 327

Articolo 601

Articolo 7, comma 4, decreto-legge 31 dicembre 1991, n. 419, convertito con modificazioni, dalla legge 18 febbraio 1992, n. 172

Articolo 69- bis

Articolo 12 -sexies della legge 1° dicembre 1970, n. 898

Articolo 570- bis Articolo 3 della legge 8 febbraio 2006, n. 54

Articolo 570- bis Articolo 6 della legge 4 aprile 2001, n. 154

Articolo 388 Articolo 3 della legge 13 ottobre 1975, n. 654

Articolo 604- bis Articolo 3 del decreto-legge 26 aprile 1993, n. 122, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 1993, n. 205

Articolo 604- ter

Articolo 17 della legge 22 maggio 1978, n. 194

Articolo 593-

Articolo 18 della legge 22 maggio 1978, n. 194

Articolo 593- ter

Articoli 1, 4 e 5 del decreto-legge 15 dicembre 1979, n. 625, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 febbraio 1980, n. 15

Articolo 270 -bis .1 Articoli 3 e 4 della legge 26 novembre 1985, n. 718

Articolo 289- ter

Articoli 7 e 8 del decreto-legge 13 maggio 1991, n. 152, convertito con modificazioni dalla legge 12 luglio 1991, n. 203

Articolo 416 -bis .1

Articolo 12 -sexies, commi 1 e 2 -ter, del decreto-legge 8 giugno 1992, n. 306, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 1992, n. 356

Articolo 240- bis Articolo 22 -bis della legge 1° aprile 1999, n. 91

Articolo 601- bis

Articolo 9 della legge 14 dicembre 2000, n. 376

Articolo 586- bis

Articolo 4 della legge 16 marzo 2006, n. 146

Articolo 61- bis

Articolo 260 del decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152 Articolo 452- quaterdecies

Articolo 55, commi 5 e 6, secondo periodo del decreto legislativo 21 novembre 2007, n. 231

Articolo 493- ter

Articolo 12 -quinqües, comma 1, del decreto-legge 8 giugno 1992, n. 306, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 1992, n. 356

Articolo 512- bis

NOTE

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

Note alle premesse: — L'art. 76 della Costituzione stabilisce che l'esercizio della funzione legislativa non può essere delegato al Governo se non con determinazione di principi e criteri direttivi e soltanto per tempo limitato e per oggetti definiti. — L'articolo 87 della Costituzione conferisce, tra l'altro, al Presidente della Repubblica il potere di promulgare le leggi e di emanare i decreti aventi valore di legge ed i regolamenti. — Si riporta il testo dell'articolo 14 della legge 23 agosto 1988, n. 400 (Disciplina dell'attività di Governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei Ministri): «Art. 14 (Decreti legislativi). — 1. I decreti legislativi adottati dal Governo ai sensi dell'articolo 76 della Costituzione sono emanati dal Presidente della Repubblica con la denominazione di “decreto legislativo” e con l'indicazione, nel preambolo, della legge di delegazione, della deliberazione del Consiglio dei ministri e degli altri adempimenti del procedimento prescritti dalla legge di delegazione. 2. L'emanazione del decreto legislativo deve avvenire entro il termine fissato dalla legge di delegazione; il testo del decreto legislativo adottato dal Governo è trasmesso al Presidente della Repubblica, per la emanazione, almeno venti giorni prima della scadenza. 3. Se la delega legislativa si riferisce ad una pluralità di oggetti distinti suscettibili di separata disciplina, il Governo può esercitarla mediante più atti successivi per uno o più degli oggetti predetti. In relazione al termine finale stabilito dalla legge di delegazione, il Governo informa periodicamente le Camere sui criteri che segue nell'organizzazione dell'esercizio della delega. 4. In ogni caso, qualora il termine previsto per l'esercizio della delega ecceda i due anni, il Governo è tenuto a richiedere il parere delle Camere sugli schemi dei decreti delegati. Il parere è espresso dalle Commissioni permanenti delle due Camere competenti per materia entro sessanta giorni, indicando specificamente le eventuali disposizioni non ritenute corrispondenti alle direttive della legge di delegazione. Il Governo, nei trenta giorni successivi, esaminato il parere, ritrasmette, con le sue osservazioni e con eventuali modificazioni, i testi alle Commissioni per il parere definitivo che deve essere espresso entro trenta giorni.». — Si riporta il testo dell'articolo 1, commi 82, 83 e 85, lettera q), della citata legge 23 giugno 2017, n. 103 (Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e all'ordinamento penitenziario): «82. Il Governo è delegato ad adottare decreti legislativi per la riforma della disciplina in materia di intercettazione di conversazioni o comunicazioni e di giudizi di impugnazione nel processo penale nonché per la riforma dell'ordinamento penitenziario, secondo i principi e criteri direttivi previsti dai commi 84 e 85. 83. I decreti legislativi di cui al comma 82 sono adottati, su proposta del Ministro della giustizia, relativamente alle materie a cui si riferiscono i principi e criteri direttivi di cui alle lettere a), b), c), d) ed e) del comma 84 nel termine di tre mesi, e relativamente alle restanti materie nel termine di un anno, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. I termini per l'esercizio delle deleghe decorrono dalla data di entrata in vigore della presente legge. I relativi schemi sono trasmessi alle Camere, corredati di relazione tecnica che dia conto della neutralità finanziaria dei medesimi, per l'espressione dei pareri delle Commissioni parlamentari competenti per materia e per i profili finanziari. I pareri sono resi nel termine di quarantacinque giorni, decorsi i quali i decreti possono essere comunque emanati. Qualora tale termine venga a scadere nei trenta giorni antecedenti la scadenza del termine di delega, o successivamente, quest'ultimo termine è prorogato di sessanta giorni. Il Governo, qualora non intenda conformarsi ai pareri parlamentari, trasmette nuovamente i testi alle Camere con le sue osservazioni e con eventuali modificazioni, corredate dei necessari elementi integrativi di informazione e motivazione. I pareri definitivi delle Commissioni competenti per materia e per i profili finanziari sono espressi entro il termine di dieci giorni dalla data della nuova trasmissione. Decorso tale termine, i decreti possono essere comunque emanati.». «85. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 41 -bis della legge 26 luglio 1975, n. 354, e successive modificazioni, nell'esercizio della delega di cui al comma 82, i decreti legislativi recanti modifiche

all'ordinamento penitenziario, per i profili di seguito indicati, sono adottati nel rispetto dei seguenti principi e criteri direttivi: lettere da a) a p) (Omissis). q) attuazione, sia pure tendenziale, del principio della riserva di codice nella materia penale, al fine di una migliore conoscenza dei precetti e delle sanzioni e quindi dell'effettività della funzione rieducativa della pena, presupposto indispensabile perché l'intero ordinamento penitenziario sia pienamente conforme ai principi costituzionali, attraverso l'inserimento nel codice penale di tutte le fattispecie criminose previste da disposizioni di legge in vigore che abbiano a diretto oggetto di tutela beni di rilevanza costituzionale, in particolare i valori della persona umana, e tra questi il principio di uguaglianza, di non discriminazione e di divieto assoluto di ogni forma di sfruttamento a fini di profitto della persona medesima, e i beni della salute, individuale e collettiva, della sicurezza pubblica e dell'ordine pubblico, della salubrità e integrità ambientale, dell'integrità del territorio, della correttezza e trasparenza del sistema economico di mercato

Note all'art. 2: — Si riporta il testo degli articoli 388, 601, 601 -bis e 602 -ter del codice penale, come modificati dal presente decreto legislativo: «Art. 388 (Mancata esecuzione dolosa di un provvedimento del giudice). — Chiunque, per sottrarsi all'adempimento degli obblighi nascenti da un provvedimento dell'autorità giudiziaria, o dei quali è in corso l'accertamento dinanzi all'autorità giudiziaria stessa, compie, sui propri o sugli altrui beni, atti simulati o fraudolenti, o commette allo stesso scopo altri fatti fraudolenti, è punito, qualora non ottemperi all'ingiunzione di eseguire il provvedimento, con la reclusione fino a tre anni o con la multa da euro 103 a euro 1.032. La stessa pena si applica a chi elude l'ordine di protezione previsto dall'articolo 342 -ter del codice civile, ovvero un provvedimento di eguale contenuto assunto nel procedimento di separazione personale dei coniugi o nel procedimento di scioglimento o di cessazione degli effetti civili del matrimonio ovvero ancora l'esecuzione di un provvedimento del giudice civile, ovvero amministrativo o contabile, che concerna l'affidamento di minori o di altre persone incapaci, ovvero prescriva misure cautelari a difesa della proprietà, del possesso o del credito. Chiunque sottrae, sopprime, distrugge, disperde o deteriora una cosa di sua proprietà sottoposta a pignoramento ovvero a sequestro giudiziario o conservativo è punito con la reclusione fino a un anno e con la multa fino a euro 309. S i applicano la reclusione da due mesi a due anni e la multa da euro 30 a euro 309 se il fatto è commesso dal proprietario su una cosa affidata alla sua custodia, e la reclusione da quattro mesi a tre anni e la multa da euro 51 a euro 516 se il fatto è commesso dal custode al solo scopo di favorire il proprietario della cosa. Il custode di una cosa sottoposta a pignoramento ovvero a sequestro giudiziario o conservativo che indebitamente rifiuta, omette o ritarda un atto dell'ufficio è punito con la reclusione fino ad un anno o con la multa fino a euro 516. L a pena di cui al quinto comma si applica al debitore o all'amministratore, direttore generale o liquidatore della società debitrice che, invitato dall'ufficiale giudiziario a indicare le cose o i crediti pignorabili, omette di rispondere nel termine di quindici giorni o effettua una falsa dichiarazione. Il colpevole è punito a querela della persona offesa.». «Art. 601 (Tratta di persone) . — È punito con la reclusione da otto a venti anni chiunque recluta, introduce nel territorio dello Stato, trasferisce anche al di fuori di esso, trasporta, cede l'autorità sulla persona, ospita una o più persone che si trovano nelle condizioni di cui all'articolo 600, ovvero, realizza le stesse condotte su una o più persone, mediante inganno, violenza, minaccia, abuso di autorità o approfittamento di una situazione di vulnerabilità, di inferiorità fisica, psichica o di necessità, o mediante promessa o dazione di denaro o di altri vantaggi alla persona che su di essa ha autorità, al fine di indurle o costringerle a prestazioni lavorative, sessuali ovvero all'accattonaggio o comunqueal compimento di attività illecite che ne comportano lo sfruttamento o a sottoporsi al prelievo di organi. Alla stessa pena soggiace chiunque, anche al di fuori delle modalità di cui al primo comma, realizza le condotte ivi previste nei confronti di persona minore di età. La pena per il comandante o l'ufficiale della nave nazionale o straniera, che commette alcuno dei fatti previsti dal primo o dal secondo comma o vi concorre, è aumentata fino a un terzo. Il componente dell'equipaggio di nave nazionale o straniera destinata, prima della partenza o in corso di navigazione, alla tratta è punito, ancorché non sia stato compiuto alcun fatto previsto dal primo o dal secondo comma o di commercio di schiavi, con la reclusione da tre a dieci anni. «Art. 601 -bis (Traffico

di organi prelevati da persona vivente) . — Chiunque, illecitamente, commercia, vende, acquista ovvero, in qualsiasi modo e a qualsiasi titolo, procura o tratta organi o parti di organi prelevati da persona vivente è punito con la reclusione da tre a dodici anni e con la multa da euro 50.000 ad euro 300.000. Chiunque svolge opera di mediazione nella donazione di organi da vivente al fine di trarne un vantaggio economico è punito con la reclusione da tre a otto anni e con la multa da euro 50.000 a euro 300.000. Se i fatti previsti dai precedenti commi sono commessi da persona che esercita una professione sanitaria, alla condanna consegue l'interdizione perpetua dall'esercizio della professione. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, è punito con la reclusione da tre a sette anni e con la multa da euro 50.000 ad euro 300.000 chiunque organizza o propaga viaggi ovvero pubblicizza o diffonde, con qualsiasi mezzo, anche per via informatica o telematica, annunci finalizzati al traffico di organi o parti di organi di cui al primo comma.». «Art. 602 -ter (Circostanze aggravanti) . — La pena per i reati previsti dagli articoli 600, 601 primo e secondo comma e 602 è aumentata da un terzo alla metà: a) se la persona offesa è minore degli anni diciotto; b) se i fatti sono diretti allo sfruttamento della prostituzione o al fine di sottoporre la persona offesa al prelievo di organi; c) se dal fatto deriva un grave pericolo per la vita o l'integrità fisica o psichica della persona offesa. Se i fatti previsti dal titolo VII, capo III, del presente libro sono commessi al fine di realizzare od agevolare i delitti di cui agli articoli 600, 601 e 602, le pene ivi previste sono aumentate da un terzo alla metà. Nei casi previsti dagli articoli 600 -bis, primo comma, e 600 -ter, la pena è aumentata da un terzo alla metà se il fatto è commesso con violenza o minaccia. Nei casi previsti dagli articoli 600 -bis, primo e secondo comma, 600 -ter, primo comma, e 600 -quinqües, la pena è aumentata da un terzo alla metà se il fatto è commesso approfittando della situazione di necessità del minore. Nei casi previsti dagli articoli 600 -bis, primo e secondo comma, 600 -ter e 600 -quinqües, nonché dagli articoli 600, 601 e 602, la pena è aumentata dalla metà ai due terzi se il fatto è commesso in danno di un minore degli anni sedici. Nei casi previsti dagli articoli 600 -bis, primo comma, e 600 -ter, nonché, se il fatto è commesso in danno di un minore degli anni diciotto, dagli articoli 600, 601 e 602, la pena è aumentata dalla metà ai due terzi se il fatto è commesso da un ascendente, dal genitore adottivo, o dal loro coniuge o convivente, dal coniuge o da affini entro il secondo grado, da parenti fino al quarto grado collaterale, dal tutore o da persona a cui il minore è stato affidato per ragioni di cura, educazione, istruzione, vigilanza, custodia, lavoro, ovvero da pubblici ufficiali o incaricati di pubblico servizio nell'esercizio delle loro funzioni ovvero ancora se è commesso in danno di un minore in stato di infermità o minorazione psichica, naturale o provocata. Nei casi previsti dagli articoli 600 -bis, primo comma, e 600 -ter, nonché dagli articoli 600, 601 e 602, la pena è aumentata dalla metà ai due terzi se il fatto è commesso mediante somministrazione di sostanze alcoliche, narcotiche, stupefacenti o comunque pregiudizievoli per la salute fisica o psichica del minore, ovvero se è commesso nei confronti di tre o più persone. Nei casi previsti dagli articoli 600 -bis, 600 -ter, 600 -quater, 600 -quater .1. e 600 -quinqües, la pena è aumentata. a) se il reato è commesso da più persone riunite; b) se il reato è commesso da persona che fa parte di un'associazione per delinquere e al fine di agevolare l'attività; c) se il reato è commesso con violenze gravi o se dal fatto deriva al minore, a causa della reiterazione delle condotte, un pregiudizio grave.». Le pene previste per i reati di cui al comma precedente sono aumentate in misura non eccedente i due terzi nei casi in cui gli stessi siano compiuti con l'utilizzo di mezzi atti ad impedire l'identificazione dei dati di accesso alle reti telematiche. Le circostanze attenuanti, diverse da quelle previste dagli articoli 98 e 114, concorrenti con le circostanze aggravanti di cui alla presente sezione, non possono essere ritenute equivalenti o prevalenti rispetto a queste e le diminuzioni di pena si operano sulla quantità della stessa risultante dall'aumento conseguente alle predette aggravanti.». — Si riporta il testo dell'articolo 33 -bis, comma 1, del codice di procedura penale, come modificato dal presente decreto legislativo: «Art. 33 -bis (Attribuzioni del tribunale in composizione collegiale) . — 1. Sono attribuiti al tribunale in composizione collegiale i seguenti reati, consumati o tentati: a) delitti indicati nell'articolo 407, comma 2, lettera a), numeri 3), 4) e 5), sempre che per essi non sia stabilita la competenza della corte di assise; b) delitti previsti dal capo I del titolo II del libro II del codice penale, esclusi quelli indicati dagli articoli 329, 331, primo comma, 332, 334

e 335; c) delitti previsti dagli articoli 416, 416 -bis , 416 -ter , 420, terzo comma, 429, secondo comma, 431, secondo comma, 432, terzo comma, 433, terzo comma, 433 -bis , secondo comma, 440, 449, secondo comma, 452, primo comma, n. 2, 513 -bis , 564, da 600 -bis a 600 -sexies puniti con reclusione non inferiore nel massimo a cinque anni, 609 -bis , 609 -quater e 644 del codice penale; d) reati previsti dal Titolo XI del libro V del codice civile, nonché dalle disposizioni che ne estendono l'applicazione a soggetti diversi da quelli in essi indicati; e) delitti previsti dall'articolo 1136 del codice della navigazione; f) delitti previsti dagli articoli 6 e 11 della legge costituzionale 16 gennaio 1989, n. 1; g) delitti previsti dagli articoli 216, 223, 228 e 234 del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267, in materia fallimentare, nonché dalle disposizioni che ne estendono l'applicazione a soggetti diversi da quelli in essi indicati; h) delitti previsti dall'articolo 1 del decreto legislativo 14 febbraio 1948, n. 43, ratificato dalla legge 17 aprile 1956, n. 561, in materia di associazioni di carattere militare; i) delitti previsti dalla legge 20 giugno 1952, n. 645, attuativa della XII disposizione transitoria e finale della Costituzione; i -bis) delitti previsti dall'articolo 291 -quater del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 23 gennaio 1973, n. 43; l) delitto previsto dall'articolo 593 -ter del codice penale; m) delitto previsto dall'articolo 2 della legge 25 gennaio 1982, n. 17, in materia di associazioni segrete; n) delitto previsto dall'articolo 29, secondo comma, della legge 13 settembre 1982, n. 646, in materia di misure di prevenzione; o) delitto previsto dall'articolo 512 -bis del codice penale; p) delitti previsti dall'articolo 6, commi 3 e 4, del decreto-legge 26 aprile 1993, n. 122, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 1993, n. 205, in materia di discriminazione razziale, etnica e religiosa; q) delitti previsti dall'articolo 10 della legge 18 novembre 1995, n. 496, in materia di produzione e uso di armi chimiche.

2. Sono attribuiti altresì al tribunale in composizione collegiale, salva la disposizione dell'articolo 33 -ter, comma 1, i delitti puniti con la pena della reclusione superiore nel massimo a dieci anni, anche nell'ipotesi del tentativo. Per la determinazione della pena si osservano le disposizioni dell'articolo 4.»

Note all'art. 3: — Si riporta il testo dell'articolo 51 del codice di procedura penale, come modificato dal presente decreto legislativo: «Art. 51 (Uffici del pubblico ministero. Attribuzioni del procuratore della Repubblica distrettuale). — 1. Le funzioni di pubblico ministero sono esercitate: a) nelle indagini preliminari e nei procedimenti di primo grado, dai magistrati della procura della Repubblica presso il tribunale [o presso la pretura]; b) nei giudizi di impugnazione dai magistrati della procura generale presso la corte di appello o presso la corte di cassazione. 2. Nei casi di avocazione, le funzioni previste dal comma 1 lettera a) sono esercitate dai magistrati della procura generale presso la corte di appello. Nei casi di avocazione previsti dall'articolo 371 -bis , sono esercitate dai magistrati della Direzione nazionale antimafia e antiterrorismo. 3. Le funzioni previste dal comma 1 sono attribuite all'ufficio del pubblico ministero presso il giudice competente a norma del capo II del titolo I. 3 -bis . Quando si tratta dei procedimenti per i delitti, consumati o tentati, di cui agli articoli 416, sesto e settimo comma, 416, realizzato allo scopo di commettere taluno dei delitti di cui all'articolo 12, commi 3 e 3 -ter, del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, di cui al decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, 416, realizzato allo scopo di commettere delitti previsti dagli articoli 473 e 474, 600, 601, 602, 416 -bis , 416 -ter , 452-quaterdecies e 630 del codice penale, per i delitti commessi avvalendosi delle condizioni previste dal predetto articolo 416 -bis ovvero al fine di agevolare l'attività delle associazioni previste dallo stesso articolo, nonché per i delitti previsti dall'articolo 74 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, dall'articolo 291 -quater del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 23 gennaio 1973, n. 43, le funzioni indicate nel comma 1 lettera a) sono attribuite all'ufficio del pubblico ministero presso il tribunale del capoluogo del distretto nel cui ambito ha sede il giudice competente. 3 -ter . Nei casi previsti dal comma 3 -bis e dai commi 3 -quater e 3 -quinqies , se ne fa richiesta il procuratore distrettuale, il procuratore generale presso la corte di appello può, per giustificati motivi, disporre che le funzioni di pubblico ministero per il dibattimento siano esercitate

da un magistrato designato dal procuratore della Repubblica presso il giudice competente. 3 -quater . Quando si tratta di procedimenti per i delitti consumati o tentati con finalità di terrorismo le funzioni indicate nel comma 1, lettera a), sono attribuite all'ufficio del pubblico ministero presso il tribunale del capoluogo del distretto nel cui ambito ha sede il giudice competente. 3 -quinqües. Quando si tratta di procedimenti per i delitti, consumati o tentati, di cui agli articoli 414 -bis , 600 -bis , 600 -ter , 600 -quater , 600 -quater .1, 600 -quinqües , 609 -undecies , 615 -ter , 615 -quater , 615 -quinqües , 617 -bis , 617 -ter , 617 -quater , 617 -quinqües , 617 -sexies , 635 -bis , 635 -ter , 635 -quater , 640 -ter e 640 -quinqües del codice penale, le funzioni indicate nel comma 1, lettera a), del presente articolo sono attribuite all'ufficio del pubblico ministero presso il tribunale del capoluogo del distretto nel cui ambito ha sede il giudice competente.».

Note all'art. 6: — Si riporta il testo dell'articolo 12 -sexies del citato decreto-legge 8 giugno 1992, n. 306, come modificato dal presente decreto legislativo: «Art. 12 -sexies (Ipotesi particolari di confisca) . — 1. (abrogato). 2. 2 -bis . 2 -ter . (abrogato). 2-quater 3. 4. 4 -bis . (abrogato). 4 -ter. Con separati decreti, il Ministro dell'interno, di concerto con il Ministro della giustizia, sentiti gli altri Ministri interessati, stabilisce anche la quota dei beni sequestrati e confiscati a norma dell'articolo 240 -bis del codice penale da destinarsi per l'attuazione delle speciali misure di protezione previste dal decreto-legge 15 gennaio 1991, n. 8, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 marzo 1991, n. 82, e successive modificazioni, e per le elargizioni previste dalla legge 20 ottobre 1990, n. 302, recante norme a favore delle vittime del terrorismo e della criminalità organizzata. Nei decreti il Ministro stabilisce anche che, a favore delle vittime, possa essere costituito un Fondo di solidarietà per le ipotesi in cui la persona offesa non abbia potuto ottenere in tutto o in parte le restituzioni o il risarcimento dei danni conseguenti al reato. 4 -quater. Il Consiglio di Stato esprime il proprio parere sugli schemi di regolamento di cui al comma 4 -ter entro trenta giorni dalla richiesta, decorsi i quali il regolamento può comunque essere adottato. 4 -quinqües . (abrogato). 4 -sexies . (abrogato). 4 -septies . (abrogato). 4 -octies . (abrogato). 4 -novies . (abrogato).».

— Si riporta il testo dell'articolo 104 -bis del citato decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 271, come modificato dal presente decreto legislativo:

«Art. 104 -bis (Amministrazione dei beni sottoposti a sequestro preventivo e a sequestro e confisca in casi particolari. Tutela dei terzi nel giudizio). — 1. Nel caso in cui il sequestro preventivo abbia per oggetto aziende, società ovvero beni di cui sia necessario assicurare l'amministrazione, esclusi quelli destinati ad affluire nel Fondo unico giustizia, di cui all'articolo 61, comma 23, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, l'autorità giudiziaria nomina un amministratore giudiziario scelto nell'Albo di cui all'articolo 35 del codice di cui al decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159, e successive modificazioni. Con decreto motivato dell'autorità giudiziaria la custodia dei beni suddetti può tuttavia essere affidata a soggetti diversi da quelli indicati al periodo precedente. 1 -bis. Il giudice che dispone il sequestro nomina un amministratore giudiziario ai fini della gestione. Si applicano le norme di cui al libro I, titolo III, del codice di cui al decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159, e successive modificazioni. 1 -ter . I compiti del giudice delegato alla procedura sono svolti nel corso di tutto il procedimento dal giudice che ha emesso il decreto di sequestro ovvero, nel caso di provvedimento emesso da organo collegiale, dal giudice delegato nominato ai sensi e per gli effetti dell'articolo 35, comma 1, del codice di cui al decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159, e successive modificazioni. 1 -quater . Le disposizioni in materia di amministrazione e destinazione dei beni sequestrati e confiscati nonché quelle in materia di tutela dei terzi e di esecuzione del sequestro previste dal codice di cui al decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159, si applicano ai casi di sequestro e confisca in casi particolari previsti dall'articolo 240 -bis del codice penale o dalle altre disposizioni di legge che a questo articolo rinviano, nonché agli altri casi di sequestro e confisca di beni adottati nei procedimenti relativi ai delitti di cui all'articolo 51, comma 3 -bis , del codice. In tali casi l'Agenzia nazionale per l'amministrazione e la destinazione dei beni sequestrati e confiscati alla criminalità organizzata coadiuva l'autorità giudiziaria nell'amministrazione e nella custodia dei beni sequestrati, fino al provvedimento di confisca emesso dalla corte di appello e, successivamente a tale provvedimento,

amministra i beni medesimi secondo le modalità previste dal citato codice di cui al decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159. Restano comunque salvi i diritti della persona offesa dal reato alle restituzioni e al risarcimento del danno. 1 -quinquies . Nel processo di cognizione devono essere citati i terzi titolari di diritti reali o personali di godimento sui beni in sequestro, di cui l'imputato risulti avere la disponibilità a qualsiasi titolo. 1 -sexies . Le disposizioni dei commi 1 -quater e 1 -quinquies si applicano anche nel caso indicato dall'articolo 578 -bis del codice. ». — Si riporta il testo dell'articolo 301 del citato decreto del Presidente della Repubblica 23 gennaio 1973, n. 43, come modificato dal presente decreto legislativo: «Art. 301 (Delle misure di sicurezza patrimoniali. Confisca) . — 1. Nei casi di contrabbando è sempre ordinata la confisca delle cose che servirono o furono destinate a commettere il reato e delle cose che ne sono l'oggetto ovvero il prodotto o il profitto. 2. Sono in ogni caso soggetti a confisca i mezzi di trasporto a chiunque appartenenti che risultino adattati allo stivaggio fraudolento di merci ovvero contengano accorgimenti idonei a maggiorarne la capacità di carico o l'autonomia in difformità delle caratteristiche costruttive omologate o che siano impiegati in violazioni alle norme concernenti la circolazione o la navigazione e la sicurezza in mare. Note all'art. 3: — Si riporta il testo dell'articolo 51 del codice di procedura penale, come modificato dal presente decreto legislativo:

«Art. 51 (Uffici del pubblico ministero. Attribuzioni del procuratore della Repubblica distrettuale). — 1. Le funzioni di pubblico ministero sono esercitate: a) nelle indagini preliminari e nei procedimenti di primo grado, dai magistrati della procura della Repubblica presso il tribunale [o presso la pretura]; b) nei giudizi di impugnazione dai magistrati della procura generale presso la corte di appello o presso la corte di cassazione.

2. Nei casi di avocazione, le funzioni previste dal comma 1 lettera a) sono esercitate dai magistrati della procura generale presso la corte di appello. Nei casi di avocazione previsti dall'articolo 371 -bis , sono esercitate dai magistrati della Direzione nazionale antimafia e antiterrorismo. 3. Le funzioni previste dal comma 1 sono attribuite all'ufficio del pubblico ministero presso il giudice competente a norma del capo II del titolo I. 3 -bis . Quando si tratta dei procedimenti per i delitti, consumati o tentati, di cui agli articoli 416, sesto e settimo comma, 416, realizzato allo scopo di commettere taluno dei delitti di cui all'articolo 12, commi 3 e 3 -ter, del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, di cui al decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, 416, realizzato allo scopo di commettere delitti previsti dagli articoli 473 e 474, 600, 601, 602, 416 -bis , 416 -ter , 452-quaterdecies e 630 del codice penale, per i delitti commessi avvalendosi delle condizioni previste dal predetto articolo 416 -bis ovvero al fine di agevolare l'attività delle associazioni previste dallo stesso articolo, nonché per i delitti previsti dall'articolo 74 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, dall'articolo 291 -quater del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 23 gennaio 1973, n. 43, le funzioni indicate nel comma 1 lettera a) sono attribuite all'ufficio del pubblico ministero presso il tribunale del capoluogo del distretto nel cui ambito ha sede il giudice competente. 3 -ter . Nei casi previsti dal comma 3 -bis e dai commi 3 -quater e 3 -quinquies , se ne fa richiesta il procuratore distrettuale, il procuratore generale presso la corte di appello può, per giustificati motivi, disporre che le funzioni di pubblico ministero per il dibattimento siano esercitate da un magistrato designato dal procuratore della Repubblica presso il giudice competente. 3 -quater . Quando si tratta di procedimenti per i delitti consumati o tentati con finalità di terrorismo le funzioni indicate nel comma 1, lettera a), sono attribuite all'ufficio del pubblico ministero presso il tribunale del capoluogo del distretto nel cui ambito ha sede il giudice competente. 3 -quinquies . Quando si tratta di procedimenti per i delitti, consumati o tentati, di cui agli articoli 414 -bis , 600 -bis , 600 -ter , 600 -quater , 600 -quater .1, 600 -quinquies , 609 -undecies , 615 -ter , 615 -quater , 615 -quinquies , 617 -bis , 617 -ter , 617 -quater , 617 -quinquies , 617 -sexies , 635 -bis , 635 -ter , 635 -quater , 640 -ter e 640 -quinquies del codice penale, le funzioni indicate nel comma 1, lettera a), del presente articolo sono attribuite all'ufficio del pubblico ministero presso il tribunale del capoluogo del distretto nel cui ambito ha sede il giudice competente.». Note all'art. 6: — Si riporta il testo dell'articolo 12 -sexies del citato decreto-

legge 8 giugno 1992, n. 306, come modificato dal presente decreto legislativo: «Art. 12 -sexies (Ipotesi particolari di confisca) . — 1. (abrogato). 2. 2 -bis . 2 -ter . (abrogato). 2-quater 3. 4. 4 -bis . (abrogato). 4 -ter. Con separati decreti, il Ministro dell'interno, di concerto con il Ministro della giustizia, sentiti gli altri Ministri interessati, stabilisce anche la quota dei beni sequestrati e confiscati a norma dell'articolo 240 -bis del codice penale da destinarsi per l'attuazione delle speciali misure di protezione previste dal decreto-legge 15 gennaio 1991, n. 8, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 marzo 1991, n. 82, e successive modificazioni, e per le elargizioni previste dalla legge 20 ottobre 1990, n. 302, recante norme a favore delle vittime del terrorismo e della criminalità organizzata. Nei decreti il Ministro stabilisce anche che, a favore delle vittime, possa essere costituito un Fondo di solidarietà per le ipotesi in cui la persona offesa non abbia potuto ottenere in tutto o in parte le restituzioni o il risarcimento dei danni conseguenti al reato. 4 -quater. Il Consiglio di Stato esprime il proprio parere sugli schemi di regolamento di cui al comma 4 -ter entro trenta giorni dalla richiesta, decorsi i quali il regolamento può comunque essere adottato. 4 -quinquies . (abrogato). 4 -sexies . (abrogato). 4 -septies . (abrogato). 4 -octies . (abrogato). 4 -novies . (abrogato).» — Si riporta il testo dell'articolo 104 -bis del citato decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 271, come modificato dal presente decreto legislativo:

«Art. 104 -bis (Amministrazione dei beni sottoposti a sequestro preventivo e a sequestro e confisca in casi particolari. Tutela dei terzi nel giudizio). — 1. Nel caso in cui il sequestro preventivo abbia per oggetto aziende, società ovvero beni di cui sia necessario assicurare l'amministrazione, esclusi quelli destinati ad affluire nel Fondo unico giustizia, di cui all'articolo 61, comma 23, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, l'autorità giudiziaria nomina un amministratore giudiziario scelto nell'Albo di cui all'articolo 35 del codice di cui al decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159, e successive modificazioni. Con decreto motivato dell'autorità giudiziaria la custodia dei beni suddetti può tuttavia essere affidata a soggetti diversi da quelli indicati al periodo precedente. 1 -bis. Il giudice che dispone il sequestro nomina un amministratore giudiziario ai fini della gestione. Si applicano le norme di cui al libro I, titolo III, del codice di cui al decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159, e successive modificazioni. 1 -ter . I compiti del giudice delegato alla procedura sono svolti nel corso di tutto il procedimento dal giudice che ha emesso il decreto di sequestro ovvero, nel caso di provvedimento emesso da organo collegiale, dal giudice delegato nominato ai sensi e per gli effetti dell'articolo 35, comma 1, del codice di cui al decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159, e successive modificazioni. 1 -quater . Le disposizioni in materia di amministrazione e destinazione dei beni sequestrati e confiscati nonché quelle in materia di tutela dei terzi e di esecuzione del sequestro previste dal codice di cui al decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159, si applicano ai casi di sequestro e confisca in casi particolari previsti dall'articolo 240 -bis del codice penale o dalle altre disposizioni di legge che a questo articolo rinviano, nonché agli altri casi di sequestro e confisca di beni adottati nei procedimenti relativi ai delitti di cui all'articolo 51, comma 3 -bis , del codice. In tali casi l'Agenzia nazionale per l'amministrazione e la destinazione dei beni sequestrati e confiscati alla criminalità organizzata coadiuva l'autorità giudiziaria nell'amministrazione e nella custodia dei beni sequestrati, fino al provvedimento di confisca emesso dalla corte di appello e, successivamente a tale provvedimento, amministra i beni medesimi secondo le modalità previste dal citato codice di cui al decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159. Restano comunque salvi i diritti della persona offesa dal reato alle restituzioni e al risarcimento del danno. 1 -quinquies . Nel processo di cognizione devono essere citati i terzi titolari di diritti reali o personali di godimento sui beni in sequestro, di cui l'imputato risulti avere la disponibilità a qualsiasi titolo. 1 -sexies . Le disposizioni dei commi 1 -quater e 1 -quinquies si applicano anche nel caso indicato dall'articolo 578 -bis del codice. » — Si riporta il testo dell'articolo 301 del citato decreto del Presidente della Repubblica 23 gennaio 1973, n. 43, come modificato dal presente decreto legislativo: «Art. 301 (Delle misure di sicurezza patrimoniali. Confisca) . — 1. Nei casi di contrabbando è sempre ordinata la confisca delle cose che servirono o furono destinate a commettere il reato e delle cose che ne sono l'oggetto ovvero il prodotto

o il profitto. 2. Sono in ogni caso soggetti a confisca i mezzi di trasporto a chiunque appartenenti che risultino adattati allo stivaggio fraudolento di merci ovvero contengano accorgimenti idonei a maggiorarne la capacità di carico o l'autonomia in difformità delle caratteristiche costruttive omologate o che siano impiegati in violazioni alle norme concernenti la circolazione o la navigazione e la sicurezza in mare 3. Si applicano le disposizioni dell'art. 240 del codice penale se si tratta di mezzo di trasporto appartenente a persona estranea al reato qualora questa dimostri di non averne potuto prevedere l'illecito impiego anche occasionale e di non essere incorsa in un difetto di vigilanza. 4. Nel caso di vendita all'asta di mezzi di trasporto confiscati per il delitto di contrabbando, qualora l'aggiudicazione non abbia luogo al primo incanto, l'asta non può essere ripetuta e i mezzi eseguiti vengono acquisiti al patrimonio dello Stato. 5. Le disposizioni del presente articolo si osservano anche nel caso di applicazione della pena su richiesta a norma del titolo II del libro VI del codice di procedura penale. 5 -bis. Nei casi di condanna o di applicazione della pena su richiesta a norma dell'articolo 444 del codice di procedura penale, per taluno dei delitti previsti dall'articolo 295, secondo comma, si applica l'articolo 240 -bis del codice penale. ».

Note all'art. 7: — La legge 1° dicembre 1970, n. 898 (Disciplina dei casi di scioglimento del matrimonio), modificata dal presente decreto, è pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 3 dicembre 1970, n. 306. — La legge 13 ottobre 1975, n. 654 (Ratifica ed esecuzione della convenzione internazionale sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione razziale, aperta alla firma a New York il 7 marzo 1966), modificato dal presente decreto, è pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 23 dicembre 1975, n. 337, S.O. — Il decreto-legge 26 aprile 1993, n. 122, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 1993, n. 205, (Misure urgenti in materia di discriminazione razziale, etnica e religiosa), modificato dal presente decreto, è pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 27 aprile 1993, n. 97. — La legge 22 maggio 1978, n. 194 (Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza), modificata dal presente decreto, è pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 22 maggio 1978, n. 140. — Il decreto-legge 15 dicembre 1979, n. 625, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 febbraio 1980, n. 15 (Misure urgenti per la tutela dell'ordine democratico e della sicurezza pubblica), modificato dal presente decreto, è pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 17 dicembre 1979, n. 342. — La legge 26 novembre 1985, n. 718 (Ratifica ed esecuzione della convenzione internazionale contro la cattura degli ostaggi, aperta alla firma a New York il 18 dicembre 1979), modificata dal presente decreto, è pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 17 dicembre 1979, n. 342. — Il decreto-legge 31 dicembre 1991, n. 419, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 febbraio 1992, n. 172 (Istituzione del Fondo di sostegno per le vittime di richieste estorsive), modificato dal presente decreto, è pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 2 gennaio 1992, n. 1. — Il decreto-legge 13 maggio 1991, n. 152, convertito, con modificazioni, dalla legge 12 luglio 1991, n. 203, (Provvedimenti urgenti in tema di lotta alla criminalità organizzata e di trasparenza e buon andamento dell'attività amministrativa), modificato dal presente decreto, è pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 13 maggio 1991, n. 110 — La legge 1° aprile 1999, n. 91 (Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti), modificata dal presente decreto, è pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 15 aprile 1999, n. 87. — La legge 14 dicembre 2000, n. 376 (Disciplina della tutela sanitaria delle attività sportive e della lotta contro il doping), modificata dal presente decreto, è pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 18 dicembre 2000, n. 294. — La legge 8 febbraio 2006, n. 54 (Disposizioni in materia di separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli), modificata dal presente decreto, è pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 1° marzo 2006, n. 50. — La legge 16 marzo 2006, n. 146 (Ratifica ed esecuzione della Convenzione e dei Protocolli delle Nazioni Unite contro il crimine organizzato transnazionale, adottati dall'Assemblea generale il 15 novembre 2000 ed il 31 maggio 2001), modificata dal presente decreto, è pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 11 aprile 2006, n. 85, S.O. — Il decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152 (Norme in materia ambientale), modificato dal presente decreto, è pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 14 aprile 2006, n. 88, S.O. n. 96. — La legge 4 aprile 2001, n. 154 (Misure contro la violenza nelle relazioni familiari), modificata dal presente decreto, è pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 28 aprile 2001, n. 98.

— Il decreto legislativo 21 novembre 2007, n. 231 (Attuazione della direttiva 2005/60/CE concernente la prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo nonché della direttiva 2006/70/CE che ne reca misure di esecuzione), modificato dal presente decreto, è pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 14 dicembre 2007, n. 290, S.O. — Il citato decreto-legge 8 giugno 1992, n. 306, modificato dal presente decreto, è pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 8 giugno 1992, n. 133. Note all'art. 8: — Per l'articolo 12 -sexies del citato decreto-legge 8 giugno 1992, n. 306, vedi note all'articolo 6 del presente decreto legislativo. — Si riporta il testo dell'articolo 73 del citato decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309:

«Art. 73 (Legge 26 giugno 1990, n. 162, art. 14, comma 1) (Produzione, traffico e detenzione illeciti di sostanze stupefacenti o psicotrope) . — 1. Chiunque, senza l'autorizzazione di cui all'articolo 17, coltiva, produce, fabbrica, estrae, raffina, vende, offre o mette in vendita, cede, distribuisce, commercia, trasporta, procura ad altri, invia, passa o spedisce in transito, consegna per qualunque scopo sostanze stupefacenti o psicotrope di cui alla tabella I prevista dall'articolo 14, è punito con la reclusione da sei a venti anni e con la multa da euro 26.000 a euro 260.000. 1 -bis . Con le medesime pene di cui al comma 1 è punito chiunque, senza l'autorizzazione di cui all'articolo 17, importa, esporta, acquista, riceve a qualsiasi titolo o comunque illecitamente detiene: a) sostanze stupefacenti o psicotrope che per quantità, in particolare se superiore ai limiti massimi indicati con decreto del Ministro della salute emanato di concerto con il Ministro della giustizia sentita la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento nazionale per le politiche antidroga, ovvero per modalità di presentazione, avuto riguardo al peso lordo complessivo o al confezionamento frazionato, ovvero per altre circostanze dell'azione, appaiono destinate ad un uso non esclusivamente personale; b) medicinali contenenti sostanze stupefacenti o psicotrope elencate nella tabella II, sezione A, che eccedono il quantitativo prescritto. In questa ultima ipotesi, le pene suddette sono diminuite da un terzo alla metà. 2. Chiunque, essendo munito dell'autorizzazione di cui all'articolo 17, illecitamente cede, mette o procura che altri metta in commercio le sostanze o le preparazioni indicate nelle tabelle I e II di cui all'articolo 14, è punito con la reclusione da sei a ventidue anni e con la multa da euro 26.000 a euro 300.000. 2 -bis . 3. Le stesse pene si applicano a chiunque coltiva, produce o fabbrica sostanze stupefacenti o psicotrope diverse da quelle stabilite nel decreto di autorizzazione. 4. Quando le condotte di cui al comma 1 riguardano i medicinali ricompresi nella tabella II, sezioni A, B, C e D, limitatamente a quelli indicati nel numero 3 -bis) della lettera e) del comma 1 dell'articolo 14 e non ricorrono le condizioni di cui all'articolo 17, si applicano le pene ivi stabilite, diminuite da un terzo alla metà. 5. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque commette uno dei fatti previsti dal presente articolo che, per i mezzi, la modalità o le circostanze dell'azione ovvero per la qualità e quantità delle sostanze, è di lieve entità, è punito con le pene della reclusione da sei mesi a quattro anni e della multa da euro 1.032 a euro 10.329. 5 -bis. Nell'ipotesi di cui al comma 5, limitatamente ai reati di cui al presente articolo commessi da persona tossicodipendente o da assuntore di sostanze stupefacenti o psicotrope, il giudice, con la sentenza di condanna o di applicazione della pena su richiesta delle parti a norma dell'articolo 444 del codice di procedura penale, su richiesta dell'imputato e sentito il pubblico ministero, qualora non debba concedersi il beneficio della sospensione condizionale della pena, può applicare, anziché le pene detentive e pecuniarie, quella del lavoro di pubblica utilità di cui all'articolo 54 del decreto legislativo 28 agosto 2000, n. 274, secondo le modalità ivi previste. Con la sentenza il giudice incarica l'ufficio locale di esecuzione penale esterna di verificare l'effettivo svolgimento del lavoro di pubblica utilità. L'ufficio riferisce periodicamente al giudice. In deroga a quanto disposto dal citato articolo 54 del decreto legislativo n. 274 del 2000, il lavoro di pubblica utilità ha una durata corrispondente a quella della sanzione detentiva irrogata. Esso può essere disposto anche nelle strutture private autorizzate ai sensi dell'articolo 116, previo consenso delle stesse. In caso di violazione degli obblighi connessi allo svolgimento del lavoro di pubblica utilità, in deroga a quanto previsto dal citato articolo 54 del decreto legislativo n. 274 del 2000, su richiesta del pubblico ministero o d'ufficio, il giudice che procede, o quello dell'esecuzione, con le formalità di cui all'articolo 666 del codice di procedura penale, tenuto

conto dell'entità dei motivi e delle circostanze della violazione, dispone la revoca della pena con conseguente ripristino di quella sostituita. Avverso tale provvedimento di revoca è ammesso ricorso per cassazione, che non ha effetto sospensivo. Il lavoro di pubblica utilità può sostituire la pena per non più di due volte. 5 -ter . La disposizione di cui al comma 5 -bis si applica anche nell'ipotesi di reato diverso da quelli di cui al comma 5, commesso, per una sola volta, da persona tossicodipendente o da assuntore abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope e in relazione alla propria condizione di dipendenza o di assuntore abituale, per il quale il giudice infligga una pena non superiore ad un anno di detenzione, salvo che si tratti di reato previsto dall'articolo 407, comma 2, lettera a) , del codice di procedura penale o di reato contro la persona. 6 . Se il fatto è commesso da tre o più persone in concorso tra loro, la pena è aumentata. 7 . Le pene previste dai commi da 1 a 6 sono diminuite dalla metà a due terzi per chi si adopera per evitare che l'attività delittuosa sia portata a conseguenze ulteriori, anche aiutando concretamente l'autorità di polizia o l'autorità giudiziaria nella sottrazione di risorse rilevanti per la commissione dei delitti. 7 -bis . Nel caso di condanna o di applicazione di pena su richiesta delle parti, a norma dell'articolo 444 del codice di procedura penale, è ordinata la confisca delle cose che ne sono il profitto o il prodotto, salvo che appartengano a persona estranea al reato, ovvero quando essa non è possibile, fatta eccezione per il delitto di cui al comma 5, la confisca di beni di cui il reo ha la disponibilità per un valore corrispondente a tale profitto o prodotto.» — Si riporta il testo dell'articolo 295 del citato decreto del Presidente della Repubblica 23 gennaio 1973, n. 43: «Art. 295 (Circostanze aggravanti del contrabbando) . — Per i delitti preveduti negli articoli precedenti, è punito con la multa non minore di cinque e non maggiore di dieci volte i diritti di confine dovuti chiunque, per commettere il contrabbando, adopera mezzi di trasporto appartenenti a persona estranea al reato. Per gli stessi delitti, alla multa è aggiunta la reclusione da tre a cinque anni: a) quando nel commettere il reato, o immediatamente dopo nella zona di vigilanza, il colpevole sia sorpreso a mano armata; b) quando nel commettere il reato, o immediatamente dopo nella zona di vigilanza, tre o più persone colpevoli di contrabbando siano sorprese insieme riunite e in condizioni tali da frapporre ostacolo agli organi di polizia; c) quando il fatto sia connesso con altro delitto contro la fede pubblica o contro la pubblica amministrazione; d) quando il colpevole sia un associato per commettere delitti di contrabbando e il delitto commesso sia tra quelli per cui l'associazione è stata costituita. Per gli stessi delitti, alla multa è aggiunta la reclusione fino a tre anni quando l'ammontare dei diritti di confine dovuti è maggiore di euro 49.993,03 (lire novantasei milioni e ottocentomila).» . Per gli stessi delitti, alla multa è aggiunta la reclusione fino a tre anni quando l'ammontare dei diritti di confine dovuti è maggiore di euro 49.993,03 (lire novantasei milioni e ottocentomila).».

PRIVATO SOCIALE

MINISTERO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

DECRETO 14 febbraio 2018 . Scioglimento della «Monte Razzano società cooperativa sociale onlus», in Roma e nomina del commissario liquidatore. /GU n. 65 del 19,3,18)

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

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

Visto l'art. 2545 -septiesdecies del codice civile;

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

Visto il decreto del Ministero dello sviluppo economico in data 17 gennaio 2007 concernente la determinazione dell'importo minimo di bilancio ai fini dello scioglimento d'ufficio ex art. 2545

-septiesdecies del codice civile;

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

Viste le risultanze della revisione effettuata dal revisore incaricato dalla Legacoop e relative alla società cooperativa sotto indicata, cui si rinvia e che qui si intendono richiamate;

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

Considerato che è stato assolto l'obbligo di cui all'art. 7 della legge 7 agosto 1990, n. 241, dando comunicazione dell'avvio del procedimento;

Considerato che la comunicazione di avvio dell'istruttoria, avvenuta tramite posta elettronica certificata inviata al legale rappresentante della società al corrispondente indirizzo, così come risultante da visura camerale, non risulta essere stata consegnata ma può comunque ritenersi assolto l'obbligo di comunicazione sopra citato, essendo onere esclusivo dell'iscritto curare il corretto funzionamento e aggiornamento del proprio indirizzo di posta elettronica certificata;

Tenuto conto che l'ente risulta trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 2545 -septiesdecies del codice civile;

Ritenuto necessario nelle more del rinnovo del Comitato centrale per le cooperative di cui all'art. 4, comma 4, del decreto del Presidente della Repubblica 14 maggio 2007, n. 78, disporre con urgenza il provvedimento di scioglimento per atto d'autorità con nomina di commissario liquidatore, atteso che l'ulteriore decorso del tempo vanificherebbe, nel caso di specie, il concreto perseguimento delle finalità cui all'art. 2545 -septiesdecies ;

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

Decreta:

Art. 1.

La «Monte Razzano società cooperativa sociale onlus» con sede in Roma, (codice fiscale n. 07457371008), è sciolta per atto d'autorità ai sensi dell'art. 2545 -septiesdecies del codice civile.

Art. 2.

Considerati gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal curriculum vitae , è nominato commissario liquidatore l'avv. Emanuele De Vita nato a Colferro (RM) il 6 ottobre 1978 (codice fiscale DVTMNL78R06C858W), ivi domiciliato in via B. Buozi n. 35.

Art. 3.

Al predetto commissario liquidatore spetta il trattamento economico previsto dal decreto ministeriale del 3 novembre 2016. Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana. Avverso il presente provvedimento è possibile proporre ricorso amministrativo al Tribunale amministrativo regionale ovvero straordinario al Presidente della Repubblica nei termini e presupposti di legge. Roma, 14 febbraio 2018 Il direttore generale: MOLETI

DECRETO 7 marzo 2018 . Liquidazione coatta amministrativa della «Cooperativa sociale ABC SOS a r.l.», in Roma e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 69 del 23.3.18)

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 20 novembre 2017, n. 882/2017 del Tribunale di Roma con la quale è stato dichiarato lo stato d'insolvenza della «Cooperativa Sociale ABC SOS a r.l.»;

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 stata inoltre notificata, affissa e resa pubblica nei modi e nei termini stabiliti per la sentenza dichiarativa dello stato di fallimento;

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;

Considerato che il nominativo del professionista cui affidare l'incarico di commissario liquidatore è stato estratto attraverso un sistema informatico, a cura della competente Direzione generale, da un elenco selezionato su base regionale e in considerazione delle dichiarazioni di disponibilità all'assunzione dell'incarico presentate dai professionisti interessati, ai sensi della nota in data 25 giugno 2015, contenente «Aggiornamento della banca dati dei professionisti interessati alla attribuzione di incarichi ex articoli 2545 -sexiesdecies , 2545 -septiesdecies, secondo comma e 2545-octiesdecies del codice civile», pubblicata sul sito internet del Ministero;

Decreta:

Art. 1.

La «Cooperativa sociale ABC SOS a r.l.», con sede in Roma (codice fiscale 04867410583) 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. Stefano Capponi nato a Roma il 7 maggio 1965 (codice fiscale CPPSFN65E07H501D), ivi domiciliato in via Crescenzo n. 91.

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, 7 marzo 2018

Il Ministro: CALENDRA

DECRETO 7 marzo 2018 - Liquidazione coatta amministrativa della «Fabian Art Society Società cooperativa sociale a r.l.», in Roma e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 70 del 24.3.\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;

Viste le risultanze ispettive dalle quali si rileva lo stato d'insolvenza della «Fabian Art Society società cooperativa sociale a r.l.»;

Considerato quanto emerge dalla visura camerale aggiornata, effettuata d'ufficio presso il competente registro delle imprese, dalla quale si evince che l'ultimo bilancio depositato dalla cooperativa, riferito all'esercizio al 31 dicembre 2014 evidenzia una condizione di sostanziale insolvenza in quanto, a fronte di un attivo patrimoniale di €. 921.050,00, si riscontra una massa debitoria di €. 1.165.697,00 ed un patrimonio nettonegativo di €. -263.880,00;

Considerato che in data 14 settembre 2017 è stato assolto l'obbligo di cui all'art. 7 della legge 7 agosto 1990, n. 241, dando comunicazione dell'avvio del procedimento a tutti i soggetti interessati;

Considerato che la comunicazione di avvio dell'istruttoria, avvenuta tramite posta elettronica certificata inviata al legale rappresentante della società al corrispondente indirizzo, così come risultante da visura camerale, non risulta essere stata consegnata ma può comunque ritenersi assolto l'obbligo di comunicazione sopra citato, essendo onere esclusivo dell'iscritto curare il corretto funzionamento del proprio indirizzo di posta elettronica certificata;

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

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

Considerato che il nominativo del professionista cui affidare l'incarico di commissario liquidatore è stato estratto attraverso un sistema informatico, a cura della competente Direzione generale, da un elenco selezionato su base regionale e in considerazione delle dichiarazioni di disponibilità all'assunzione dell'incarico presentate dai professionisti interessati, ai sensi della nota in data 25 giugno 2015, contenente «Aggiornamento della banca dati dei professionisti interessati alla attribuzione di incarichi ex articoli 2545 -sexiesdecies, 2545 -septiesdecies, secondo comma e 2545 -octiesdecies del codice civile», pubblicata sul sito internet del Ministero;

Decreta:

Art. 1.

La «Fabian Art Society società cooperativa sociale a r.l.», con sede in Roma (codice fiscale 05618981004) è posta in liquidazione coatta amministrativa, ai sensi dell'art. 2545 -terdecies del codice civile.

Considerati gli specifici requisiti professionali, come n risultanti dal *curriculum vitae*, è nominato commissario liquidatore il dott. Gianfranco Soccorsi, nato a Roma l'11 maggio 1962 (codice fiscale SCCGFR62E-11H501Y), e ivi domiciliato in via Lucio Secondo n. 46.

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 marzo 2018

Il Ministro: CALENDRA

SANITÀ

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 22 dicembre 2017 .- Ripartizione delle quote premiali relative all'anno 2017 da assegnare alle regioni ed alle province autonome, in applicazione di quanto previsto dall'articolo 9, comma 2, del decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 149 (GU n. 69 del 23.3.18)

IL MINISTRO DELLA SALUTE

DI CONCERTO CON

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Decreta:

Art. 1.

In applicazione di quanto previsto dall'art. 2, comma 67 -bis, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, come successivamente integrato e modificato, si provvede alla ripartizione fra le regioni e le province autonome delle quote premiali relative all'anno 2017 per complessivi 281.442.500,00 euro, come dettagliate nella tabella A che fa parte integrante del presente decreto, sulla base delle motivazioni richiamate in premessa.

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

Roma, 22 dicembre 2017

Il Ministro della salute LORENZIN

Il Ministro dell'economia e delle finanze PADOAN

Registrato alla Corte dei conti il 2 marzo 2018 Ufficio controllo atti MIUR, MIBAC, Min. salute e Min. lavoro e politiche sociali, reg.ne prev. n. 446

Tabella—————A

PIEMONTE	2.084.690	
VALLE D'AOSTA		-
LOMBARDIA	1.188.248	
P. A. BOLZANO		-
P. A. TRENTO		-
VENETO	6.371.915	
FRIULI V. G.		-
LIGURIA	95.277.800	
E. ROMAGNA	1.084.807	
TOSCANA	2.072.043	
UMBRIA	6.935.984	
MARCHE	15.743.856	
LAZIO	110.098	
ABRUZZO	1.558.003	
MOLISE	6.068.175	
CAMPANIA	113.722.484	
PUGLIA	1.943.513	
BASILICATA	21.130.021	
CALABRIA	6.150.862	
SICILIA		-
SARDEGNA		-
TOTALE	281.442.500	

COMITATO INTERMINISTERIALE PER LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA

DELIBERA 22 dicembre 2017 - Fondo sanitario nazionale 2017. Ripartizione tra le regioni della quota vincolata destinata al finanziamento del fondo per l'esclusività del rapporto del personale dirigente del ruolo sanitario. (Delibera n. 121/2017).(GU . 73 del 28.3.18)

IL COMITATO INTERMINISTERIALE PER LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA

Vista la legge del 23 dicembre 1998, n. 448, recante «Misure di finanza pubblica per la stabilizzazione e lo sviluppo» e in particolare l'art. 72, comma 6, che istituisce, per il miglioramento qualitativo delle prestazioni sanitarie e il conseguimento degli obiettivi previsti dal Piano sanitario nazionale, un Fondo per l'esclusività del rapporto dei dirigenti del ruolo sanitario che hanno optato per l'esercizio della libera professione intramuraria;

Vista la legge del 23 dicembre 1999, n. 488 (legge finanziaria 2000), che all'art. 28, comma 8, stabilisce che le economie derivanti dall'attuazione delle disposizioni di cui ai commi da 1 a 7 del medesimo articolo, sono destinate in misura non superiore a 80 miliardi di lire al Fondo per l'esclusività del rapporto dei dirigenti del ruolo sanitario di cui al predetto art. 72, comma 6, della legge 23 dicembre 1998, n. 448;

Visto il comma 561 dell'art. 1 della legge del 23 dicembre 2014, n. 190 (legge di stabilità 2015), il quale dispone, tra l'altro, che a decorrere dall'anno 2015 l'importo destinato alla riqualificazione dell'assistenza sanitaria e dell'attività libero professionale, di cui al citato art. 28, comma 8, della legge n. 488/99 (legge finanziaria 2000), per un valore massimo di 41,317 milioni di euro, venga ripartito annualmente, all'atto della ripartizione delle somme spettanti alle Regioni e alle Province autonome di Trento e di Bolzano a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario standard regionale; secondo i criteri definiti nell'ultima proposta di riparto sulla quale è stata sancita l'Intesa in Conferenza Stato-Regioni, operando, laddove disponibili, gli aggiornamenti dei dati presi a riferimento;

Vista l'odierna delibera di questo Comitato concernente la ripartizione tra le regioni e le province autonome delle disponibilità finanziarie del Servizio sanitario nazionale per l'anno 2017, che assegna al punto 1.b.4. la somma di 30.152.000 euro a favore del Fondo per l'esclusività del rapporto del personale dirigente del ruolo sanitario;

Vista la proposta del Ministro della salute concernente il riparto, tra le regioni a statuto ordinario e la Regione Siciliana, della somma di 30.152.000 euro, a valere sulle risorse del FSN 2017, per il finanziamento del Fondo per l'esclusività del rapporto del personale dirigente del ruolo sanitario che ha optato per la libera professione intramuraria, trasmessa con nota n. 13894 del 14 dicembre 2017; Considerato che la somma di 30.152.000 euro viene ripartita tra le regioni in base al numero dei dirigenti sanitari che hanno optato per la libera professione intramurali (dati relativi al Conto annuale 2015);

Vista l'Intesa della Conferenza Stato-Regioni, sancita nella seduta del 6 dicembre 2017 (rep. atti n. 215/CSR) sulla proposta del Ministro della salute concernente il detto riparto per l'anno 2017;

Tenuto conto dell'esame della proposta svolto ai sensi del vigente regolamento di questo Comitato (art. 3 della delibera 30 aprile 2012, n. 62);

Vista la nota del 22 dicembre 2017, n. 6245-P, predisposta per la seduta del Comitato dalla Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per la programmazione e il coordinamento della politica economica, così come integrata dalle osservazioni del Ministero dell'economia e delle finanze, acquisite in seduta, ed entrambe poste a base dell'esame della presente proposta nell'odierna seduta del Comitato;

Delibera:

l'importo di € 30.152.000, a valere sulle disponibilità del FSN 2017 vincolate al finanziamento del Fondo per l'esclusività del rapporto del personale dirigente del ruolo sanitario che ha optato per la libera professione intramuraria, è ripartito tra le Regioni a statuto ordinario e la Regione Siciliana come da allegata tabella, che costituisce parte integrante della presente delibera.

Roma, 22 dicembre 2017

Il Presidente: GENTILONI SILVERI

Il Segretario: LOTTI

Registrato alla Corte dei conti il 14 marzo 2018 Ufficio controllo atti Ministero economia e finanze, reg.ne prev.n. 229

DELIBERA 22 dicembre 2017 . - Fondo Sanitario Nazionale 2017- Riparto delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale. (Delibera n. 117/2017).(GU n.70 del 24.3.18)

IL COMITATO INTERMINISTERIALE PER LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, concernente il riordino della disciplina in materia sanitaria ed in particolare il comma 3 dell'art. 12, che dispone che il Fondo Sanitario Nazionale (di seguito *FSN*) sia ripartito dal Comitato interministeriale per la programmazione economica, su proposta del Ministro della sanità, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome;

Visto il decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, che all'art. 39, comma 1, demanda al Comitato interministeriale per la programmazione economica, su proposta del Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, l'assegnazione annuale delle quote del FSN di parte corrente a favore delle regioni;

Visto il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, concernente il Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59, che all'art. 115, comma 1, lettera *a*) fra le funzioni e compiti amministrativi conservati allo Stato inserisce l'adozione, d'intesa con la Conferenza unificata, del Piano Sanitario Nazionale (di seguito *PSN*) , l'adozione dei piani di settore aventi rilievo ed applicazione nazionali, nonché il riparto delle relative risorse alle regioni, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome;

Visto il decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, che detta disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'art. 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133, e che ha previsto un sistema di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (di seguito *SSN*) basato sulla capacità fiscale regionale, corretto da misure perequative, stabilendo che al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale concorrano l'IRAP, l'addizionale regionale all'IRPEF, la compartecipazione all'accisa

sulle benzine e la compartecipazione all'IVA da rideterminarsi annualmente con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, sentito il Ministero della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome;

Visto l'art. 2, comma 67 *-bis*, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, che disciplina i sistemi premiali per le regioni a valere sulle risorse ordinarie previste dalla legislazione vigente per il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, nonché l'art. 9, comma 2, del decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 149, che quantifica le risorse da destinare a tali sistemi premiali nella misura pari allo 0,25 per cento del finanziamento annuo del Servizio Sanitario Nazionale;

Visto il decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68, emanato in attuazione della legge 5 maggio 2009, n. 42, recante disposizioni in materia di autonomia di entrate delle regioni a statuto ordinario, nonché di determinazione dei costi e fabbisogni standard nel settore sanitario e, in particolare, l'art. 26, concernente la determinazione del fabbisogno sanitario nazionale standard e l'art. 27, concernente la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali nel settore sanitario;

Visto l'art. 1 della legge 11 dicembre 2016, n. 232 (legge di stabilità 2017) ed in particolare: il comma 392, che ridetermina il livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2017 in 113.000 milioni di euro rettificato in diminuzione di 423 milioni di euro con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute del 5 giugno 2017 ai sensi del comma 394; il comma 393 che destina 1.000 milioni di euro per le seguenti finalità: comma 400, 325 milioni di euro per l'istituzione di un Fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto di medicinali innovativi; comma 401, 500 milioni di euro per l'istituzione del Fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei medicinali oncologici innovativi; comma 408, 100 milioni di euro finalizzati al concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto di vaccini ricompreso nel Nuovo Piano Nazionale Vaccini (NPNV); comma 409, 75 milioni finalizzati al concorso al rimborso alle regioni per gli oneri derivanti dai processi di assunzione e stabilizzazione del personale del Servizio Sanitario Nazionale;

Vista la normativa che stabilisce che le seguenti regioni e province autonome provvedono al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale nei propri territori senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato, ed in particolare l'art. 34, comma 3, della legge n. 724 del 1994 relativo alla regione Valle d'Aosta e alle province autonome di Trento e Bolzano, l'art. 1, comma 144, della legge n. 662 del 1996 relativo alla regione Friuli Venezia Giulia e l'art. 1, comma 836, della legge n. 296/2006 relativo alla Regione Sardegna;

Visto altresì l'art. 1, comma 830, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, ai sensi del quale la regione Siciliana compartecipa alla spesa sanitaria con un'aliquota pari al 49,11 per cento;

Considerato l'accordo politico raggiunto in sede di Conferenza delle regioni e province autonome in data 23 febbraio 2017, relativo alle risorse da accantonare per le quote premiali e alle risorse per la quota di riequilibrio, da prelevare dalla quota destinata agli obiettivi di PSN, nei termini trasmessi con nota n. 919 del 27 febbraio 2017 dal Presidente della Conferenza delle regioni e province autonome;

Vista la proposta del Ministro della salute concernente il riparto, tra le regioni e province autonome di Trento e Bolzano, delle risorse complessivamente disponibili per il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2017, pari a 111.752 milioni di euro, trasmessa con nota n. 13086-P del 22 novembre 2017;

Vista l'intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sancita nella seduta del 26 ottobre 2017 (Rep. atti n. 184/CSR) sulla proposta del Ministro della salute concernente il detto riparto per l'anno 2017;

Tenuto conto dell'esame della proposta svolto ai sensi del vigente regolamento di questo Comitato (art. 3 della delibera 30 aprile 2012, n. 62);

Vista la nota del 22 dicembre 2017, n. 6245-P, predisposta per la seduta del Comitato dalla Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per la programmazione e il coordinamento della politica economica, così come integrata dalle osservazioni del Ministero dell'economia e delle finanze,

acquisite in seduta, ed entrambe poste a base dell'esame della presente proposta nell'odierna seduta del Comitato;

Delibera:

1. Il livello del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato per l'anno 2017 ammonta ad euro 111.752.000.000 ed è articolato nelle seguenti componenti di finanziamento:

a) euro 108.948.660.735 sono destinati al finanziamento indistinto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) inclusa la quota destinata alla fibrosi cistica. Il finanziamento è ripartito e assegnato alle regioni e province autonome di Trento e Bolzano come da allegata tabella A, che costituisce parte integrante della presente delibera, ed è comprensivi di:

1. euro 494.000.000 finalizzati da specifiche norme di legge alle seguenti finalità:

1.1. euro 50.000.000 per la cura della dipendenza del gioco d'azzardo;

1.2. euro 69.000.000 finalizzati al rinnovo delle convenzioni con il Servizio Sanitario Nazionale;

1.3. euro 200.000.000 finalizzate al finanziamento dei maggiori oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale conseguenti alla regolarizzazione dei cittadini extracomunitari occupati in attività di assistenza alla persona e alle famiglie;

1.4. euro 100.000.000 per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto di vaccini ricompresi nel Nuovo Piano Nazionale Vaccini (NPNV);

1.5. euro 75.000.000 per il concorso al rimborso alle regioni degli oneri derivanti dai processi di assunzione e stabilizzazione del personale del Servizio Sanitario Nazionale;

2. euro 240.477.502, assegnati per la mobilità sanitaria nella seguente misura:

2.1. euro 191.849.214 a favore dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù;

2.2. euro 48.628.288 a favore dell'Associazione dei Cavalieri Italiani del Sovrano Militare Ordine di Malta;

b) euro 1.868.981.023 sono vincolati alle seguenti attività:

1. euro 1.500.000.000 per l'attuazione di specifici obiettivi individuati nel Piano Sanitario Nazionale. Detta somma è ripartita con delibera di questo Comitato, adottata in data odierna;

2. euro 40.000.000 per la medicina veterinaria. Detta somma sarà erogata sulla base di quanto previsto dall'art. 3 della legge 2 giugno 1988, n. 218;

3. euro 38.735.000 per borse di studio triennali per i medici di medicina generale. Detta somma è ripartita e assegnata con delibera di questo Comitato adottata in data odierna;

4. euro 30.152.000 a favore del Fondo per l'esclusività del rapporto del personale dirigente del ruolo sanitario. Detta somma è ripartita e assegnata con delibera di questo Comitato adottata in data odierna;

5. euro 30.990.000 per l'assistenza a extracomunitari irregolari. Detta somma è ripartita e assegnata con delibera di questo Comitato adottata in data odierna;

6. euro 6.680.000 per attività di medicina penitenziaria, che saranno trasferite dal Ministero della giustizia sulla base della ripartizione riportata nella colonna 1 dell'allegata tabella B che costituisce parte integrante della presente delibera;

7. euro 165.424.023 accantonati per il finanziamento della medicina penitenziaria. Detta somma è ripartita e assegnata con delibera di questo Comitato adottata in data odierna;

8. euro 55.000.000 per il finanziamento degli oneri derivanti dal completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari ai sensi del comma 7 dell'art. 3 -ter del decreto-legge n. 211 del 2011, convertito, con modificazioni, con legge del 17 febbraio 2012 n. 9. Detta somma è ripartita e assegnata con delibera di questo Comitato adottata in data odierna;

9. euro 2.000.000 per la revisione delle tariffe per prestazioni termali. Detta somma è ripartita e assegnata con delibera di questo Comitato adottata in data odierna;

c) euro 652.915.742 euro sono destinati al finanziamento delle seguenti attività e oneri di altri Enti:

1. euro 10.000.000 per il finanziamento degli oneri contrattuali dei bienni economici 2002-2003 e 2004-2005 del personale degli Istituti zooprofilattici sperimentali (tabella B, col. 2);

2. euro 3.000.000 per quota parte degli oneri contrattuali del biennio economico 2006-2007 del personale degli Istituti zooprofilattici sperimentali (tabella B, col. 3);

3. euro 265.993.000 per il funzionamento degli Istituti zooprofilattici sperimentali (tabella B, col. 4);
4. euro 146.412.742 per il concorso al finanziamento della Croce Rossa Italiana;
5. euro 2.000.000 per il finanziamento del Centro Nazionale Trapianti;
6. euro 173.010.000 per concorso al finanziamento delle borse di studio agli specializzandi;
7. euro 2.500.000 per pagamento delle rate di mutui contratti con la Cassa Depositi e Prestiti;
8. euro 50.000.000 per la formazione dei medici specialisti, ai sensi dell'art. 1, comma 424, della legge 27 dicembre 2013, n. 147;

d) euro 281.442.500 sono accantonati per essere ripartiti con successivo decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze sulla bozza del quale è stata sancita la prevista intesa della Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 26 ottobre 2017 (Rep. atti n. 184/CSR).

2. Il riparto delle fonti di finanziamento dei LEA, livelli essenziali di assistenza, comprensiva della quota finalizzata per ciascuna regione e province autonome di Trento e di Bolzano, è indicato nell'allegata tabella C, che costituisce parte integrante della presente delibera.

Roma, 22 dicembre 2017

Il Presidente: GENTILONI SILVERI

Il Segretario: LOTTI

Registrato alla Corte dei conti il 6 marzo 2018

Ufficio controllo atti Ministero economia e finanze, reg.ne prev. n. 209

STATISTICA

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 31 gennaio 2018.

Approvazione del Programma statistico nazionale 2017-2019. ((GU n. 66 del 20.3.18 s.o.)

PANORAMA REGIONALE

Bollettini Ufficiali regionali pervenuti al 25 MARZO 2018, arretrati compresi

AMMINISTRAZIONE REGIONALE

LAZIO

REG. REG.LE 22.3.18 n. 13 - Modifiche al regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 (Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale) e successive modifiche. (BUR n, 24 del 22.3.18)

NB

SI RIPORTA LA MODIFICA CONCERNENTE LA

DIREZIONE REGIONALE SALUTE E POLITICHE SOCIALI

Provvede alla pianificazione e all'organizzazione del servizio sanitario regionale e del sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuovendone la massima integrazione funzionale.

Provvede all'attuazione e alla regolamentazione, per quanto di propria competenza, dei livelli essenziali di assistenza.

Elabora le direttive per la predisposizione dei budget e dei piani strategici delle aziende sanitarie, dei policlinici universitari e degli I.R.C.C.S. e cura gli adempimenti connessi all'approvazione dei relativi bilanci di esercizio e al consolidamento contabile.

Cura l'organizzazione della rete ospedaliera e dei servizi territoriali, nonché la riorganizzazione delle strutture ospedaliere per soglie di efficienza.

Coordina, nell'ambito del piano della rete ospedaliera, l'implementazione delle reti di alta specialità. Definisce i sistemi di regolazione, direzione e controllo della fornitura di prestazioni e servizi sanitari da parte di soggetti privati e di soggetti accreditati.

Cura le attività connesse alla politica del farmaco, ivi compresi il controllo e il monitoraggio sulla spesa farmaceutica e le attività inerenti alla farmacovigilanza.

Cura l'elaborazione ed il monitoraggio dei programmi di ricerca.

Esercita le attività di controllo, di gestione e di monitoraggio della spesa sanitaria ed elabora le direttive in materia di contabilità generale e analitica, nonché i criteri di finanziamento degli enti del servizio sanitario regionale, curandone i rapporti economici anche con riferimento alla determinazione dei fabbisogni di forniture di beni e servizi.

Esercita le competenze in materia di gestione del personale dipendente del S.S.R. ivi compreso il personale dei policlinici universitari e il personale convenzionato.

Cura gli adempimenti connessi ai sistemi informativi relativi al S.S.R.

Cura l'integrazione socio-sanitaria e l'assistenza territoriale, compresa l'attività sanitaria correlata alle dipendenze e alla salute mentale e le competenze in tema di salute sui posti di lavoro.

Provvede alla definizione di programmi di prevenzione e di educazione sanitaria, nonché di specifici programmi di vaccinazione.

Cura le attività connesse alla sanità veterinaria e alla tutela degli animali.

Esercita, attraverso apposito servizio, le funzioni di vigilanza e ispettive in ordine al funzionamento del servizio sanitario regionale.

Provvede alla programmazione e alla definizione del piano socioassistenziale regionale individuando, in particolare, l'entità e le modalità di finanziamento del sistema integrato, il fabbisogno di strutture residenziali e semiresidenziali, le modalità per il coordinamento e l'integrazione dei servizi socio-assistenziali con quelli sanitari e con i servizi dedicati ai processi di inclusione sociale definendo sia modalità di partecipazione del Terzo settore, sia programmi innovativi di welfare di comunità.

Provvede alla programmazione e promozione degli interventi a sostegno della persona e della famiglia, con particolare riguardo agli interventi socio educativi per la prima infanzia e a sostegno della maternità e della genitorialità anche attraverso interventi finanziari a favore delle famiglie a basso reddito.

Cura gli adempimenti regionali in ordine agli interventi a sostegno della gestione degli asili nido. Programma, promuove e controlla gli interventi a sostegno delle fasce deboli della popolazione attraverso servizi, contributi economici e di sostegno.

Inoltre coordina, promuove e provvede, a livello territoriale, all'attuazione dell'integrazione dei servizi socioassistenziali e sanitari, e cura gli interventi regionali in favore dei giovani, degli anziani, dei disabili, dei disagiati psichici, dei tossicodipendenti, degli alcolisti, dei dipendenti da gioco patologico, delle donne vittime di violenza, dei detenuti ed ex detenuti, degli immigrati, degli emigrati laziali all'estero, delle popolazioni Rom, Sinti, Caminanti, delle altre minoranze etniche e di tutte le altre categorie sociali deboli.

Provvede alla definizione dei requisiti minimi e delle procedure per l'autorizzazione al funzionamento delle strutture e dei servizi socioassistenziali, nonché degli indirizzi agli enti locali per l'esercizio dell'attività di vigilanza.

Cura gli adempimenti relativi ai Piani di zona.

Provvede alle attività relative alla pianificazione degli interventi di promozione e sostegno delle organizzazioni di volontariato, dell'associazionismo e della cooperazione sociale.

Cura la tenuta dei registri regionali delle organizzazioni di volontariato, delle associazioni di promozione sociale, nonché la tenuta dell'albo regionale delle cooperative sociali.

Fornisce attività di supporto agli organismi rappresentativi del Terzo settore previsti da normative statali o regionali.

Cura le iniziative e le attività volte a sostenere l'Impresa sociale nel Lazio e ne gestisce i relativi bandi.

Cura azioni per lo sviluppo della qualità complessiva dei soggetti che operano nel campo sociale.

Provvede agli adempimenti inerenti le competenze regionali in materia di servizio civile.

Cura la tenuta dell'albo regionale e le procedure di accreditamento degli enti e delle organizzazioni che svolgono attività in materia di servizio civile.

Effettua la valutazione dei progetti di competenza regionale in materia, nonché il monitoraggio delle diverse fasi attuative.

Coordina e gestisce il funzionamento degli Osservatori sulla famiglia e sulla povertà.

Effettua studi ed analisi e sperimenta specifiche metodologie di ricerca, analisi e diffusione di modelli innovativi finalizzati al contrasto della povertà e dell'esclusione sociale.

Cura l'attività relativa allo studio ed alla ricerca nel settore dei servizi sociali.

Espleta attività di censimento, promozione e facilitazione delle reti di supporto formale e informale che operano sulle tematiche sociali inerenti la povertà nel territorio regionale.

Promuove forme di confronto e collaborazione con le associazioni e gli altri soggetti che operano a favore delle persone e delle famiglie in stato di indigenza.

Avvia attività di formazione e aggiornamento sulle tematiche sociali rivolta agli operatori delle associazioni che operano nel settore.

Attua le politiche di genere, promuove la diffusione delle condizioni di parità e della cultura delle pari opportunità. Organismo intermedio per la gestione FSE – POR 2014/2020.

Provvede alle attività, ai programmi ed alle iniziative nel campo dello sport e dell'attività motoria. Sostiene programmi e iniziative per la promozione e la diffusione delle diverse discipline sportive e promuove un adeguato sviluppo dell'impiantistica sportiva.

Provvede a tutti gli adempimenti concernenti l'erogazione dei finanziamenti.

ANZIANI

BASILICATA

DGR 26.2.18, n.175 - PO FSE Basilicata 2014-2020 - Asse 2 priorità 9iv - Obiettivo specifico 9.3 - Azione 9.3.6 - Approvazione avviso pubblico per la presentazione di proposte progettuali a sostegno della domiciliarità e dell'autogoverno per persone con limitazioni nell'autonomia (BUR n. 12 del **16.3.18**)

Note

INTRODUZIONE NORMATIVA

I riferimenti normativi per la definizione del presente provvedimento sono:

- Legge regionale del 16 novembre 2009, n.40 "Disciplina delle Associazioni di Promozione Sociale";
- Legge regionale 20 marzo del 2015, n.12 "Promozione e sviluppo della Cooperazione";
- Legge 6 giugno 2016, n.106 "Delega al Governo per la riforma del Terzo settore, dell'impresa sociale e per la disciplina del servizio civile universale. (16GOO1181 (GU Serie Generale n.141 del 18-06-2016)" e i decreti legislativi attuativi;
- Legge 15 marzo 2017, n.33 "Delega recante norme relative al contrasto della povertà, al riordino delle prestazioni e al sistema degli interventi e dei servizi sociali" e i decreti legislativi attuativi;
- Decreto Legislativo 3 luglio 2017, n.117 ·Codice del Terzo Settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b l, della Legge 16 giugno 2016, n.106";
- Decreto Legislativo 3 luglio 2017, n.112 " Revisione della normativa in materia di impresa sociale, a norma dell'articolo 2, comma 2, lettera cl della -Legge 16 giugno 2016, n.106";
- Legge Regionale 20 novembre 2017, n.29 - Promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra generazioni.

PREMESSA

Il miglioramento delle condizioni di salute, i progressi della medicina, la vita media più elevata, i maggiori livelli di istruzione e di benessere hanno contribuito a rendere la condizione anziana una fase del ciclo di vita sempre più lunga e articolata.

I più recenti dati ISTAT documentano nella regione Basilicata, a seguito del calo demografico registrato nel decennio 2006-2016, un aumento dell'età media della popolazione che è passata dai 41,4 anni del 2006 ai 45,2 anni della stima 2017.

Oltre a persone attive e autonome, protagoniste delle loro famiglie e delle comunità di riferimento, sono presenti anche persone anziane non autosufficienti o in condizione di fragilità variabile.

Nei casi di non completa autonomia, è necessario riconoscere alle persone anziane il proprio ruolo nella comunità e assicurare loro la partecipazione alla vita sociale, civile, economica e culturale favorendo la costruzione di percorsi per il loro autogoverno e per il loro benessere, nell'ambito dei propri e abituali contesti di vita.

Sostenendo politiche integrate in favore di coloro che vedono parzialmente compromesse le proprie capacità funzionali e di autosufficienza, vengono contrastati fenomeni di esclusione e viene garantita una dignitosa condizione di vecchiaia;

In tale contesto il Programma FSE 2014-2020 assume un ruolo strategico nel perseguire azioni che siano dirette a promuovere l'inclusione e l'integrazione, in particolare di quei segmenti della popolazione anziana maggiormente vulnerabile e a rischio di emarginazione, con l'obiettivo di garantire la qualità relazionale, il mantenimento della rete dei rapporti familiari e di vicinato o rimandare la comparsa di ulteriori fattori che possano deteriorare la qualità della vita della persona fragile.

Le politiche regionali sono orientate:

- al miglioramento della qualità della vita nel corso dell'invecchiamento
- a privilegiare il domicilio della persona
- a prevenire la disabilità e la non autosufficienza
- ad assicurare appropriatezza di cura e rispondenza del regime assistenziale e dei piani di trattamento ai bisogni specifici, in maniera uniforme ed omogenea sull'intero territorio regionale.

Destinatari dei suddetti interventi sono le persone anziane in condizione di svantaggio e di particolare vulnerabilità e fragilità sociale, con età uguale o >75 anni e che vivono nel proprio domicilio, sebbene con accertata compromissione funzionale-cognitiva lieve tale da pregiudicare la cura di sé, dell'ambiente domestico e provocare solitudine relazionale.

A tale riguardo le risorse europee sono il Programma Operativo - PO FSE Basilicata 2014-2020, Asse 2, Priorità di investimento 9.iv-Miglioramento all'accesso a servizi accessibili, sostenibili e di qualità, compresi servizi sociali e cure sanitarie di interesse generale"Obiettivo specifico 9.3-Miglioramento/consolidamento/qualificazione dei servizi di cura socio-educativi rivolti ai bambini e dei servizi di cura rivolti a persone con limitazioni dell'autonomia ha previsto specificatamente l'Azione 9.3.6- Implementazione di buoni servizio per servizi a persone con limitazioni nell'autonomia.

Viene pertanto ravvisata la necessità, con riferimento alla citata Azione 9.3.6 e nell'ottica di promuovere il benessere delle persone anziane, di sollecitarne la partecipazione al contesto della comunità e di valorizzare le aggregazioni e le reti familiari, sviluppando percorsi personalizzati di accompagnamento per coloro che sono a rischio di emarginazione e versano in condizioni di fragilità economica e sociale.

LA DISPOSIZIONE

Viene approvato l' Avviso pubblico per la "Presentazione di proposte progettuali a sostegno della domiciliarità e dell'autogoverno per persone con limitazioni dell'autonomia" con l'obiettivo di rispondere in maniera adeguata ai bisogni concreti della vita quotidiana delle persone anziane nella logica dell'integrazione, adottando un approccio sperimentale/innovativo per il tramite di servizi ad alta intensità di socializzazione e significativi effetti sulla qualità della vita e sulle capacità funzionali e relazionali, anche grazie a esperienze di carattere ludico, espressivo e ricreativo.;

L'Avviso è finanziato con le risorse del PO FSE Basilicata 2014-2020 a valere sull'Asse 2, Priorità di investimento 9.iv-Miglioramento all'accesso a servizi accessibili, sostenibili e di qualità, compresi servizi sociali e cure sanitarie di interesse generale" - Obiettivo specifico 9.3

L'onere complessivo è di €1.000.000,00 (un milione).

ASSISTENZA PENITENZIARIA

LIGURIA

21.2.18 n. 104 - Recepimento dell'Accordo approvato in sede di Conferenza Unificata "Piano nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti" (Rep. Atti 81/CU del 27 luglio 2017). (BUR n. 11 del 14.3.18)

Note

Viene recepito l'Accordo approvato in Conferenza Unificata il 27/7/2017 (Rep. Atti 81/CU del 27 luglio 2017) "Piano nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti" allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale (a cui si fa rinvio)

DIFESA DELLO STATO

BASILICATA

DGR 29.1.18, n.70 - Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2018 2020 - Approvazione. (BUR n. 12 del 16.3.18)

Note

Viene approvato, ai sensi dell'art. 1, c.8 della Legge 190/2012 e s.m.i., il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza della Regione Basilicata (area istituzionale della Giunta Regionale) per il periodo 2018-2020, predisposto dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza per l'area della Giunta Regionale ed allegato al presente provvedimento per costituirne parte integrante e sostanziale (a cui si fa rinvio).

LAZIO

DGR 21.3.18, n. 173 Nomina Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Responsabile della Trasparenza della Regione Lazio, ai sensi della legge 6 novembre 2012, n. 190. (BUR n. 24 del 22.3.18)

Note

Viene nominato, quale Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Responsabile della Trasparenza per la Regione Lazio, il Dott. Andrea Tardiola, Segretario Generale della Giunta regionale del Lazio, ai sensi dell'art. 1 della legge n. 190/2012 e dell'art. 43 del d.lgs. n. 33/2013;

EDILIZIA

FRIULI V.G.

DGR 23.2.18, n. 343 LR 1/2016, art. 4. Piano annuale 2018 di attuazione del Programma regionale delle politiche abitative. Approvazione definitiva. (BUR n. 11 del 14.3.18)

Note

PREMESSA

La legge regionale 19 febbraio 2016, n. 1 (Riforma organica delle politiche abitative e riordino delle Ater) dispone, tra l'altro, che:

- la Regione riconosce il valore primario del diritto all'abitazione quale fattore fondamentale di inclusione, di coesione sociale e di qualità della vita, promuovendo ogni forma d'intervento per l'esercizio effettivo di tale diritto, disciplinando in modo organico il sistema regionale dell'intervento pubblico nel settore abitativo;
- le politiche abitative della Regione sono tese a sostenere l'accesso a un alloggio adeguato, in locazione o in proprietà come prima casa ai cittadini della Regione, in particolare alle fasce deboli della popolazione, prioritariamente mediante l'incremento dell'offerta di alloggi da destinarsi a prima casa e da realizzarsi nel rispetto dei criteri di efficienza energetica e di riduzione delle emissioni

inquinanti, con il coinvolgimento di capitali pubblici e privati promuovendo, altresì, azioni innovative del costruire e dell'abitare;

- la Regione esercita le funzioni di indirizzo, programmazione, coordinamento e verifica delle linee strategiche e degli interventi riguardanti il settore abitativo ampiamente inteso;
- la Giunta regionale predispone, con cadenza triennale, il Programma regionale delle politiche abitative quale documento di riferimento per il coordinamento delle azioni e della spesa, sulla base delle indicazioni emerse nell'ambito dell'attività svolta dalla Commissione regionale per le politiche socio abitative di cui all'articolo 5 della legge regionale 1/2016, nella quale trovano espressione e sintesi le istanze di tutto il territorio regionale, alla luce delle necessità abitative emergenti sul territorio regionale valutate anche sulla base dei dati forniti dall'Osservatorio di cui all'articolo 6, riscontrate dai Tavoli territoriali per le politiche abitative di cui all'articolo 8, quali organismi di supporto all'attività della Commissione stessa;
- nel rispetto delle determinazioni assunte nel Programma regionale la Giunta regionale approva, con cadenza annuale, sentita la Commissione consiliare competente, il Piano annuale di attuazione che indica le azioni da porre in essere e ripartisce le risorse.

Con la deliberazione della Giunta regionale n. 1952 del 13 ottobre 2017 è stato approvato in attuazione dell'articolo 4 comma 1 della L.R. 1/2016 il "Programma regionale delle politiche abitative" 2017/2019, quale documento di coordinamento delle azioni regionali da sostenere prioritariamente nell'ambito delle politiche abitative nel triennio 2017-2019.

LA DISPOSIZIONE

In attuazione dell'articolo 4, comma 4, della legge regionale 19 febbraio 2016, n. 1 (Riforma organica delle politiche abitative e riordino delle Ater) è approvato in via definitiva il "Piano annuale di attuazione 2018", che indica le azioni da porre in essere e la ripartizione delle risorse nel testo allegato

ALLEGATO

PIANO ANNUALE DI ATTUAZIONE 2018

(articolo 4, comma 4, legge regionale n. 1/2016)

Con deliberazione n. 1952 del 13 ottobre 2017 la Giunta regionale ha approvato in via definitiva il Programma regionale delle politiche abitative 2017/2019, previsto dall'articolo 4 della legge regionale 19 febbraio 2016, n. 1 (Riforma organica delle politiche abitative e riordino delle Ater), quale documento di coordinamento delle azioni regionali da sostenere prioritariamente nell'ambito delle politiche abitative nel triennio e con il quale sono state stabilite:

- le linee di indirizzo per le politiche abitative;
- le priorità da attribuire alle azioni regionali individuate ai fini del soddisfacimento dei fabbisogni abitativi rilevati, per singoli ambiti intercomunali e per tipologie d'intervento;
- i criteri generali per la ripartizione delle risorse finanziarie tra le azioni individuate tenendo conto delle politiche abitative adottate e finanziate a livello nazionale, in modo da promuoverne il ricorso in via prioritaria;
- le modalità di raccordo con le azioni già programmate, ai sensi della legislazione vigente, con particolare attenzione alle politiche abitative attuate e finanziate a livello nazionale, in modo da evitare la sovrapposizione di strumenti e incentivare il ricorso ai fondi statali.

Punto di forza per l'individuazione dei bisogni abitativi sul territorio del Friuli Venezia Giulia e la determinazione delle rispettive priorità è stata l'istituzione dei 18 Tavoli territoriali per le politiche abitative, previsti dall'articolo 8 della legge regionale 1/2016, al fine di svolgere funzioni consultive di area vasta e rappresentare in sede di Commissione regionale per le politiche socio abitative le esigenze dei rispettivi territori - tenuto conto delle richieste pervenute tramite lo Sportello risposta casa e sulla base dell'analisi dei dati e delle informazioni sul fabbisogno abitativo elaborate dall'Osservatorio regionale sulle politiche abitative - intervenendo, in tal modo, nel processo di definizione delle politiche abitative promosse dalla Regione.

Le istanze del territorio, provenienti da Comuni, Ater, privato sociale (Onlus), privati (convenzionata) e ASP hanno evidenziato la volontà di coniugare, per lo più, la riqualificazione del patrimonio edilizio alla necessità di sostenere le fasce più deboli di utenza.

Il Programma triennale ha quindi evidenziato la necessità di rinforzare l'incremento dell'offerta di alloggi da destinarsi a prima casa a favore delle fasce economicamente più deboli della popolazione, ed ha quindi individuato le seguenti linee di indirizzo, sostenendo:

- l'incremento di alloggi di ERP;
- i cittadini della Regione nell'acquisizione della prima casa;
- i conduttori meno abbienti nel pagamento del canone di locazione;
- la riqualificazione del patrimonio immobiliare pubblico e privato;
- gli interventi per il miglioramento, la fruibilità e l'accessibilità degli spazi abitativi e per altre forme innovative del costruire e dell'abitare.

Con deliberazione n. 1953 del 13 ottobre 2017 la Giunta regionale ha approvato in via definitiva il Piano annuale 2017 di attuazione delle politiche abitative, previsto dall'articolo 4, comma 4, della legge regionale 1/2016, con il quale sono state indicate le azioni da porre in essere e la ripartizione delle risorse.

Si ritiene che il Programma regionale delle politiche abitative 2017/2019 non necessiti di revisione, stante il breve lasso di tempo trascorso dalla sua approvazione nello scorso mese di ottobre, e pertanto, in conformità alle linee di indirizzo del Programma stesso, per l'anno 2018 e in continuità con il Piano 2017 si intendono sostenere prioritariamente:

- l'incremento di alloggi da destinarsi alle fasce deboli della popolazione rispetto ad interventi di sola manutenzione di alloggi già occupati;
- le azioni maggiormente richieste dai Tavoli territoriali – iniziative di coabitare sociale e forme innovative avanzate da Comuni, privato sociale, Ater - anche a completamento di interventi già sostenuti con il Piano annuale 2017, confermando nel contempo la ricerca di una più rapida fattibilità delle proposte;
- il sostegno diretto rispetto al rinnovato interesse nei confronti dell'edilizia convenzionata - che è stata profondamente riformata con la legge regionale 1/2016 e il regolamento attuativo emanato con D.P.Reg. 28 marzo 2017, n. 070/Pres. - laddove iniziative già avviate o in corso d'avvio giungeranno al punto da consentire l'individuazione degli assegnatari/acquirenti (essendo probabile che ciò avvenga nel corso del 2018, la pianificazione ne deve tener conto fin d'ora ai fini della ripartizione delle risorse);
- il finanziamento delle domande di edilizia agevolata, a copertura totale di tutte le richieste pervenute nel 2017 e stimata fino al 30.03.2018.

Quanto sopra non potrà esimersi dalla valutazione dei costi delle iniziative, come saranno rappresentate, affinché gli stanziamenti pubblici raggiungano la maggior efficacia rispetto alle necessità dei territori.

Pertanto, in attuazione dell'articolo 4, comma 4, della legge regionale 1/2016, si indicano le azioni da porre in essere per il 2018 con la conseguente ripartizione delle risorse allocate sul capitolo 3300, quale quota parte dello stanziamento complessivo di euro 65.037.387,82 come di seguito evidenziato:

CAPITOLO 3300 AZIONE NORMA DI RIFERIMENTO STANZIAMENTO

Edilizia sovvenzionata articolo 16 legge regionale 1/2016 4.000.000,00 Edilizia convenzionata in proprietà articolo 17 legge regionale 1/2016 2.000.000,00

Edilizia convenzionata ATER articolo 17 legge regionale 1/2016 1.300.000,00

Edilizia agevolata articolo 18 legge regionale 1/2016 18.027.387,82 Coabitare sociale articolo 25 legge regionale 1/2016 5.000.000,00

Forme innovative articolo 26 legge regionale 1/2016 10.000.000,00 TOTALE 40.327.387,82

FONDI GIÀ DESTINATI DAL BILANCIO 2018 AZIONE CAPITOLO DI SPESA STANZIAMENTO

OPA (Osservatorio Politiche abitative), eventuali pubblicazioni 196 10.000,00
 ATER - interventi per adeguamento alloggi non locabili 2128 2.500.000,00 ATER - Fondo sociale
 2900 13.200.000,00 Sostegno alle locazioni L. 431/98 - procedure vecchio regolamento 3230
 8.000.000,00 Sostegno ai proprietari di seconde case per alloggi da adibire a locazione 3301
 1.000.000,00 TOTALE 24.710.000,00

Le iniziative riconducibili agli articoli 25 (coabitare sociale) e 26 (forme innovative) della legge regionale 1/2016, fermi restando i valori limite previsti dalle discipline di settore, potranno essere finanziate nelle seguenti misure percentuali:

- 100% della spesa ammissibile per le iniziative da avviare da parte di enti pubblici;
- 100% della spesa ammissibile per le iniziative di soggetti diversi dagli enti pubblici, riguardanti unità abitative oggetto di progetti socio-assistenziali a carattere residenziale per i quali sono state avviate le relative procedure di convenzione con i Comuni, le Aziende di servizi per la persona o le Aziende per l'assistenza sanitaria;
- 50% della spesa ammissibile per le iniziative di soggetti diversi dagli enti pubblici non rientranti nel precedente punto.

FAMIGLIA

EMILIA ROMAGNA

DGR 26.2.18, n. 276 - Approvazione progetto per la conciliazione vita-lavoro: sostegno alle famiglie per la frequenza di centri estivi - FSE 2014-2020 - OT. 9 - Asse II inclusione - Priorità 9.4 (BUR n. 59 del 16.3.18)

Note

L'esigenza di supporto alle famiglie e alla conciliazione tra i tempi di vita e i tempi di lavoro non si esaurisce dopo i primi anni di vita dei figli e, pur modificandosi nelle modalità e nella manifestazione dei bisogni, permane nel tempo.

Uno dei tempi maggiormente difficoltoso da gestire è certamente il tempo extrascolastico e, in particolare, quello di sospensione delle attività scolastiche.

Si sta assistendo ad un aumento della "povertà educativa" dei bambini e dei ragazzi, e che tra le prime spese familiari, a subire una flessione a fronte di un calo di reddito, si trovano, oltre alle spese sanitarie, le spese per istruzione e cultura.

La programmazione di servizi che possano integrare l'offerta scolastica risulta strategica sia per sostenere le famiglie, nelle azioni di conciliazione cura-lavoro, sia per offrire al più ampio numero di bambini e ragazzi esperienze ricreative e culturali ricche e stimolanti.

I comuni e le loro forme associative intervengono per offrire alle famiglie e agli alunni iniziative nei periodi di sospensione scolastica sia attraverso una gestione diretta di centri estivi sia attraverso la promozione di iniziative gestite da soggetti attivi nel territorio.

Con propria deliberazione n. 247 del 26/2/2018 è stata approvata la Direttiva per l'organizzazione e lo svolgimento dei soggiorni di vacanza socioeducativi in struttura e dei centri estivi, ai sensi della L.R. 14/2008, art. 14 e ss.mm.

Viene ritenuto opportuno, attraverso l'abbattimento delle rette sostenute dalle famiglie, sostenere la qualificazione e l'allargamento dell'offerta di centri estivi per ampliare la possibilità di accesso degli alunni a questi servizi, che favoriscono la conciliazione vita-lavoro e rappresentano una potenzialità educativa da rendere disponibile a tutti.

Nell'ambito della priorità di investimento 9.4 del Programma Operativo FSE 2014-2020, la Regione intende attivare misure di conciliazione vita-lavoro al fine di favorire l'inclusione lavorativa e sociale delle persone attraverso incentivi economici volti a sostenere l'accesso ai servizi educativi e ai servizi all'infanzia quale condizione di integrazione e di inclusione, per conciliare e favorire la ricerca, l'inserimento e la permanenza nel mercato del lavoro e per contrastare ogni forma di discriminazione e marginalità sociale.

LA DISPOSIZIONE

Viene approvato il progetto di cui all'Allegato 1), parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, "Progetto per la conciliazione vita-lavoro: sostegno alle famiglie per la frequenza di centri estivi. FSE 2014-2020 – OT. 9 – Asse II inclusione – Priorità 9.4" (a cui si fa rinvio), per sostenere l'accesso da parte delle famiglie a servizi che favoriscono la conciliazione vita-lavoro nel periodo di sospensione estiva delle attività scolastiche/educative e che costituiscono reali occasioni di apprendimento ed effettivi strumenti di integrazione e opportunità esperienziali utili alla crescita dei bambini e dei ragazzi, nonché per contribuire ad ampliare la progettualità territoriale impegnata a definire il Programma triennale dei Piani di zona per la salute ed il benessere ed il relativo Piano attuativo annuale.

Tale progetto è stato elaborato e condiviso con l'Assessorato alle Politiche di Welfare e Politiche abitative.

LAZIO

DGR 2.3.18, n. 148 Adozione e diffusione delle Linee di indirizzo per l'Affidamento Familiare approvate in Conferenza Unificata rep. atti. n. 123 del 25 ottobre 2012.(BUR n, 24 del 22.3.18)

Note

INTRODUZIONE NORMATIVA

Legge 8 novembre 2000, n.328: "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";

Legge n.184/83 «Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori», modificata con la Legge del 28 marzo 2001, n.149;

Legge regionale 10 agosto 2016, n. 11 "Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio";

Linee di indirizzo per l'Affidamento Familiare approvate in Conferenza Unificata rep. atti 123 del 25 ottobre 2012;

Deliberazione di Giunta Regionale del 26 aprile 2017, n. 214 "Legge regionale 10 agosto 2016 n. 11, art. 47 comma 2. Approvazione della proposta del Piano sociale regionale denominato "Prendersi cura, un bene comune".

PREMESSA

Il Piano sociale regionale affronta, fra gli altri, il tema della prevenzione degli allontanamenti e la tutela dei minori, con particolare attenzione alla tematica dell'affido familiare.

Con determinazione n. G11510 del 10 agosto 2017, è stato istituito il "Tavolo regionale del Lazio per la prevenzione degli allontanamenti e la tutela dei minori".

Il "Tavolo regionale del Lazio per la prevenzione degli allontanamenti e la tutela dei minori" ha, individuato fra i propri obiettivi per il 2018, quello di invitare la Regione Lazio a recepire le linee di indirizzo sull'affidamento familiare approvate in sede di Conferenza Unificata con atto n. 123 del 25 ottobre 2012 al fine di sensibilizzare gli enti interessati all'affido e alla tutela dei minorenni all'attuazione delle raccomandazioni e delle buone prassi in esse contenute e promuovere la sensibilizzazione e la formazione degli operatori dei servizi pubblici e del personale del terzo settore coinvolto in tali ambiti.

La Regione Lazio ha altresì partecipato alla sperimentazione e all'attuazione della programmazione del modello di intervento P.I.P.P.I. (Programma di Interventi Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione) attuando una serie di interventi per la prevenzione e per la tutela dei minorenni e delle famiglie fragili-

LA DISPOSIZIONE

Vengono adottate le Linee di indirizzo per l'Affidamento Familiare sopracitate allegate alla presente delibera come importante strumento di indirizzo per la realizzazione dei programmi e dei progetti di affidamento familiare e per la prevenzione degli allontanamenti.

Vengono diffuse, anche attraverso una formazione specifica indirizzata agli operatori sociosanitari della Regione Lazio, le suddette Linee di indirizzo per l'Affidamento Familiare al fine di

intraprendere un percorso di attuazione delle buone pratiche e di sperimentazione di nuovi modelli e progetti su tutto il territorio della Regione Lazio nel campo dell'affidamento e della tutela dei minori.

Linee di indirizzo per l’Affidamento Familiare

Conferenza Unificata rep. atti n. 123 del 25 ottobre 2012

NB

SI FA RINVIO ALLA LETTURA INTEGRALE DEL TESTO

DGR 23.3.18, n. 17-6507 Disposizioni per l'adesione della Regione Piemonte all'Avviso pubblico della Presidenza del Consiglio dei Ministri- Dipartimento Politiche per la Famiglia pubblicato il 29 dicembre 2017 per il finanziamento di progetti afferenti le politiche per la famiglia anche in attuazione degli esiti della Conferenza nazionale sulla Famiglia del 28/29 settembre 2017. (BUR n. 11 del 15.3.18)

Note

PREMESSA

La L.R. n. 1/2004, all’art. 42 prevede: “al fine di sostenere gli impegni e le reciproche responsabilità dei componenti della famiglia, la Regione promuove e incentiva l'istituzione, da parte dei comuni, in raccordo con i consultori familiari, di centri per le famiglie, aventi lo scopo di fornire informazioni e favorire iniziative sociali di mutuo aiuto, inseriti o collegati nell'ambito dei servizi istituzionali pubblici dei soggetti gestori delle funzioni socio-assistenziali”.

La Regione Piemonte ha realizzato una serie di iniziative ascrivibili alle finalità sopra richiamate, tra le quali l’istituzione dei Centri per le Famiglie.

L’ISTITUZIONE DEI CENTRI PER LE FAMIGLIE

A partire dall’anno 2004, con D.G.R. n. 119-14118 del 22.11.2004, sono stati assegnati finanziamenti specifici ai Soggetti gestori delle funzioni socio-assistenziali, i quali, in raccordo con i Consultori Familiari operanti presso le AA.SS.LL. di riferimento, sono stati chiamati a realizzare attività riconducibili ad alcuni principali obiettivi , tra i quali la creazione di una struttura specifica, denominata Centro per le Famiglie, cui ricondurre tutte le attività erogate su un determinato territorio. I Centri per le Famiglie sono diventati punti di riferimento importanti per le famiglie del territorio, coinvolgendo, nella maggior parte dei casi, associazioni ed organismi del terzo settore no profit;

i Centri per le Famiglie hanno maturato nel corso degli anni una significativa esperienza e a livello regionale e si è delineato un quadro molto articolato per la varietà di esperienze, la molteplicità dei modelli organizzativi e la pluralità di attività e metodologie proposte dai Centri per le Famiglie dovuti alle connotazioni specifiche del territorio.

LA PECULIARITÀ OPERATIVA ;

I referenti e gli operatori dei Centri per le Famiglie hanno sviluppato un proprio percorso, con scambio di esperienze e di prassi adottate, realizzato iniziative e momenti di incontro, di confronto e di approfondimento, contribuendo a sostenere ed a caratterizzare, con sempre maggior specificità, i Centri per le Famiglie quale importante risorsa di tipo preventivo, promozionale e di sostegno per le famiglie stesse.

IL COORDINAMENTO REGIONALE

Con DGR n. 25-1255 del 30 marzo 2015, è stato istituito il “Coordinamento regionale dei Centri per le Famiglie” ai sensi dell’art. 42 della LR n. 1 del 2004, quale tavolo permanente di lavoro e confronto sull’attività dei Centri per le Famiglie e, più in generale, sulle politiche a favore delle famiglie.

LE LINEE GUIDA

Con DGR n. 89-3827 del 04.08.2016 sono state approvate le “Linee guida inerenti finalità e funzioni dei Centri per le Famiglie in Piemonte. Approvazione ai sensi della DGR n. 25-1255 del 30.3.2015”.

L’AVVISO PUBBLICO

In data 29.12.2017 la Presidenza del Consiglio dei Ministri- Dipartimento Politiche per la Famiglia ha pubblicato un avviso pubblico per il finanziamento di progetti, anche di carattere innovativo, afferenti le politiche per la famiglia, riconducibili a sei precise linee di intervento e precisamente:

- A. “Conciliazione dei tempi di vita tra famiglia e lavoro”
- B “Invecchiamento attivo e solidarietà fra le generazioni - Intergenerazionalità”
- C .“Sostegno alle famiglie in condizioni di fragilità”
- D “Promozione di contesti sociali ed economici family friendly”;
- E. “Inclusione sociale dei minori e dei giovani”;
- F. “Sostegno ai minori vittime di violenza assistita, agli orfani di crimini domestici e alle loro famiglie affidatarie”;

I progetti da candidare sul presente Avviso pubblico sono volti, tra l’altro, a dar seguito alle esigenze emerse all’esito della Terza Conferenza Nazionale sulla Famiglia del 28 e 29 settembre 2017 in tema di valutazione dell’impatto familiare dei servizi per le famiglie, potenziando le capacità d’intervento degli attori pubblici e del privato sociale per fornire adeguate risposte alle situazioni di fragilità e complessità delle famiglie, in linea con gli standard europei ed internazionali.

LA SPECIFICITÀ DELL’AVVISO E LE RISORSE

L’Avviso pubblico del Dipartimento Politiche per la Famiglia prevede per la linea di intervento “D “Promozione di contesti sociali ed economici family friendly” risorse pari a euro 1.350.000,00 per l’intero territorio nazionale da assegnarsi al finanziamento di progetti della durata massima di 18 mesi, per un importo massimo finanziabile pari a 250.000,00 euro per ciascun progetto, non prevedendo obbligo di cofinanziamento a carico del soggetto proponente e dei soggetti partner.

L’AZIONE DELLA REGIONE

Da molti anni la Regione Piemonte, in stretta sinergia con la rete degli enti locali, è impegnata nella promozione sul territorio dei Centri per le Famiglie che sono servizi in grado di:

- fondare la propria operatività sullo sviluppo di politiche e servizi innovativi per le famiglie e a sostegno della genitorialità;
- radicarsi nel sistema dei servizi territoriali, integrando e completando la rete di interventi offerti alle famiglie dai servizi sociali, sanitari ed educativi, e del privato sociale;
- promuovere prioritariamente il ruolo attivo delle famiglie nella società, attraverso le sue diverse rappresentanze.

IL RAPPORTO CON L’UNIVERSITÀ CATTOLICA DI MILANO

Per garantire l’ulteriore sviluppo dell’esperienza avviata, appare opportuno aderire ad un progetto promosso dall’Università Cattolica di Milano – Centro di Ateneo Studi e Ricerche sulla Famiglia riguardante l’applicazione del modello dell’impatto familiare (Family impact Lens, già ampiamente in uso negli Stati Uniti d’America) presso un campione significativo (tra 8 e 10) di Centri per le Famiglie del territorio regionale.

IL PROGETTO

Il progetto intende fornire- attraverso l’attivazione di tavoli di lavoro sull’impatto familiare condotti con le famiglie del territorio - specifiche competenze ai Centri per le Famiglie per condurre “processi di partecipazione e di cittadinanza attiva volti a creare alleanze educative e sistemi di welfare locale a forte sussidiarietà”, così come indicato nelle linee guida regionali di cui alla DGR n. 89-3827 del 04.08.2016, in modo che i Centri per le famiglie divengano i centri propulsori a livello locale della politica organica ed integrata volta a promuovere la famiglia nello svolgimento delle sue funzioni sociali, così come previsto dall’art. 41 della LR1/2004.

LA SCADENZA

La data di scadenza per la candidatura del progetto da parte dell’Università Cattolica di Milano – Centro di Ateneo Studi e Ricerche sulla Famiglia, quale soggetto capofila proponente, al Dipartimento Politiche per la Famiglia è fissata per il 28 febbraio 2018.

L’ADESIONE

Viene approvata l’adesione in qualità di partner della Regione Piemonte, ad un progetto a valere sull’Avviso pubblico Linea d’intervento D pubblicato il 28.12.2017 dal Dipartimento Politiche della

Famiglia della Presidenza del Consiglio dei Ministri, entro il termine stabilito del 28 febbraio 2018, secondo la scheda progettuale di cui all'allegato 1

In caso di ammissione a finanziamento, la scelta dei Centri per le Famiglie che saranno attivamente coinvolti nel progetto sarà effettuata secondo il criterio della rappresentatività territoriale (almeno un Centro per ciascun ambito provinciale), e dell'esperienza maturata nella specifica area di intervento individuata per la progettazione.

L'Avviso pubblico del Dipartimento Politiche della Famiglia, prevede per Linea di intervento D risorse pari a euro 1.350.000,00 per l'intero territorio nazionale, da assegnarsi al finanziamento di progetti della durata massima di 18 mesi, per un importo massimo finanziabile pari a 250.000,00 euro per ciascun progetto, non prevedendo obbligo di cofinanziamento a carico del soggetto proponente e dei soggetti partner;

Allegato 1

Scheda di partenariato

Titolo del progetto: I Centri per le famiglie. Snodo dell'impatto familiare.

Ente proponente: Università Cattolica del Sacro Cuore (UCSC), Milano

Enti partner: Centro Internazionale Studi Famiglia (CISF) Regione Piemonte Forum Associazioni Familiari Piemonte

Sintesi del progetto Il progetto si propone di creare nella Regione Piemonte il primo laboratorio di sperimentazione in Italia, su scala regionale, del Modello dell'impatto familiare, presentato nell'ambito della Conferenza nazionale della Famiglia dall'Università Cattolica, capofila del presente progetto, come strumento per la progettazione e la valutazione delle politiche e pratiche locali con particolare riguardo alle famiglie con minori.

Nello specifico, il progetto si pone l'obiettivo di applicare i criteri e la metodologia proposti dal Modello per l'impatto familiare nell'ambito dei Centri per le Famiglie attivi nella Regione Piemonte, attraverso una sperimentazione in cui saranno coinvolti da 8 a 10 Centri, individuati dalla Regione e dal Coordinamento regionale dei Centri per le Famiglie, attraverso la definizione di appositi criteri che assicurino adeguata rappresentatività di tutto il territorio regionale.

Il progetto intende fornire ai Centri per le Famiglie piemontesi aderenti le competenze per condurre processi di partecipazione e di cittadinanza attiva, alla luce del Modello dell'impatto familiare (MIF), in modo che i Centri per le Famiglie diventino i centri propulsori a livello locale della "politica organica ed integrata volta a promuovere la famiglia nello svolgimento delle sue funzioni sociali", in ottemperanza a quanto previsto dall'art.41 della L.R. 1/2004. Risultato finale del progetto sarà quello di avviare pratiche innovative rivolte alle famiglie con minori, attraverso un loro coinvolgimento diretto nel processo di progettazione, anche attraverso strategie di innovazione digitale.

Nell'ambito del progetto verrà inoltre realizzata la valutazione d'impatto familiare, attraverso metodologia partecipativa, di un servizio/intervento offerto dai Centri per le Famiglie e scelto di concerto con il Coordinamento regionale dei Centri per le Famiglie, al fine di stendere linee guida che potranno essere punto di riferimento a livello territoriale e nazionale.

Ruolo dell'ente partner nel progetto

1) Individuazione, di concerto con il Coordinamento regionale dei Centri per le Famiglie, dei centri per le famiglie in cui verranno realizzati i Tavoli sull'Impatto Familiare (TIF), ovvero tavoli di discussione aperti per promuovere il dibattito attorno a temi/problemi rilevanti a livello territoriale che impattano sul benessere delle persone e delle famiglie, sia dal punto di vista sociale, sia dal punto di vista economico.

- 2) Approvazione dei progetti innovativi per rispondere alle problematiche individuate dalle famiglie, nell'ambito dei TIF ed assegnazione ai soggetti gestori dei Servizi sociali titolari dei centri per le famiglie proponenti, del finanziamento derivante dalla partecipazione al bando nazionale, per la realizzazione delle attività previste dal progetto.
- 3) Individuazione, a livello regionale, con il Coordinamento regionale dei Centri per le Famiglie e i partner del progetto di un intervento/servizio offerto dalla maggior parte dei Centri per le Famiglie, sul quale verrà effettuata la Valutazione dell'Impatto Familiare (VIF), coinvolgendo tutti i Centri per le famiglie che offrono il servizio, al fine di elaborare Linee guida per l'impatto familiare (LIF) specifiche per l'intervento oggetto di analisi, che potranno essere estese ad altri territori.
- 4) Partecipazione al tavolo di coordinamento del progetto e collaborazione alla realizzazione del kick off meeting all'avvio, con la partecipazione del Coordinamento regionale dei Centri per le famiglie e di 3 momenti di incontro nell'arco dei 18 mesi.
- 5) Collaborazione all'organizzazione del Convegno finale per la presentazione e la diffusione dei risultati.

GIOVANI

UMBRIA

DPGR 28 febbraio 2018, n. 8. - Legge regionale 28 marzo 2006, n. 6, art. 7 e s.m.. Commissione di garanzia degli studenti. Costituzione.(BUR n. 11 del 14.3.18)

Art. 1

È costituita la Commissione di garanzia degli studenti, ai sensi dell'articolo 7 della legge regionale 28 marzo 2006, n. 6 e s.m., composta come segue: — Ippolito Davide, nato a omissis il omissis

— Meloni Federica, nata a omissis il omissis

— De Nicola Angela, nata a omissis il omissis

— Bononi Aleph, nato a omissis il omissis

— Ragni Niccolò, nato a omissis il omissis

— Ranocchia Ettore, nato a omissis il omissis

— Mesiani Pietro, nato a omissis il omissis di competenza dell'Università degli Studi di Perugia;

— Merico Luca, nato a omissis il omissis di competenza dell'Università per Stranieri di Perugia;

— Bizzarri Giada, nata a omissis il omissis di competenza degli Istituti universitari ed Istituti superiori di grado universitario con sede in Umbria.

Art. 2

Ai sensi dell'art. 7, comma 4 della l.r. 6/2006 e s.m., la Commissione di garanzia degli studenti dura in carica due anni.

IMMIGRATI

MARCHE

DGR 12.3.18, n. 304 - Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione (FAMI). Avviso pubblico per la presentazione di progetti da finanziare a valere sul Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020 - Obiettivo Specifico 1 - Obiettivo nazionale 1 - lett. c - "Potenziamento del sistema di 1° e 2° accoglienza" Tutela della salute dei richiedenti e titolari di protezione internazionale in condizione di vulnerabilità - Presentazione di proposta progettuale. (BUR n. 26 del 23.3.18)

Note

Il Direttore dell'Agenzia Regionale Sanitaria – AS viene 1. di autorizzato a preentare al Ministero dell'Interno, Dipartimento per le libertà civili e l'immigrazione, Autorità responsabile del Fondo asilo, Migrazione e integrazione (FAMI) 2014-2020, la proposta progettuale "Azioni del SSR Marche per la salute psicofisica dei migranti forzati e dei minori non accompagnati", sulla base dello schema di cui all'Allegato A, avalere su fondi FAMI - Obiettivo Specifico 1, Obiettivo Nazionale 1 - lett. c

“Potenziamento del sistema di 1° e 2° accoglienza” - Tutela della salute dei richiedenti e titolari di protezione internazionale in condizione di vulnerabilità.

Verranno messe in atto le necessarie procedure amministrative per pervenire all’individuazione dei partners privati del progetto e per procedere alla successiva coprogettazione, come dettagliato all’allegato B.

NB

PER GLI ALLEGATI SI FA RINVIO ALLE LETTURA INTEGRALE DEL TESTO

PIEMONTE

D.D. 14 marzo 2018, n. 188 - Approvazione avviso per la selezione di partner di co-progettazione per la presentazione di un progetto a valere sull’Avviso Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014 – 2020 – OS1 – ON1 lett. E “Percorsi di inclusione in favore di minori stranieri non accompagnati (MSNA) presenti nelle strutture di seconda accoglienza”. (BUR n. 11 del 15.3.18)

Note

Viene approvato l’Avviso per la selezione di partner di co-progettazione in riferimento al progetto in tema di “Percorsi di inclusione in favore di minori stranieri non accompagnati (MSNA) presenti nelle strutture di seconda accoglienza” che la Regione Piemonte intende candidare a valere sul Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014 – 2020 – OS1 – ON1- lett. E adottato con Decreto prot. 17611 del 22.12.2017 dell’Autorità Responsabile, di cui all’allegato 1 quale parte integrante della presente determinazione.

Viene inoltre approvato il modello di istanza di partecipazione all’Avviso pubblico di cui all’Allegato 2.

Allegato 1

Avviso pubblico per la selezione di soggetti collaboratori, in qualità di Partner di Regione Piemonte, interessati alla presentazione di proposte progettuali a valere sul Fondo Europeo Asilo Migrazione e Integrazione (FAMI) - Obiettivo Specifico 1 Asilo -Obiettivo nazionale 1 Accoglienza/Asilo – lett. e –“Percorsi di inclusione in favore di minori stranieri non accompagnati (MNSA) presenti nelle strutture di seconda Accoglienza”.

CONSIDERATO che la Regione Piemonte intende presentare una proposta progettuale nell’ambito dell’Avviso pubblico prot.n.17611 del 22.12.2017, “Percorsi di inclusione in favore di minori stranieri non accompagnati (MNSA) presenti nelle strutture di seconda Accoglienza” finanziato a valere sul Fondo Europeo Asilo Migrazione e Integrazione;

VISTO il citato Avviso pubblico, che prevede la possibilità per il Soggetto Proponente di dotarsi di partners progettuali da individuare previo espletamento di una procedura di selezione che rispetti i principi di predeterminazione dei criteri di scelta, trasparenza, pubblicità, concorrenza e parità di trattamento, alla luce di criteri predeterminati (ex art. 12 L.241/90);

CONSIDERATO che è intenzione di questo Soggetto Proponente individuare dei soggetti terzi, riconducibili alle categorie di cui all’Avviso, che si possano configurare come partner in grado di offrire sia le migliori soluzioni progettuali da presentare, sia le migliori condizioni tecniche ed economiche per la loro successiva attuazione, nel rispetto delle quali i partner dovranno impegnarsi a realizzare il progetto una volta ammesso al finanziamento.

VISTA la DGR n. 45-6595 del 09.03.2018, con cui la Regione Piemonte, in qualità di Soggetto Proponente, di concerto con alcuni Enti gestori delle funzioni socioassistenziali del territorio regionale che hanno in carico un numero significativo di minori stranieri non accompagnati e precisamente: - Città di Torino - Consorzio Monviso Solidale - Comune di Asti - Con.I.S.A. “Valle di Susa” ha deliberato la candidatura di una proposta progettuale per la realizzazione di "Percorsi di inclusione in favore di minori stranieri non accompagnati (MNSA) presenti nelle strutture di seconda Accoglienza" a valere sull'Avviso pubblico sopra citato, che prevede le azioni di cui all'art. 3 del presente Avviso.

Allo scopo di realizzare efficacemente il progetto nei diversi ambiti territoriali cui afferiscono gli Enti gestori partner, la Regione Piemonte intende avvalersi di uno o più partner progettuali.

Il presente Avviso pubblico è stato predisposto secondo il modello di cui all'allegato 17 dell'Avviso pubblico approvato con Decreto n. 17611 del 22.12.2017 e nel rispetto delle indicazioni di cui alla Delibera n. 32 del 20.01.2016 dell'ANAC recante "Linee guida per l'affidamento di servizi a enti del terzo settore e alle cooperative sociali"-art. 5, punto c).

RAVVISATA, pertanto, la necessità di procedere all'adozione del presente Avviso pubblico, attraverso il quale invitare i soggetti terzi, in possesso dei requisiti come avanti specificati, a proporre la propria migliore offerta per il progetto suddetto, sia in termini economici sia in termini tecnici e qualitativi, da presentare al Ministero dell'Interno per l'ammissione al finanziamento a valere sul Fondo FAMI 2014-2020;

Tanto premesso, ravvisato e considerato, la Regione Piemonte indice il seguente

Avviso Pubblico

Art.1- Soggetti ammessi alla selezione Il presente Avviso è rivolto a tutti i Soggetti espressamente indicati all'art. 4. 1 dell'Avviso pubblico del Ministero dell'Interno-Dipartimento per le libertà civili e l'immigrazione Prot.n.17611 del 22.12.2017, "Percorsi di inclusione in favore di minori stranieri non accompagnati (MNSA) presenti nelle strutture di seconda Accoglienza".

E' possibile presentare la candidatura sia in forma individuale sia in partnership con altri soggetti, indicando il soggetto capofila. I progetti presentati devono essere riferiti specificatamente alle singole azioni previste nell'art. 3 e possono riguardare uno o più tra gli ambiti territoriali di competenza degli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali partner del progetto. Per le attività di cui all'art 3 - punto 2 (percorsi formativi) sarà necessario avvalersi di soggetti in possesso del pertinente accreditamento regionale ai sensi della D.G.R. n. 293181 del 19/6/2006. Per le attività relative ai servizi di individuazione, validazione e certificazione delle competenze, tali servizi possono essere erogati esclusivamente da parte di un'Agenzia formativa con pregressa esperienza di formazione in ambito socioassistenziale che disponga anche della figura di Esperti in Tecniche di Certificazione (ETC) ai sensi della D.D. n. 17 del 15/1/2018, oppure delegando l'attività ad un soggetto presente nell'elenco regionale degli Enti titolati e dei relativi ETC.

Art. 2 –Requisiti generali e speciali di partecipazione

Possono partecipare al presente Avviso i soggetti che:

1.non siano incorsi, all'atto della presentazione della domanda: a) nelle situazioni di esclusione di cui all'art. 80 del d.lgs. n.50/2016 e s.m.i. I soggetti partecipanti attestano il possesso dei requisiti richiesti per la partecipazione mediante dichiarazione sostitutiva, ai sensi del D.P.R. 445/2000; b) in procedimenti pendenti per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'art. 3, della legge n. 1423/1956 e s.m.i. o di una o più cause ostative previste dall'art. 10, della legge n. 575/1965 e s.m.i; c) in una delle cause di decadenza, divieto o sos pensione di cui all'art. 67 del D. Lgs. 6 settembre 2011, n. 159, e dei tentativi di infiltrazione mafiosa di cui all'art. 4, del d.lgs. 8 agosto 1994, n. 490; d) in sentenze di condanna passata in giudicato, o decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'art. 444 c.p.p., per reati gravi in danno dello Stato o della Comunità che incidono sulla moralità professionale, o condanna, con sentenza passata in giudicato, per uno o più reati di partecipazione a un'organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio, quali definiti dagli atti comunitari citati all'art. 45, paragrafo 1, direttiva CE 2004/18. e) in violazioni del divieto di intestazione fiduciaria posto dall'art. 17, della legge del 19 marzo 1990, n. 55; f) in gravi infrazioni debitamente accertate alle norme in materia di sicurezza ed di ogni altro obbligo derivante dai rapporti di lavoro, risultanti dai dati in possesso dell'Osservatorio; g) in gravi negligenze o di azioni in malafede nell'esecuzione delle prestazioni affidate dall'Amministrazione; di errori gravi nell'esercizio della propria attività professionale, accertato con qualsiasi mezzo di prova da parte dell'Amministrazione; h) in violazioni, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse, secondo la legislazione italiana o quella dello Stato in cui è stabilito; i) in false dichiarazioni nell'anno antecedente la data di pubblicazione dell'Avviso in merito ai requisiti e alle condizioni rilevanti per

la partecipazione alle procedure di gara e di selezione per l'assegnazione di contributi, né per l'affidamento dei subappalti, risultanti dai dati in possesso dell'Osservatorio; j) in gravi negligenze o malafede nell'esecuzione di prestazioni professionali derivanti da procedure di gara finanziate con fondi comunitari e/o nazionali; k) in violazioni gravi, definitivamente accertate, alle norme in materia di contributi previdenziali ed assistenziali, secondo la legislazione italiana o dello Stato in cui è stabilito; l) in sanzioni interdittive di cui all'art. 9, comma 2, lett. c), del d.lgs. n. 231/2001 e s.m.i., o di altra sanzione che comporti il divieto di contrarre con la Pubblica Amministrazione compresi i provvedimenti interdittivi di cui all'art. 36-bis, comma 1, del d.l. 4 luglio 2006, n. 223, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 agosto 2006, n. 248.

Si applicano le ulteriori condizioni di partecipazione di cui al punto 4.2 dell'Avviso del Ministero dell'Interno.

Art. 3 Descrizione del Progetto

Il progetto si compone delle seguenti azioni:

- 1) la realizzazione nel territorio regionale di opportunità innovative e inclusive relative all'abitare dei minori stranieri non accompagnati prossimi alla maggiore età, ponendo particolare attenzione all'individuazione dei soggetti idonei ad affrontare un percorso di progressiva autonomia. Si tratta di individuare forme di accompagnamento tese a facilitarne la progressiva autonomia abitativa in vista del raggiungimento della maggiore età, attraverso interventi quali housing sociale, coabitazione, ecc.
- 2) la strutturazione di percorsi formativi sperimentali e professionalizzanti di breve durata a carattere laboratoriale, che consentano la frequenza anche a minori stranieri non accompagnati che posseggano una limitata conoscenza della lingua italiana. Per l'inserimento nei percorsi è prevista preventivamente l'analisi delle competenze non formali possedute dai minori stranieri non accompagnati, delle loro inclinazioni e aspirazioni, delle opportunità di impiego che offre il mercato del lavoro del territorio. Al termine del percorso è richiesta la valutazione delle competenze acquisite. I percorsi formativi dovranno inoltre essere comprensivi di tirocini formativi in contesti lavorativi. I proponenti dovranno esplicitare la dotazione logistica e strumentale a supporto dei percorsi proposti differenziati per le diverse sedi.
- 3) Lo svolgimento di attività di mediazione culturale a supporto delle azioni di cui ai punti 1 e 2, nonché delle attività di integrazione e socializzazione che saranno sviluppate dal progetto regionale e gestite a livello territoriale da ogni singolo Ente Gestore delle funzioni socioassistenziali (es. attività sportive, culturali, tempo libero, ecc).

Art.4 Durata del Progetto

Il Ministero dell'Interno ha stabilito che i progetti finanziati avranno avvio al momento della sottoscrizione della Convenzione di Sovvenzione e dovranno concludersi entro e non oltre il 31. 12. 2020, termine ultimo per l'ammissibilità delle spese inerenti le attività progettuali finanziate.

In ogni caso, la data di inizio e di conclusione del Progetto sarà fissata dal Ministero dell'Interno in sede di approvazione del Progetto per l'assegnazione del finanziamento.

Il Progetto potrà essere prorogato esclusivamente in caso di specifica disposizione del Ministero dell'Interno, fermo restando il limite del termine finale di cui sopra.

Art.5 Risorse economiche

Le risorse destinate al finanziamento del progetto complessivo che sarà presentato dalla Regione Piemonte sono comprese indicativamente tra 600.000,00 e 1.000.000,00 Euro.

Art.6 Termine e modalità di presentazione della proposta

Per partecipare alla selezione, il concorrente dovrà far pervenire entro e non oltre le ore 12 del giorno 24 marzo 2018, pena l'inammissibilità dell'offerta, al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: famigliaediritti@cert.regione.piemonte.it la proposta di partecipazione, che dovrà essere articolata in 4 allegati contenenti:

Allegato 1 – istanza di partecipazione: istanza di partecipazione alla procedura firmata digitalmente dal legale rappresentante del soggetto, comprendente la dichiarazione sostitutiva ai sensi degli artt 46 e 47 del D.P.R. n.445/2000, attestante il possesso di tutti i requisiti di partecipazione all'Avviso;

Allegato 2 – progetto/offerta: relazione tecnica della proposta progettuale, contenente gli elementi oggetto di valutazione, secondo l'ordine dei criteri individuati nella griglia di valutazione, coerentemente con quanto specificato nell'Avviso.

Allegato 3 - Piano dei costi previsti.

Allegato 4- Copia documento d'identità del dichiarante (Legale rappresentante).

N.B. i primi 3 allegati possono essere predisposti sulla base del modello unico di cui all'Allegato 2 alla presente Determinazione.

Art. 7-Modalità di svolgimento della procedure di selezione

La Commissione di valutazione nominata con successiva apposita Determinazione del Direttore Regionale della Direzione Coesione Sociale, si riunirà il giorno 26 marzo alle ore 14 presso la sede regionale di via Magenta 12-Torino, e procederà all'esame e valutazione delle proposte progettuali pervenute e ritenute ammissibili.

Art. 8 -Criteri di valutazione

Ai fini della selezione del miglior concorrente saranno valutati elementi di natura personale, tecnica ed economica. Per l'ammissione alla graduatoria ogni proposta progettuale dovrà conseguire un punteggio minimo complessivo di almeno 60/100.

I soggetti che risulteranno in possesso dei requisiti richiesti saranno valutati, con attribuzione di specifico punteggio, sulla base dei seguenti criteri:

Criteri di valutazione Punteggio Soggetto proponente 1. Esperienze pregresse nel lavoro con i minori stranieri non accompagnati Punteggio da 0 a 15 fino ad un anno di esperienza: 4 punti da 1 a 5 anni: 7 punti da 5 a 10 anni: 11 punti oltre 10 anni: 15 punti

Elementi tecnico qualitativi della proposta 2. Gruppo di lavoro proposto; corrispondenza e adeguatezza dei profili professionali indicati rispetto al ruolo ricoperto. Punteggio da 0 a 10 Corrispondenza ed adeguatezza sufficiente: 3 punti Corrispondenza ed adeguatezza buona: 6 punti Corrispondenza ed adeguatezza ottima: 10 punti 3. Qualità complessiva della proposta; coerenza della proposta rispetto ad obiettivo specifico dell'azione ed ai contenuti di cui all'art. 3. Punteggio da 0 a 25 Qualità sufficiente: 6 punti Qualità adeguato: 12 punti Qualità buona: 18 punti Qualità ottima: 25 punti 4. Coinvolgimento reti formali e informali del territorio. Punteggio da 0 a 10 Coinvolgimento sufficiente: 3 punti Coinvolgimento buona: 6 punti Coinvolgimento ottimo: 10 punti 5. Rispondenza della proposta ai fabbisogni dei territori.

Punteggio da 0 a 15 Rispondenza sufficiente 4 punti Rispondenza adeguata: 7 punti Rispondenza buona: 11 punti Rispondenza ottima: 15 punti Piano dei costi 6. Economicità tra attività realizzate e costi preventivati, in termini di efficacia, destinatari raggiunti e ampiezza del territorio considerato Punteggio da 0 a 25 Sufficiente: 6 punti Adeguato: 12 punti Buona: 18 punti Ottima: 25 punti

Art.9 - Condizioni di ammissibilità/esclusione

Sono considerate inammissibili e quindi comunque escluse dalla valutazione le proposte progettuali che non abbiano le caratteristiche minime richieste e, in particolare, le proposte: a) pervenute oltre il termine stabilito all'art.6 del presente Avviso; b) presentate da soggetti diversi da quelli legittimati ai sensi dell'Art.1 o prive dei requisiti di accesso stabiliti dall' art.2 del presente Avviso; c) prive della

documentazione richiesta ai sensi dell'Art.6 del presente Avviso; d)presentate o trasmesse secondo modalità differenti da quella richiesta all' Art.6 del presente Avviso; e)prive di firma digitale.

Ai soggetti non ammessi per i motivi di cui sopra verrà data comunicazione formale. NB: solo in caso di difetti, carenze o irregolarità non essenziali l'Amministrazione procederà a richiedere integrazioni/chiarimenti.

Art. 10 Obblighi pubblicitari

Il Presente Avviso è pubblicato, in versione integrale, sul sito regionale al seguente indirizzo: www.regione.piemonte.it/diritti/web/immigrazione. La Regione Piemonte, inoltre, provvederà a pubblicare sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte l'esito della presente procedura di selezione, ritenendo con ciò assolti tutti gli obblighi di comunicazione ai partecipanti.

Art. 11- Trattamento dei dati personali

Tutti i dati personali di cui il Soggetto Proponente venga in possesso in occasione del presente procedimento verranno trattati nel rispetto del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003, art. 13.

Art.12-Responsabile del procedimento

Il Responsabile del Procedimento è individuato nel Dott. Gianfranco Bordone, Direttore della Direzione Coesione Sociale

Allegato 2)

Alla Regione Piemonte Direzione Coesione Sociale Via Magenta 12 10128 TORINO
famigliaediritti@cert.regione.piemonte.it

Oggetto: Avviso pubblico per la selezione di soggetti collaboratori, in qualità di Partner di Regione Piemonte, interessati alla presentazione di proposte progettuali a valere sul Fondo Europeo Asilo Migrazione e Integrazione (FAMI) - Obiettivo Specifico 1 Asilo -Obiettivo nazionale 1 Accoglienza/Asilo – lett. e –“Percorsi di inclusione in favore di minori stranieri non accompagnati (MNSA) presenti nelle strutture di seconda Accoglienza”.

Istanza di partecipazione all'Avviso pubblico.

In riferimento all'oggetto:

Il/la sottoscritto/a Nato/a il Residenza ed indirizzo Codice fiscale In qualità di legale rappresentante di (specificare denominazione ed indirizzo del Soggetto richiedente)

CHIEDE

di poter partecipare all'Avviso indicato in oggetto, e presenta, ai sensi delle disposizioni dell'Avviso approvato con D.D. n.... del ..., i seguenti allegati quale parte integrante della presente domanda:

2- Progetto/offerta: 3 -Piano dei costi previsti. 4- Copia documento d'identità del dichiarante

Allegato 2)

Alla Regione Piemonte Direzione Coesione Sociale Via Magenta 12 10128 TORINO
famigliaediritti@cert.regione.piemonte.it

Oggetto: Avviso pubblico per la selezione di soggetti collaboratori, in qualità di Partner di Regione Piemonte, interessati alla presentazione di proposte progettuali a valere sul Fondo Europeo Asilo Migrazione e Integrazione (FAMI) - Obiettivo Specifico 1 Asilo -Obiettivo nazionale 1

Accoglienza/Asilo – lett. e –“Percorsi di inclusione in favore di minori stranieri non accompagnati (MNSA) presenti nelle strutture di seconda Accoglienza”.

Istanza di partecipazione all’Avviso pubblico.

In riferimento all’oggetto:

Il/la sottoscritto/a Nato/a il Residenza ed indirizzo Codice fiscale In qualità di legale rappresentante di (specificare denominazione ed indirizzo del Soggetto richiedente)

CHIEDE

di poter partecipare all’Avviso indicato in oggetto, e presenta, ai sensi delle disposizioni dell’Avviso approvato con D.D. n.... del ..., i seguenti allegati quale parte integrante della presente domanda:

2- Progetto/offerta: 3 -Piano dei costi previsti. 4- Copia documento d'identità del dichiarante

DATI IDENTIFICATIVI DEL SOGGETTO BENEFICIARIO

1.1	Tipologia	del	Soggetto	beneficiario:
-----	-----------	-----	----------	---------------

1.2 Azioni che si intendono realizzare:

azioni relative alle opportunità innovative e inclusive sull’abitare dei MSNA (punto 1 art. 3 dell’Avviso in oggetto) percorsi formativi sperimentali e professionalizzanti e tirocini formativi dei MSNA (punto 2 art. 3 dell’Avviso in oggetto) attività di mediazione culturale a supporto delle azioni di cui al punti 1 e 2 (punto 3 art. dell’3 Avviso in oggetto);

1.3 Ambiti territoriali scelti (contrassegnare uno o più ambiti prescelti): Città di Torino Consorzio Monviso Solidale Comune di Asti Consorzio Con.I.S.A. “Valle di Susa”

2. PROGETTO/OFFERTA

A. Indicare le attività e gli interventi che si intendono realizzare: (max 2 cartelle-10.000 caratteri)

B. Modalità di realizzazione: Illustrazione sintetica degli interventi in relazione: - al contesto territoriale, - all’obiettivo specifico che si intende raggiungere, - ai destinatari ed ai bisogni del territorio, - alle reti formali ed informali coinvolte nelle attività ed ai soggetti istituzionali e del privato sociale coinvolti, - alle figure professionali e risorse strumentali messe a disposizione per i diversi interventi. (max 2 cartelle-10.000 caratteri) Per i progetti riferiti all’art. 3 comma 2 (percorsi formativi) dell’Avviso i proponenti dovranno esplicitare la dotazione logistica e strumentale a supporto dei percorsi proposti differenziati per le diverse sedi.

C. Esperienza pregressa di lavoro con i minori stranieri non accompagnati del soggetto proponente (max 2 cartelle-10.000 caratteri)

3. QUADRO ECONOMICO

DETTAGLIO VOCI DI SPESA

A

IMPORTO TOTALE (COLONNA C +COLONNA D)

B

DI CUI: A CARICO DEL FINANZIAMENTO PUBBLICO

C

DI CUI: COFINANZIAMENTO FACOLTATIVO (SPECIFICARE FONTE DI FINANZIAMENTO)

D
TOTALI

Nella costruzione del quadro economico si ricorda di tener presente il “MANUALE DELLE REGOLE DI AMMISSIBILITÀ DELLE SPESE NELL’AMBITO DEL FONDO ASILO MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014-2020” pubblicato dal Ministero dell’Interno (http://www.libertaciviliimmigrazione.dlci.interno.gov.it/sites/default/files/allegati/14__manuale_delle_regole_di_ammissibilita_delle_spese.pdf) per quanto applicabile ai partner di progetto.

INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

LAZIO

DGR 2.3.18, n. 149 - Legge regionale 10 agosto 2016 n. 11, capo VII Disposizioni per l'integrazione sociosanitaria. Attuazione dell'articolo 51, commi 1-7, art. 52, comma 2, lettera c) e art. 53, commi 1 e 2. (BUR n. 24 del 22.3.18)

Note

INTRODUZIONE NORMATIVA

Legge 5 febbraio 1992, n.104 “Legge-quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate” come modificata dalla legge 21 maggio 1998, n.162;

Decreto legislativo del 30 dicembre 1992, n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421” e successive modifiche ed integrazioni;

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”;

Legge 8 novembre 2000, n. 328 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;

Legge regionale 10 agosto 2016, n.11 “Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio”;

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 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”;

Deliberazione di Giunta Regionale del 8 luglio 2011, n. 315 “Il Punto Unico d’Accesso sociosanitario integrato nella Regione Lazio – Linee di Indirizzo”;

Determinazione dirigenziale del 17 novembre 2015, n. G14134 “Linee attuative per l’impiego delle risorse destinate dalla Determinazione del 30 dicembre 2014, n. G19295, alla realizzazione ed implementazione della rete territoriale dei PUA”;

Determinazione dirigenziale del 10 marzo 2016, n. G02135 “Modifica della Determinazione n. G14134 del 17 novembre 2015, avente ad oggetto Linee attuative per l’impiego delle risorse destinate dalla Determinazione del 30 dicembre 2014, n. G19295, alla realizzazione ed implementazione della rete territoriale dei PUA”;

Deliberazione di Giunta Regionale del 25 gennaio 2008, n. 40 “Adozione dello Strumento di Valutazione Multidimensionale regionale per l’ammissione e presa in carico di persone portatrici di problematiche assistenziali complesse negli ambiti domiciliare, semiresidenziale e residenziale”;

Decreto del Commissario ad acta del 24 dicembre 2012, n. U00431 “La Valutazione Multidimensionale per le persone non autosufficienti, anche anziane e per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale: dimensioni e sottodimensioni. Elementi minimi di organizzazione e di attività dell’Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale nella Regione Lazio”;

Decreto del Commissario ad acta del 1 ottobre 2014, n. U00306 “Adozione della Scheda S.Va.M.Di. per la valutazione delle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale per l’accesso alla residenzialità, semiresidenzialità e domiciliarità”;

Decreto del Commissario ad acta del 31 ottobre 2014, n. U00361 “DCA n. U00247 del 25.7.2014 - Programmi operativi regionali per il triennio 2013- 2015. Adozione degli strumenti di valutazione

multidimensionale della "SUITE InterRai" per l'area della non autosufficienza e per le cure palliative”;

Legge regionale 12 giugno 2012, n. 6 “Piano regionale in favore di soggetti affetti da malattia di Alzheimer-Perusini ed altre forme di demenza”;

Deliberazione di Giunta regionale del 17 ottobre 2012, n. 504 “Modifica al "Progetto sperimentale in favore delle persone non autosufficienti" approvato con D.G.R. 544/2010. Integrazione D.G.R. 408/12 con finalizzazione della somma di € 3.000.000,00 sul Cap. H41900 es. fin. 2012 per interventi in materia di Alzheimer. Modalità di utilizzazione dell'importo complessivo di € 7.026.285,72”;

Decreto del Commissario ad acta del 22 dicembre 2014, n. U00448 “Recepimento dell'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata Stato Regioni - Rep. Atti n. 135/CU del 30 ottobre 2014 Piano Nazionale Demenze - strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze. Riorganizzazione delle Unità Valutative Alzheimer (U.V.A.) regionali in Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)-Centri diagnostico specialistici e Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)-Centri territoriali esperti”;

Decreto del Commissario ad acta del 23 dicembre 2016, n. U00401 “Assistenza territoriale alle persone con infezione da HIV/AIDS, in regime residenziale e domiciliare, nella Regione Lazio. Revisione del modello organizzativo di cui alla DGR 2031/2001”;

Decreto del Commissario ad acta del 4 ottobre 2013, n. U00428 “Approvazione del documento Raccomandazioni per la stesura degli Atti aziendali di cui al D.C.A. n. 206 del 2013, relativamente all'organizzazione delle Case della salute”;

Decreto del Commissario ad Acta del 30 gennaio 2014, n. U00023 “DCA n. U00428 del 4.10.2013. Approvazione del documento “Raccomandazioni per la stesura degli Atti aziendali di cui al D.C.A. n. 206 del 2013, relativamente all'organizzazione delle Case della salute. Integrazione”;

Decreto del Commissario ad acta del 14 febbraio 2014, n. U00040 “Approvazione dei documenti relativi al Percorso attuativo, allo Schema di Intesa ed ai Requisiti minimi della "Casa della Salute”;

Decreto del Commissario ad Acta del 12 novembre 2014, n. U00380 “Attivazione della Casa della Salute in strutture aziendali diverse da quelle in riconversione. Approvazione dello Schema di Intesa”, con cui è stato approvato lo Schema di Intesa Attivazione della Casa della Salute in strutture aziendali diverse da quelle in riconversione;

Decreto del Commissario ad acta del 26 novembre 2014, n. U00414 “Casa della Salute. Modifica ed approvazione degli allegati di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. U00040 del 14.2.2014 ed al Decreto del Commissario ad Acta n. U00380 del 12.11.2014”;

Decreto del Commissario ad acta del 13 maggio 2016, n. U00159 “Approvazione del documento Riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriale”;

Decreto del Commissario ad acta del 22 giugno 2017, n. U00228 “Casa della Salute: aspetti organizzativi e funzioni, requisiti minimi autorizzativi e schemi di Intesa per l'attivazione”;

Deliberazione di Giunta Regionale del 3 maggio 2016, n. 223 “Servizi e interventi di assistenza alla persona nella Regione Lazio”;

Decreto del Commissario ad acta del 22 febbraio 2017, n. U00052 “Adozione del Programma Operativo 2016-2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale”;

Deliberazione di Giunta regionale 14 febbraio 2017, n. 57 “Legge regionale 10 agosto 2016 n. 11, art. 47 comma 1. Predisposizione dello schema del Piano sociale regionale "Prendersi cura, un bene comune”;

Deliberazione di Giunta regionale del 26 aprile 2017, n. 214 “Legge regionale 10 agosto 2016 n. 11, art. 47 comma 2. Approvazione della proposta del Piano sociale regionale denominato "Prendersi cura, un bene comune”;

Deliberazione di Giunta regionale del 13 giugno 2017, n. 326 “Approvazione Linee guida in materia di co-progettazione tra Amministrazioni locali e soggetti del Terzo settore per la realizzazione di interventi innovativi e sperimentali nell’ ambito dei servizi sociali”;

Deliberazione di Giunta regionale del 25 luglio 2017, n. 454 “Linee guida operative regionali per le finalità della legge n. 112 del 22 giugno 2016 "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare" e del Decreto Interministeriale del 28/11/2016 di attuazione”;

Deliberazione di Giunta regionale del 17 ottobre 2017, n. 660 “Legge regionale 10 agosto 2016 n.11, Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio. Attuazione articolo 43 comma 1, individuazione degli ambiti territoriale di gestione”;

Articolo 51 del capo VII della legge regionale del 10 agosto 2016, n. 11 “Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio”, recante disposizioni in materia di integrazione socio sanitaria che prevede il coordinamento e l’“integrazione tra le prestazioni sociosanitarie così come individuate dall’articolo 3-septies, comma 2 del d.lgs. n. 502/1992 e successive modifiche e dall’ art. 3 del DPCM 14 febbraio 2001 e affida alla Giunta regionale l’“approvazione delle linee guida regionali per l’“integrazione sociosanitaria.

PREMESSA

Al fine di poter dare attuazione a quanto disposto dall’art. 51 L.R. n. 11/16 occorre individuare percorsi mirati a costruire un modello che migliori le prestazioni e i processi sociosanitari già presenti sul territorio e che ne garantisca una gestione coordinata e integrata.

Viene ritenuto necessario dettare criteri omogenei finalizzati ad accompagnare e indirizzare il territorio nel processo di cambiamento in atto, orientati a rafforzare la pratica dell’integrazione sociosanitaria nella Regione Lazio.

Viene dato atto del lavoro di consultazione effettuato con le direzioni delle Aziende Sanitarie Locali, nonché con le diverse strutture regionali competenti per materia, al fine di sostanziare ulteriormente l’intero percorso di integrazione sociosanitaria.

All’interno della Regione Lazio sono presenti servizi di notevole interesse regionale che non risultano ancora disciplinati da atti normativi nazionali e regionali (trasporto utenti disabili verso i servizi socioassistenziali e sociosanitari, centri per l’“autonomia, centri regionali per il contrasto degli abusi e dei maltrattamenti sui minori, servizi residenziali per le persone in stato vegetativo persistente, nonché interventi in favore dei minori fuori famiglia con bisogni complessi ospiti di strutture residenziali socio-assistenziali).

Viene ritenuta la necessità di dover disciplinare i suindicati servizi al fine di poter garantire il pieno supporto agli utenti più fragili, assicurando l’“uniformità delle suindicate prestazioni sul territorio regionale e quindi procedere a una ricognizione dei suddetti servizi, rinviando a successivi atti amministrativi la disciplina dell’erogazione degli stessi e delle relative modalità di finanziamento;

Il citato art. 51, comma 7, lett. a) dispone che con deliberazione di Giunta regionale siano individuate le prestazioni da ricondurre a quelle sociosanitarie di cui all’art. 3-septies, comma 2 del d.lgs. 502/1992 e dell’art. 3 del DPCM 14 febbraio 2001 e la determinazione dei criteri di finanziamento delle stesse.

LA DISPOSIZIONE

Viene approvato l’“allegato A, parte integrante della presente deliberazione, recante Linee guida finalizzate alla definizione del percorso di integrazione sociosanitaria nella Regione Lazio, comprensivo della relativa appendice “Gli strumenti per la valutazione multidimensionale”;

Viene demandata a successivi atti amministrativi la disciplina dell’erogazione dei servizi di notevole interesse regionale che non risultano ancora regolati da atti normativi nazionali e regionali (trasporto utenti disabili verso i servizi socioassistenziali e sociosanitari, interventi in favore dei minori fuori famiglia con bisogni complessi ospiti di strutture residenziali socio-assistenziali, centri per l’“autonomia, centri regionali per il contrasto degli abusi e dei maltrattamenti sui minori, servizi residenziali per le persone in stato vegetativo persistente) al fine di stabilire modalità uniformi di erogazione degli stessi sul territorio regionale e le relative modalità di finanziamento.

Viene approvato l'allegato B, parte integrante della presente deliberazione, recante "Le prestazioni sociosanitarie nella Regione Lazio".

Viene approvato l'allegato C, parte integrante della presente deliberazione, recante Schema di convenzione per l'organizzazione e la gestione delle attività di integrazione sociosanitaria, finalizzato a garantire il coordinamento e l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie disposto dall'art. 51, comma 3 della l.r. 11/2016;

Viene approvato lo schema di Convenzione tra la ASL e il distretto sociosanitario, che dovrà essere stipulata tra le parti interessate entro il 31 dicembre 2018;

Viene approvato l'allegato D, parte integrante della presente deliberazione, recante Scheda di preavalutazione del PUA, che sarà ricompresa nel Sistema Informativo dell'Assistenza Sanitaria Territoriale (SIAT);

Viene approvato l'allegato E, parte integrante della presente deliberazione, recante Piano di integrazione sociosanitaria per i servizi per le adozioni;

Verrà disciplinata con successivi atti amministrativi la modalità di integrazione delle competenze dei servizi territoriali inerenti la presa in carico integrata dei minori oggetto di tutela.

Allegato A

Linee guida finalizzate alla definizione del percorso di integrazione sociosanitaria nella Regione Lazio

Le presenti linee guida hanno la funzione di accompagnare e indirizzare il territorio nel processo di cambiamento in atto nella Regione Lazio orientato a rafforzare la pratica dell'integrazione sociosanitaria, individuando percorsi omogenei mirati a costruire un modello che migliori le prestazioni e i processi già presenti e ne garantisca una gestione coordinata e integrata.

Tali criteri rappresentano gli elementi principali su cui fondare lo sviluppo dell'integrazione sociosanitaria, consentendo margini di declinazione secondo la peculiarità e le necessità locali. Si configurano come il primo passo del processo di attuazione del capo VII della legge regionale 10 agosto 2016, n. 11 "Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio" e del successivo Piano Sociale proposto con DGR 57/2017 e che attualmente si trova all'esame del Consiglio della Regione Lazio.

A fronte di bisogni sempre più complessi e articolati non è più possibile fornire risposte frammentate e settoriali, ma occorre programmare e implementare risposte unitarie e continuative che considerino la persona, la famiglia e la comunità di appartenenza nella loro interezza, interconnessione e globalità, attraverso il coordinamento di tutti gli interventi necessari e la partecipazione di tutti gli attori coinvolti, in un sistema di rete aperto e flessibile, che metta al centro la persona e non la sommatoria dei suoi problemi, superando logiche professionali e locali e trovando soluzioni più attente al reale vissuto della persona interessata.

Per rendere concretamente praticabile qualsiasi forma di integrazione, occorre ribadire che il concetto di salute deve comprendere e valorizzare anche aspetti di benessere legati alle condizioni economiche dei cittadini, alle relazioni, al grado complessivo di coesione sociale e alle azioni di contrasto delle disuguaglianze.

Con ciò si intende sottolineare la necessità di approcci e strategie che, all'interno di un'ottica di sostanziale valorizzazione del ruolo e delle competenze degli enti locali, siano in grado di elevare la capacità di lettura e risposta ai bisogni, garantendo un approccio integrato tra i diversi livelli e gli strumenti di governo del sistema, così da accrescere la qualità complessiva del welfare regionale, e per suo tramite la qualità della vita delle persone e delle comunità locali.

Occorre, pertanto, superare la giustapposizione di interventi diversi, con diverse regie, diverse letture dei fenomeni e diversi approcci operativi, per consolidare le forme di integrazione al fine di evitare sovrapposizioni e duplicazioni e il rischio di lasciare senza risposta rilevanti aree di bisogno.

Indice
 Contesto normativo
 Modello di governance
 Punto Unico di Accesso alle prestazioni sociosanitarie
 La Valutazione multidimensionale
 Piano di Assistenza Individuale

Contesto normativo

Le prestazioni sociosanitarie sono definite dall'articolo 3-septies del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modifiche e dall'articolo 3 del DPCM 14 febbraio 2001 quali "attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione".

Si distinguono in:

- a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, ovvero le prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativo invalidanti di patologie congenite e acquisite;
- b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute;
- c) prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria che attengono prevalentemente alle aree: materno infantile, anziani, disabilità, salute mentale, dipendenze, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronicodegenerative.

Il Decreto del Presidente del Consiglio del 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie" ha precisato la tipologia delle singole prestazioni (tenendo conto della natura del bisogno, della complessità e intensità dell'intervento assistenziale e della sua durata) e i relativi criteri di finanziamento cui le Regioni devono tener conto nel disciplinare gli interventi sociosanitari.

Il Decreto del Presidente del Consiglio del 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" regola l'integrazione socio sanitaria al capo IV, articoli da 21 a 35. In particolare vengono previste, all'articolo 21, linee di indirizzo, da emanarsi con specifico Accordo Stato Regioni per realizzare percorsi assistenziali integrati.

Lo stesso articolo dispone che il SSN debba garantire l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico e la valutazione multidimensionale del bisogno sotto il profilo clinico, funzionale e sociale. Inoltre, al comma 3 individua nel Progetto di Assistenza Individuale (PAI) lo strumento che definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona.

Il PAI è redatto dall'unità di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia.

Il DPCM sui nuovi LEA rappresenta un notevole passo in avanti per offrire alla programmazione regionale e locale un punto di riferimento in grado di rafforzare il processo di integrazione sociosanitaria.

Tuttavia, la mancata definizione dei corrispondenti livelli essenziali delle prestazioni sociali (LIVEAS) e l'assenza di indicatori dell'offerta e la mancata definizione di standard organizzativi rende ancora problematica la piena attuazione delle disposizioni dettate dal suddetto decreto. Riguardo alla normativa disciplinante la tutela sociale già con la legge n. 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del Sistema Integrato di Interventi e servizi sociali" si è assistito a un

cambiamento di orientamento, passando dalla concezione dell'utente come portatore di bisogni specialistici a persona nella sua totalità e specificità, familiare e territoriale.

L'assistenza assume il ruolo di protezione sociale attiva che previene e promuove l'inclusione sociale.

Nello specifico, la legge n. 328/2000 affronta il tema dell'integrazione sociosanitaria con riferimento ai principi generali della programmazione (art. 3), alle funzioni dei comuni (art. 6), alle funzioni delle regioni (art. 8), alle figure professionali (art. 12), alla metodologia di intervento finalizzata all'elaborazione di progetti personalizzati (art. 14), ai livelli di programmazione (art. 18), ai piani di zona (art. 19), alla definizione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (art. 22). Nella Regione Lazio l'integrazione sociosanitaria è espressamente richiamata dal capo VII della legge regionale 10 agosto 2016, n. 11 "Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio" e dal successivo Piano Sociale proposto con DGR 57/2017, attualmente in corso di approvazione presso il Consiglio regionale, e costituisce uno degli obiettivi strategici cui fa riferimento il Programma Operativo 2016-2018 della Regione, approvato con DCA U00052 del 22 febbraio 2017.

L'attenzione dedicata alla integrazione sociosanitaria non è soltanto effetto del dettato normativo nazionale e regionale, ma è soprattutto conseguenza della maggiore consapevolezza che l'integrazione rappresenta un fattore fondamentale di qualificazione della offerta dei servizi e prestazioni sociosanitarie, per un triplice ordine di motivi:

- a) l'integrazione genera maggiore efficacia di cura e di sostegno;
- b) l'integrazione favorisce un uso più efficiente delle risorse;
- c) l'integrazione riduce il disagio dei cittadini nel rapporto con i servizi. I processi di integrazione sociosanitaria sono orientati a garantire universali diritti di accesso all'assistenza e omogenea appropriatezza di risposte, sia in termini di efficacia che di una migliore distribuzione della risorse. Secondo la letteratura internazionale l'integrazione è l'insieme coerente di metodi e di modelli riguardanti il finanziamento, l'amministrazione, l'organizzazione, l'erogazione di servizi e di livelli clinici, progettati per creare interconnessioni e collaborazione all'interno e tra i settori delle cure (cure) e dell'assistenza (care).

L'obiettivo di tali metodi e modelli è di aumentare la qualità dell'assistenza e la qualità di vita, come tasselli di una rete di aiuto alla persona e alla famiglia più ampia e complessa.

I livelli dell'integrazione sociosanitaria

Gli obiettivi sopraesposti possono e devono essere raggiunti attraverso una logica di integrazione, che va perseguita a diversi livelli interconnessi tra loro: integrazione delle politiche e degli attori (istituzionali e non), dei programmi e dei processi, dei servizi e degli interventi, dei professionisti e degli operatori, delle risorse strumentali e finanziarie.

Per il raggiungimento dei suddetti obiettivi, l'integrazione istituzionale costituisce la premessa in termini di volontà politica e formalizza le condizioni attuative attraverso la codificazione degli impegni che devono essere assunti dalle amministrazioni coinvolte, sia nella elaborazione e approvazione dei contenuti programmatori sia nella loro successiva realizzazione.

L'integrazione istituzionale nasce dalla necessità di promuovere collaborazioni fra istituzioni diverse (aziende sanitarie, amministrazioni comunali, ecc.) che si organizzano per conseguire comuni obiettivi di salute.

L'integrazione gestionale si colloca a livello di struttura operativa: in modo unitario nel distretto e in modo specifico nei diversi servizi che lo compongono, individuando configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento atti a garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni. Sul piano gestionale vanno incrementati gli approcci multidimensionali e le modalità operative basate sulla metodologia di lavoro integrato.

Le unità di valutazione multidimensionale devono tenere conto della ripartizione delle risorse a carico del bilancio sanitario e sociale, sulla base di quanto definito dalla Regione, fermo restando la necessità di garantire i LEA.

L'integrazione professionale è strettamente correlata all'adozione di profili aziendali e linee guida finalizzate a orientare il lavoro interprofessionale nella produzione dei servizi sanitari: domiciliari, intermedi e residenziali.

Condizioni necessarie dell'integrazione professionale sono: la costituzione di unità valutative multidimensionali integrate, la gestione unitaria della documentazione, la valutazione dell'impatto economico delle decisioni, la definizione delle responsabilità nel lavoro integrato, la continuità terapeutica tra ospedale e distretto, la collaborazione tra strutture residenziali e territoriali, la predisposizione di percorsi assistenziali appropriati per tipologie di intervento, l'utilizzo di indici di complessità delle prestazioni integrate.

L'integrazione professionale realizza le condizioni che garantiscono il massimo di efficacia nell'affrontare bisogni di natura multiproblematica la cui complessità richiede la predisposizione di una risposta altrettanto complessa, frutto della coordinata strutturazione di uno o più approcci assistenziali secondo un processo che si compone di tre fasi fondamentali:

- a) la fase della valutazione;
- b) la fase della progettazione individualizzata;
- c) la fase della presa in carico.

L'integrazione professionale rappresenta anche l'opportunità per una partecipazione più motivata, consentendo agli operatori di rilevare il valore di ogni specifico apporto ed offrendo maggiore consapevolezza circa i processi di attività. Tali obiettivi si concretizzano attraverso il percorso proposto nei paragrafi successivi che delineano il modello di integrazione sociosanitaria da attuare nella Regione Lazio.

Modello di governance

Il Distretto sociosanitario è l'ambito territoriale e organizzativo entro cui si realizzano la programmazione e la erogazione delle prestazioni sociali e sanitarie e di quelle sociosanitarie integrate (art. 43, legge regionale n. 11/2016).

A livello di Distretto sociosanitario si programma, implementa e valuta la rete integrata degli interventi e dei servizi sociali a livello territoriale, attraverso la gestione in forma associata non soltanto delle risorse affluenti dalla Regione, ma dell'insieme delle funzioni sociali di cui sono titolari i Comuni del Distretto e le relative risorse impegnate.

Il distretto si configura come la struttura operativa che meglio consente di governare i processi integrati fra le istituzioni, gestendo unitariamente diverse fonti di risorse.

Al distretto spetta l'attività di controllo al fine di monitorare l'attuazione dei processi assistenziali integrati, correlando le risorse impiegate ai risultati ottenuti.

A questo scopo la Regione provvede a definire i criteri di finanziamento e gli indirizzi organizzativi, identificando, nell'ambito di una visione condivisa di stretta cooperazione, le responsabilità coordinate o unitarie dei vari soggetti istituzionali presenti sul territorio.

Programmazione congiunta

Il primo passo per l'integrazione gestionale è la programmazione congiunta, funzione strategica che definisce, sulla base di priorità e obiettivi, gli interventi da mettere in campo, le risorse a disposizione, i processi e le procedure di attuazione.

Alla funzione di programmazione spetta il compito di intercettare i nuovi e diversi bisogni che derivano dai mutamenti sociali, economici, normativi e culturali e, sulla base di essi, di indicare interventi e risposte assistenziali adeguate.

Soltanto un approccio integrato, nell'analisi dei bisogni, nelle scelte delle priorità d'intervento e nell'adozione degli strumenti di governo del sistema, può rispondere in maniera adeguata alla complessità dei fenomeni e dei bisogni sociosanitari complessi.

A livello di programmazione regionale, gli strumenti che assumono rilevanza nell'area dell'integrazione sociosanitaria sono:

- Piano sociale regionale, che fissa gli obiettivi del triennio, le regole del sistema integrato e il modello di valutazione dei risultati (art. 46 l.r. 11/2016);
- Programma Operativo della Regione Lazio;

□ Atti di programmazione (delibere di giunta, decreti del Commissario ad acta, determinazioni dirigenziali) per gli indirizzi e la applicazione di regole, uso delle risorse, strumenti di verifica dell'attuazione dei programmi.

Il permanere del Piano di rientro dal disavanzo sanitario e il conseguente commissariamento ha determinato l'impossibilità di definire un Piano Sociosanitario Integrato e, pertanto, si è resa necessaria la definizione di un Piano Sociale Regionale e di un Programma Operativo Sanitario. Questa limitazione dell'autonomia e potestà programmatica della Regione rende meno fluidi e automatici tutti i processi di integrazione sociosanitaria, che richiedono in questa fase una ancora maggiore volontà e determinazione da parte di tutti gli operatori del sistema a concorrere per una piena ed effettiva Integrazione.

Un significativo impulso all'integrazione sociosanitaria è stato dato dall'unificazione delle due precedenti direzioni regionali nella Direzione Salute e Politiche Sociali, che consente ed impone una sintesi delle responsabilità amministrative e programmatiche, e di conseguenza un impulso deciso all'armonizzazione di norme e linguaggi.

Piano sociale di Zona e Programma delle Attività Territoriali

La diversa articolazione territoriale della governance dei servizi sanitari e territoriali (aziende sanitarie, enti locali istituzionalmente autonomi), è un ulteriore tradizionale ostacolo ad una piena integrazione nei territori.

La pianificazione locale, elaborata a partire dai bisogni e dalle risorse del territorio, è definita in coerenza con le priorità e gli obiettivi del Piano Sociale Regionale e dei Programmi Operativi.

Le funzioni di indirizzo e programmazione dei servizi e degli interventi gestiti dai comuni in forma associata a livello di distretto sociosanitario sono svolte dal comitato istituzionale, in caso di utilizzazione della forma associativa della convenzione (di cui all'articolo 30 del d.lgs. 267/2000) e dagli organi rappresentativi aventi personalità giuridica in caso di Consorzio o Unione di Comuni (articolo 31 e 32 del d.lgs. 267/2000 e s.m.i.).

Gli strumenti di programmazione delle attività sociosanitarie per l'ambito distrettuale sono il Piano Sociale di Zona e il Programma delle Attività Territoriali.

Il Piano Sociale di Zona definisce, tra l'altro, gli indirizzi per l'organizzazione e la gestione coordinata e integrata nell'ambito del distretto sociosanitario delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, a carico dei comuni, con le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, a carico dell'Azienda Sanitaria Locale, d'intesa con l'Azienda Sanitaria Locale stessa.

Definisce, inoltre, le risorse finanziarie e la relativa ripartizione degli oneri tra Azienda Sanitaria Locale e Comuni per l'erogazione a livello distrettuale delle prestazioni sociosanitarie.

Per questi ultimi aspetti il Piano è approvato dagli organismi di indirizzo e programmazione congiuntamente con il Direttore generale dell'Azienda Sanitaria Locale.

Al contempo, il Programma delle Attività Territoriali, ai sensi dell'articolo 3-quater, comma 3, lettera c), del d.lgs. 502/1992 e successive modifiche, è proposto dal Direttore del distretto sanitario ed è approvato dal Direttore generale dell'Azienda Sanitaria Locale competente, d'intesa, limitatamente alle attività sociosanitarie, con gli organismi di governo istituzionale del distretto sociosanitario e secondo le indicazioni fornite dal Comitato di Distretto, organo comune della Convenzione per l'organizzazione e la gestione delle attività di integrazione sociosanitaria, disposto dall'art. 51, comma 3 della l.r. 11/2016, prevista dall'allegato C alla presente deliberazione.

Per l'organizzazione coordinata e integrata delle prestazioni sociosanitarie, il Direttore del Distretto sanitario e il Responsabile dell'Ufficio di Piano operano d'intesa, per il raggiungimento degli obiettivi fissati nei Programmi delle Attività Territoriali e nei Piani Sociali di Zona.

Il conseguimento dei suindicati obiettivi di integrazione sociosanitaria definiti nei Programmi delle Attività Territoriali e nei Piani Sociali di Zona costituiscono inderogabilmente, ai sensi dell'art. 51, comma della legge regionale n. 11/2016, uno degli elementi di valutazione del Direttore del Distretto sanitario e del Responsabile dell'Ufficio di piano, nell'ambito del sistema di misurazione e valutazione della performance individuale.

Pertanto, nella definizione degli obiettivi individuali da assegnare alle suddette figure, dovrà essere ricompresa obbligatoriamente l'implementazione, anno per anno, degli aspetti programmatici di integrazione sociosanitaria territoriale (relativi alla governance istituzionale, al funzionamento dei PUA e delle UVM, alla firma degli atti convenzionali, alla partecipazione del terzo settore, ecc.).

A tale obiettivo dovrà essere assegnato un peso rilevante nella valutazione complessiva del dirigente. Elaborazione congiunta del Piano sociale di Zona e del Programma delle Attività Territoriali: indice dei contenuti minimi

In relazione alla programmazione locale integrata sopracitata, è necessario coniugare tra loro i due strumenti Piano Sociale di Zona e Programma delle Attività Territoriali, tenendo conto che le azioni previste in materia sociosanitaria contenute in entrambi gli strumenti devono essere conformi.

Al fine di poter operare una programmazione effettivamente condivisa e congiunta, i due atti dovranno prevedere quali contenuti minimi:

1. Rilevazione dei bisogni della popolazione divisa per target e percezione del relativo stato di salute.
2. Mappatura dell'offerta dei servizi esistenti sul territorio suddivisa in servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari. Questi ultimi devono essere ripartiti per ore erogate di assistenza domiciliare sanitaria, medica, tutelare sociale e per la cura dell'ambiente domestico, anche sulla base dei dati desumibili dai sistemi informativi correnti.
3. Analisi dei punti di forza e dei punti di criticità del sistema complessivo dell'offerta.
4. Priorità e obiettivi strategici per il governo del sistema integrato locale.
5. Programmazione delle azioni suddivise per le singole aree di intervento (corredate delle schede relative al singolo progetto/servizio/intervento)
 - a. Area azioni di sistema;
 - b. Area materno infantile (minori e famiglia);
 - c. Area anziani;
 - d. Area disabili;
 - e. Area dipendenze;
 - f. Area salute mentale;
 - g. Area patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale;
 - h. Area inabilità o disabilità, conseguenti da patologie croniche degenerative.
6. Scheda finanziaria del piano.
7. Monitoraggio delle principali azioni, dei progetti e dei servizi presenti sul territorio.

Budget unico di distretto

Per la gestione e l'erogazione coordinata ed integrata delle prestazioni sociosanitarie, l'Azienda Sanitaria Locale e i comuni associati definiscono i rispettivi budget, creando un budget unico di distretto, concorrendo con proprie risorse finanziarie in coerenza con gli indirizzi programmatici locali e regionali.

La convenzione per l'organizzazione e la gestione delle attività di integrazione sociosanitaria che sarà stipulata tra la singola ASL e gli enti locali del relativo Distretto sociosanitario, secondo lo schema tipo approvato all'allegato C della presente deliberazione, stabilisce la modalità di gestione del budget unico.

Una parte del budget unico potrà essere riservata alla gestione di progetti innovativi da realizzare all'interno del distretto sociosanitario.

Ufficio sociosanitario integrato

Lo strumento d'integrazione gestionale e professionale tra la ASL e il Distretto sociosanitario è l'Ufficio sociosanitario integrato.

L'Ufficio sociosanitario integrato è composto dal Direttore del distretto sanitario, che ne è anche il Coordinatore, dal Responsabile dell'Ufficio di piano e da ulteriori professionalità che si rendessero necessarie per le funzioni amministrative e di monitoraggio dell'organo.

Tale ufficio si riunisce con cadenza almeno mensile con funzioni di rilevazione del fabbisogno sociosanitario, programmazione e monitoraggio, nonché di gestione del budget unico di distretto.

Inoltre, l'Ufficio sociosanitario è lo strumento di integrazione tra l'Ufficio di Piano e l'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD).

Infine, l'Ufficio sociosanitario integrato ha il compito di vigilare sulla corretta attuazione degli interventi previsti dalla convenzione stipulata tra l'Azienda Sanitaria Locale e i comuni associati nel relativo Distretto sociosanitario.

I membri dell'Ufficio sociosanitario integrato non percepiscono compensi per l'espletamento di tale funzione.

Convenzione

Gli elementi illustrati in questo paragrafo utili a garantire la programmazione congiunta, il coordinamento, il finanziamento e la gestione integrata delle prestazioni sociosanitarie saranno formalizzati attraverso una convenzione stipulata tra la singola ASL e gli enti locali del relativo Distretto sociosanitario, secondo lo schema tipo approvato all'allegato C della presente deliberazione. Tale convenzione dovrà essere stipulata tra ASL e distretto sociosanitario entro il 31 dicembre 2018. La deliberazione di Giunta regionale n. 660/2017 ha individuato i 36 distretti sociosanitari del Lazio, oltre a Roma Capitale.

Per i territori per i quali non vi è coincidenza tra distretto sanitario e distretto sociosanitario verrà stipulata una Convenzione per ciascun distretto sociosanitario (distretti sociosanitari delle provincie di Rieti e Viterbo) Roma Capitale, al fine di garantire la programmazione, l'organizzazione e la gestione integrata delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, stipulerà una Convenzione con ciascuna azienda sanitaria locale territorialmente competente che afferisce sul suo territorio, disciplinando anche i livelli di integrazione tra gli strumenti e i livelli territoriali di programmazione.

Monitoraggio

Il Monitoraggio e la valutazione, parti integranti della programmazione, si realizzano ai diversi livelli di governo al fine di analizzare le azioni e i processi, far emergere le criticità e riprogettare gli interventi futuri.

Ciascun livello di governo ha la necessità di realizzare azioni di monitoraggio e di valutazione per analizzare i processi e i risultati delle proprie politiche (sociali, sanitarie, sociosanitarie) e migliorare tali politiche ed interventi in un quadro in cui tali livelli si alimentino a vicenda, divenendo l'uno risorsa per l'altro.

Per questo il percorso di valutazione deve adottare un approccio metodologico comune e strumenti complementari. In una prospettiva di governance orientata ad uno sviluppo locale di comunità e di rete, il monitoraggio e la valutazione dei piani e dei programmi elaborati in maniera integrata dovranno prevedere il coinvolgimento e la partecipazione di tutti i soggetti che cooperano alla promozione dello sviluppo locale.

Occorre, in altri termini, che la valutazione sia interpretata come processo di apprendimento collettivo dei soggetti che insieme concorrono alla realizzazione delle politiche sociali e sociosanitarie pubbliche, che, anche grazie alla valutazione, imparano a "governare" insieme un sistema locale di servizi.

Il sistema regionale di monitoraggio e valutazione si doterà di strumenti per la raccolta dei dati, di indicatori di risultato (grado di soddisfazione dell'utenza rispetto ai servizi erogati, tempi di attesa, grado di efficacia e appropriatezza della prestazione erogata) che consentano comparazioni e raffronti temporali.

L'efficacia della attività di monitoraggio e valutazione poggerà sull'impegno di tutti gli attori coinvolti nel fornire le informazioni, nel rielaborarle e nel prevedere forme di restituzione utili agli operatori, ai responsabili istituzionali e ai cittadini che saranno così più consapevoli delle scelte di organizzazione e miglioramento dei servizi ad essi destinati.

Punto Unico di Accesso alle prestazioni sociosanitarie

Il Punto Unico di Accesso ai servizi sociosanitari rappresenta il luogo dell'accoglienza sociosanitaria ed è finalizzato ad avviare percorsi di risposta appropriati alla complessità delle esigenze di tutela

della salute della persona, superando la settorializzazione degli interventi che troppo spesso rende complesso per l'utente l'accesso ai servizi.

Il Punto Unico di Accesso rappresenta una modalità organizzativa di accesso unitario e universalistico ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari, rivolta tuttavia in particolare a coloro che presentano bisogni che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale. Si configura pertanto come il primo contatto a disposizione del cittadino, finalizzato ad attuare pari opportunità di accesso alle informazioni e ai servizi da parte di coloro che ne abbiano necessità e diritto.

In tal senso si delinea un modello organizzativo adeguato a rispondere in modo completamente integrato alle molteplici esigenze dell'utenza, attraverso una rete in cui ciascun punto di accesso è capace di accogliere qualsiasi tipologia di istanza: sociale, sanitaria e sociosanitaria. In sintesi, le principali funzioni del PUA sono l'accoglienza e l'ascolto, la raccolta della segnalazione, l'orientamento e la gestione della domanda, la prevalutazione dei casi segnalati, la risoluzione diretta dei casi semplici e l'avvio della presa in carico tramite l'attivazione della funzione di valutazione multidimensionale e integrazione con i servizi della rete territoriale.

L'attivazione dei Punti Unici di Accesso è stata regolata dalla Regione Lazio con la DGR n. 315 del 2011, che ne ha dettato le Linee di indirizzo.

Con la legge regionale 11/2016, all'art. 52, al fine di favorire la fruizione da parte degli utenti dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari erogati nell'ambito del distretto, è stato disposto l'istituzione di almeno un punto unico di accesso (PUA) in ogni ambito territoriale ottimale.

Secondo lo stesso articolo le funzioni specifiche del PUA sono:

- a) orientare le persone e le famiglie sui diritti alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale e sulle modalità per accedere ad esse ferma restando l'equità nell'accesso ai servizi, con particolare riferimento alla tutela dei soggetti più deboli;
- b) agevolare l'accesso unitario alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale, favorendo l'integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari;
- c) segnalare le situazioni connesse con bisogni socio-sanitari complessi per l'attivazione della valutazione multidimensionale e della presa in carico integrata;
- d) avviare la presa in carico, mediante la prevalutazione integrata socio-sanitaria funzionale all'identificazione dei percorsi sanitari, socio-sanitari o sociali appropriati.

Allo stato attuale si evidenziano ulteriori margini di miglioramento per l'integrazione fra la componente sanitaria e quella sociale e per il potenziamento dei PUA. È ormai inderogabile, quindi, che i principi già disciplinati con la normativa vigente trovino concreta e definitiva attuazione.

Modello organizzativo

Le funzioni del PUA, così come disposto dalla DGR n. 315/2011, si collocano nel distretto sociosanitario presso una sede territoriale strategica, ove siano presenti un numero rilevante di servizi sanitari e/o sociali e di funzioni direzionali.

Nelle Case della Salute, che si configura come il nodo strategico, strutturato e di riferimento, in forte connessione funzionale e operativa con tutta la rete sanitaria e sociale del territorio in cui insiste, è prevista tra le funzioni di base la presenza del Punto Unico di Accesso.

Qualora in un distretto non sia ancora operativa una Casa della Salute, il PUA potrà essere ubicato presso una sede territoriale del distretto sanitario o sociale.

Occorre precisare che, laddove se ne ravvisasse la necessità per motivi demografici e/o territoriali, sarà possibile istituire più sedi PUA al fine di realizzare una maggiore prossimità con gli utenti.

Il modello declinato dalla Regione Lazio, così come definito con deliberazione n. 315/2011 e successivamente ripreso dal Piano Sociale approvato dalla deliberazione n. 57/2017 prevede che tutti i punti di accoglienza già attivi per l'utenza fragile (segretariati sociali, servizi CAD di ASL, consultori familiari, ecc.), se dotati di personale appositamente formato alle funzioni PUA e se connessi al sistema informativo SIAT di cui al paragrafo sottostante, possono svolgere la funzione di front-office. In tal senso, al fine di garantire quanto più possibile la prossimità ai cittadini, si prevede la creazione di una rete in cui, a fianco a una sede distrettuale principale (unica deputata a svolgere le funzioni di back office), siano presenti varie sedi decentrate e di prossimità, con funzioni di front

office, situate presso i servizi territoriali già esistenti e connessi con il PUA principale, accogliendo l'utenza e procedendo a indirizzarla in maniera appropriata (modello Hub & Spoke in cui l'Hub si identifica con la funzione del back office e gli Spoke sono i punti che assolvono esclusivamente funzione di front office)

Infatti, i PUA saranno collegati tra loro nell'ottica della realizzazione di un'efficiente ed efficace rete informativa coordinata coerentemente con quanto previsto dallo sviluppo del Sistema Informativo Assistenza Territoriale (SIAT).

Il modello PUA prevede ambiti di tipo operativo e rivolti al cittadino, occupandosi di attività di accoglienza, informazione, orientamento, accompagnamento, decodifica del bisogno con risposta di primo livello (prevalutazione) e inoltre ai servizi interni al sistema sociale e sanitario competenti per l'evasione di domande complesse. Si delinea così un sistema di organizzazione del PUA strutturato, ancorché agile, che in diverse fasi operative utilizza, all'interno del sistema informativo relativo alle attività sociosanitarie, lo strumento della cartella sociosanitaria, coerentemente con il SIAT, per la registrazione informatizzata dei dati relativi all'utenza, alla domanda espressa, alla valutazione integrata dei casi, alla presa in carico, alla gestione dei casi e all'esito degli interventi. Riassumendo le funzioni del PUA sono articolate su due livelli:

a) funzioni di front office: accesso in termini di accoglienza, informazione, orientamento e accompagnamento

b) funzioni di back office: prevalutazione, avvio della presa in carico, identificazione dei percorsi assistenziali e attivazione dei servizi, monitoraggio e valutazione dei percorsi attivati.

Le risorse umane, strumentali e finanziarie per l'attivazione ed il funzionamento del PUA, ivi comprese le attività di formazione del personale, sono fornite dalle aziende sanitarie locali e dai comuni associati nell'ambito territoriale ottimale.

Tali aspetti sono regolati dal regolamento di cui ciascun PUA dovrà dotarsi e che dovrà contenere il logo unitario riconoscibile, l'elenco delle sedi del PUA, gli orari di apertura, la tempistica di attivazione della risposta, l'organizzazione, la descrizione dei processi operativi, comprensivi delle singole fasi, l'individuazione dei responsabili dell'esecuzione delle singole attività svolte e i criteri per l'individuazione del responsabile del PUA.

Il PUA deve prevedere necessariamente risorse umane dedicate per le specifiche funzioni, opportunamente formate ed abilitate alla ricezione e allo screening della domanda d'accesso nella rete dei servizi, capaci di codificare e decodificare il bisogno, di relazionarsi con la cittadinanza e con il sistema socio-ambientale di riferimento, di lavorare in equipe, di gestire funzioni organizzative e di coordinamento.

I profili professionali degli operatori PUA sono identificati nell'assistente sociale, nell'infermiere, nel medico di distretto e nel personale amministrativo.

Può altresì essere prevista, in considerazione dell'utenza prevalente, la presenza di ulteriori figure professionali, anche condivise con altri servizi e rese disponibili all'occorrenza.

Il profilo professionale e la formazione del personale devono essere, comunque, strettamente correlate alle specifiche funzioni attribuite all'interno PUA e devono essere supportati da strumenti utili per la gestione informatizzata delle pratiche.

La scheda di prevalutazione

Nella costituzione del modello organizzativo del PUA regionale, grande rilievo ha la scheda di prevalutazione che permette di effettuare una prima analisi e di guidare le prime azioni di orientamento (individuazione del bisogno - semplice e/o complesso, avvio delle procedure per la valutazione multidisciplinare e per i supporti specialistici), nonché le risposte assistenziali immediate e urgenti.

La scheda raccoglie un primo gruppo di informazioni (anagrafiche, sociorelazionali-ambientali, cliniche, assistenziali, amministrative), propedeutiche alla redazione del fascicolo personale che viene aperto al momento della presa in carico e che diventa la base per lo sviluppo di un linguaggio comune tra le diverse professionalità del settore sociale e di quello sanitario.

Tale scheda è finalizzata a orientare gli operatori nella definizione del bisogno (semplice e/o complesso) e, in caso di individuazione di un bisogno complesso, servirà a determinare la composizione dell'Equipe Multidimensionale che dovrà valutare l'entità del bisogno per decidere il percorso da intraprendere. La scheda di prevalutazione del PUA, che diventerà omogenea per tutti i distretti in sostituzione di quelle attualmente in uso e che sarà ricompresa nel SIAT, è riportata nell'allegato D.

Formazione congiunta

A livello regionale e in ogni territorio distrettuale, verrà realizzata la formazione congiunta degli operatori sociali e sanitari al fine di disporre di linguaggi e strumenti comuni e sviluppare percorsi strutturati di condivisione delle esperienze da parte degli attori coinvolti a vario livello nei percorsi di continuità assistenziale.

La formazione sarà dedicata alla condivisione degli strumenti di valutazione dei bisogni, alla conoscenza dell'offerta integrata dei servizi, alla appropriatezza dei percorsi, le responsabilità di presa in carico, al favorire la comunicazione reciproca tra gli operatori sociali e sanitari, alla implementazione del sistema informativo e agli strumenti e metodi di monitoraggio e valutazione. La formazione del personale dovrà essere continua, al fine di favorire l'acquisizione di conoscenze e competenze capaci di rispondere alle mutevoli esigenze dei cittadini.

Il personale coinvolto dovrà, inoltre, contribuire attivamente al miglioramento continuo delle procedure e della appropriatezza delle valutazioni, attraverso la segnalazione costante di criticità, limiti e potenzialità.

Qualora risultassero risorse residue tra quelle assegnate ai distretti sociosanitari con determinazione n. G19295/2014, gli stessi possono destinare le suddette risorse al finanziamento della formazione, secondo quanto indicato al punto 3.3 dell'allegato 1 della DGR n. 315/2011.

Inoltre verrà realizzato un percorso formativo regionale "di sistema" rivolto al personale delle strutture integrate, slegato dalle singole competenze tecniche e professionali delle figure coinvolte e orientato a migliorare la conoscenza del quadro di riferimento, del contesto operativo e dei processi attivati.

Il Sistema Informativo dell'Assistenza Sanitaria Territoriale e la Cartella sociosanitaria

Il Sistema Informativo dell'Assistenza Sanitaria Territoriale della Regione Lazio è rappresentato dal SIAT già operativo presso tutte le aziende sanitarie della Regione Lazio. Il SIAT incontra perfettamente gli indirizzi del Ministero garantendo a MMG/PLS, distretti sociosanitari, strutture ospedaliere ed erogatori accreditati e classificati la gestione, in modo condiviso e strutturato, dell'intero processo di presa in carico, dall'accoglienza alla valutazione dei bisogni, dalla definizione all'erogazione e monitoraggio del progetto assistenziale. La digitalizzazione rientra in un disegno organizzativo strategico capace di garantire una presa in carico dell'assistito globale e continuativa nell'ambito dei seguenti servizi:

- assistenza domiciliare non autosufficienza
- assistenza residenziale non autosufficienza
- assistenza semiresidenziale non autosufficienza
- assistenza residenziale cure palliative
- assistenza domiciliare cure palliative
- assistenza riabilitativa residenziale, semiresidenziale, domiciliare e ambulatoriale a persone con disabilità

In termini di appropriatezza delle valutazioni e dei progetti assistenziali, con la formalizzazione dei Decreti del Commissario ad Acta DCA n. U00247 del 25 luglio 2014, DCA n. U00306 del 1 ottobre 2014 e DCA n. U00361 del 31 ottobre 2014, la Regione Lazio ha fatto un ulteriore passo in avanti adottando ed integrando nel SIAT strumenti di valutazione multidimensionale di ultima generazione, quali:

- InterRai Contact Assessment – CA integrato per la componente sociale – per il PUA Punto Unico di Accesso;
- InterRai Long Term Care Facility – LTCF per il regime residenziale e semiresidenziale;

- InterRai Home Care – HC per l’Assistenza Domiciliare Integrata – ADI;
- InterRai Palliative Care – PC, per le cure palliative;
- SVaMDi, per la disabilità psichica fisica e sensoriale.

Una completa integrazione sociosanitaria può essere realizzata attraverso un sistema informativo unico e integrato che metta a disposizione di tutti gli attori coinvolti nella cura alla persona, sia dal punto di vista sanitario che sociale, l’insieme di dati che caratterizzano i bisogni di ciascun cittadino (nel rispetto ovviamente dei diversi ruoli e del GDPR in materia di privacy).

La cartella sociosanitaria integrata, sviluppata all’interno del SIAT, rappresenta lo strumento principale per la raccolta delle informazioni, la gestione dei processi, il monitoraggio e la valutazione degli interventi. In altre parole costituisce la raccolta integrata dei dati di accesso delle persone al sistema di welfare locale e di archiviazione delle informazioni riguardanti la storia del singolo in rapporto ai servizi e agli interventi territoriali.

Secondo questa ottica, quindi, la cartella sociosanitaria si configura, non solo come lo strumento di lavoro che consente di mettere in rete gli operatori dei servizi sociali e quelli dei servizi sanitari, ma anche come lo strumento fondamentale del processo di produzione di dati perché la sua compilazione originerà la raccolta e organizzazione di dati che una volta elaborati, forniranno informazioni indispensabili all’analisi del bisogno, anche ai fini di una programmazione degli interventi, sia a livello locale che regionale.

La cartella sociosanitaria sarà integrata nell’ambito del sistema informativo relativo alle attività sociosanitarie previsto dall’articolo 49 della legge regionale n. 11/2016.

I requisiti relativi alla realizzazione del Sistema Informativo dei Servizi Sociali e la relativa tempistica di realizzazione saranno stabiliti con specifica deliberazione di Giunta regionale.

La cartella sociosanitaria permetterà di:

- acquisire una sola volta le informazioni sulla persona, evitando ripetizione di richieste e compilazioni di moduli identici e quindi, permettendo lo snellimento delle procedure;
- monitorare il progetto personale e l’insieme dei servizi erogati, evitando il rischio di duplicazioni e sovrapposizioni;
- favorire l’integrazione tra i servizi (sociali, sanitari, educativi, del lavoro);
- acquisire informazioni, in maniera aggregata, sulle domande dei cittadini e sulle capacità di risposta del sistema;
- impostare notifiche relative a date cardine o scadenze previste nel progetto personale e classificabili tramite il nomenclatore delle prestazioni;
- registrare periodi di ricovero, detenzione o permanenza temporanea presso diverso domicilio e indicare la data del decesso;
- reperire i contatti delle strutture o funzioni che hanno in carico la persona.

Inoltre, relativamente al “fascicolo personale”, la realizzazione del sistema informativo unico e integrato, permetterà l’evoluzione dell’attuale Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), contenente il Piano di Assistenza Individuale (PAI) e le schede di valutazione multidimensionale InterRai e/o SVaMDi, con i contenuti previsti dal Fascicolo Personale Sociale.

La valutazione multidimensionale

La valutazione multidimensionale rappresenta una pratica di dimostrata efficacia nella gestione del paziente complesso e fragile.

Tale pratica, infatti, favorisce al contempo, tramite un approccio globale, l’appropriato utilizzo dei servizi (appropriatezza organizzativa) e l’efficacia delle azioni clinico assistenziali (appropriatezza clinica).

Il ricorso alla valutazione multidimensionale è previsto in modo esplicito dal DPCM 12 gennaio 2017, dove all’articolo 21, comma 4, si recita: “i trattamenti terapeutico-riabilitativi e assistenziali, semiresidenziali e residenziali, sono garantiti dal Servizio sanitario nazionale, quando necessari, in base alla valutazione multidimensionale”.

La valutazione multidimensionale si caratterizza per la partecipazione attiva di più professionisti facenti parte della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali.

È, pertanto, definibile quale funzione valutativa esercitata da un insieme di operatori di area sanitaria e sociale, finalizzata all'individuazione dei bisogni di salute, nonché delle caratteristiche socioeconomiche e relazionali della persona e delle sue potenzialità e risorse, attraverso l'utilizzo di strumenti validati dalla comunità scientifica al fine di definire il setting assistenziale appropriato al bisogno individuato.

La valutazione multidimensionale si articola in due fasi:

- la rilevazione diretta sull'assistito, durante la quale uno o più professionisti competenti per lo specifico bisogno raccolgono le informazioni;
- la valutazione delle informazioni raccolte, che viene effettuata collegialmente dalla unità di valutazione multidimensionale distrettuale (UVMD) formalmente riunita.

Di seguito l'elenco delle funzioni attribuite dalla normativa vigente alle UVMD che comprendono:

- la valutazione multiprofessionale e multidimensionale che consente di identificare i bisogni, gli interventi e le risposte più appropriate, nel rispetto del principio di equità di accesso ai servizi e alle prestazioni offerte dal territorio, in modo che possano essere attivate, a breve, medio e lungo termine, le risorse in termini di personale e di servizi;
- l'elaborazione di un progetto personalizzato degli interventi (Piano di Assistenza Individuale - PAI), individuando la migliore soluzione possibile, anche in relazione alle risorse disponibili ed attivabili, garantendo comunque quanto previsto dai LEA;
- l'individuazione dell'operatore referente del progetto per la persona (case manager), per la sua famiglia e per gli altri soggetti coinvolti, al fine di facilitare il passaggio delle informazioni
- il monitoraggio e verifica dei risultati dei singoli progetti approvati, nonché la rivalutazione per gli utenti che ne hanno necessità.

Ambito di applicazione

Il DCA n. U00431/12 ha disciplinato l'ambito di applicazione della Valutazione Multidimensionale, nonché l'organizzazione e l'attività della equipe distrettuale deputata ad effettuarla (Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale - UVMD), al fine di rendere omogenee sul territorio regionale le funzioni valutative.

Il DCA U00431/2012 prevede che la valutazione multidimensionale sia applicata per accedere:

- ai trattamenti residenziali intensivi, estensivi e di mantenimento, nonché domiciliari (ADI), per le persone non autosufficienti, anche anziane;
- ai trattamenti semiresidenziali estensivi e di mantenimento per le persone non autosufficienti, anche anziane;
- ai trattamenti riabilitativi residenziali intensivi ed estensivi con accesso dal domicilio e socio riabilitativi di mantenimento per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale;
- ai trattamenti riabilitativi semiresidenziali estensivi con accesso dal domicilio e socio riabilitativi di mantenimento per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale;
- ai trattamenti riabilitativi domiciliari per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale. Il successivo DCA n. U00401/16 ha esteso, a partire dal 1° gennaio 2017, la valutazione multidimensionale alle persone con infezione da HIV/AIDS, tramite l'utilizzo degli strumenti della SUITE InterRAI adottati nella Regione Lazio.

Nel modello organizzativo sociosanitario regionale, la valutazione multidimensionale diventerà lo strumento metodologico e operativo corrente, da attivare in tutti i casi che richiedono il ricorso a servizi integrati.

Nel modello organizzativo sociosanitario regionale, la valutazione multidimensionale diventerà lo strumento metodologico e operativo corrente, da attivare in tutti i casi che richiedono il ricorso a servizi integrati.

A partire dal 1° gennaio 2019 la valutazione multidimensionale da parte dell'UVM distrettuale verrà estesa al settore afferente alla salute mentale.

A partire dal 1° gennaio 2020 la valutazione multidimensionale distrettuale verrà estesa al settore afferente alle dipendenze.

Con specifici atti regionali verranno definite le necessarie modalità attuative. Composizione UVMD
Il DCA n. U00431/2012 ha definito la composizione minima delle Unità di valutazione multidimensionale che può variare in relazione al bisogno e comprende, oltre al medico di medicina generale (o il pediatra di libera scelta in caso di minori), l'infermiere, l'assistente sociale, il medico

di distretto, integrata, a seconda delle specifiche necessità dell'utente, da altre figure professionali (medici specialisti, terapeuta della riabilitazione, psicologo, altre figure) afferenti ai servizi/unità operative territoriali. In conformità con quanto previsto dal percorso di integrazione sociosanitaria proposto dal modello regionale, occorre specificare che l'assistente sociale coinvolto nell'UVM è quello designato dal distretto sociosanitario tra gli assistenti sociali dei comuni afferenti al relativo ambito territoriale, questo al fine di poter procedere con un'effettiva integrazione tra il settore sociale e quello sanitario.

I componenti dell'UVM sono nominati dal Direttore del distretto sanitario.

L'assistente sociale del distretto sociosanitario presente in UVM viene nominato, previa designazione da parte del Responsabile dell'ufficio di piano.

L'assistente sociale dovrà avere la potestà di rappresentare l'ente locale, con inquadramento contrattuale tale da consentire l'assunzione di responsabilità per l'eventuale autorizzazione alla spesa.

La designazione dell'assistente sociale deve avvenire entro il termine perentorio di 30 giorni dalla data di richiesta del nominativo da parte della ASL

L'ente locale potrà fornire anche il necessario personale amministrativo di supporto.

Il governo del processo di presa in carico garantisce l'appropriatezza delle prestazioni e una corretta allocazione delle risorse professionali e finanziarie.

La responsabilità del suddetto processo deve, quindi, essere ricondotta all'Ufficio Sociosanitario Integrato, secondo l'organizzazione che ogni distretto si sarà data.

Tale momento di responsabilità condivisa è utile per verificare (sulla base delle informazioni acquisite) anche la disponibilità di specifiche risorse da allocare nel budget di salute, allegato al progetto personale.

Periodicità degli incontri dell'UVM L'UVM, di norma, si riunisce almeno una volta alla settimana e, comunque, con una periodicità che deve consentire in tempi congrui la conclusione degli adempimenti di competenza.

Il Piano di Assistenza Individuale Il PAI (Piano di Assistenza Individuale) si configura come un'azione integrata di misure, sostegni, servizi, prestazioni e trasferimenti monetari in grado di supportare il progetto di vita della persona e la sua inclusione sociale.

Secondo la legge regionale n. 11/2016 (art. 53, comma 1), esso deve essere formulato dall'UVM con la diretta partecipazione della persona o di chi la rappresenta, sulla base della valutazione multidimensionale della sua specifica situazione, in termini di condizioni di salute, limitazioni alle azioni e alla partecipazione, obiettivi e aspirazioni, nonché della valutazione del contesto ambientale nella sua accezione più ampia.

Il PAI si configura quindi come lo strumento dell'effettiva presa in carico, intesa come identificazione certa delle responsabilità connesse alla realizzazione del progetto, al suo monitoraggio e adeguamento, alla valutazione dei risultati e degli impatti.

La costruzione del PAI è la prima azione multiprofessionale del servizio che prende in carico la persona fragile e va modificato nel tempo con il contributo di tutti gli operatori coinvolti.

Elemento strategico del PAI è la sua discussione e condivisione con i familiari che rappresenta la presa d'atto delle reali condizioni e dei bisogni dell'assistito, nonché mezzo di comprensione del lavoro dell'equipe, anche attraverso l'attivazione di un percorso di condivisione standardizzato ed inserito direttamente nel PAI.

L'elaborazione del PAI e il suo periodico aggiornamento assumono anche un valore formale, poiché sancisce la responsabilità del servizio e degli operatori che hanno preso in carico la persona. Il Piano di Assistenza Individuale rappresenta dunque una modalità operativa attraverso la quale si realizzano la valutazione multidimensionale e la continuità assistenziale per l'insieme degli utenti che necessitano di servizi integrati, restituendo una strategia assistenziale fondata sulla multiprofessionalità e sulla multidisciplinarietà.

Con l'uso del PAI si passa, dal punto di vista professionale, da un'organizzazione lavorativa che affida agli operatori la semplice esecuzione delle mansioni ad una in cui tutti coloro che operano

all'interno dell'organizzazione vengono responsabilizzati in vista di determinati obiettivi, mentre dal punto di vista socio-psicologico il PAI è uno strumento che consente di focalizzare l'attenzione sulla persona assistita la quale, sentendosi maggiormente considerata, può mantenere l'autostima, difficile da conservare quando il grado di dipendenza da altre persone è elevato.

Gli elementi essenziali del Piano di Assistenza Individuale

Gli elementi essenziali del PAI sono:

- Soggetti coinvolti: il Piano viene sottoscritto dall'utente o suo familiare e dal Responsabile del PAI stesso.
- Pianificazione degli interventi: il Piano prevede la pianificazione degli interventi fino ad un massimo di un anno, rinnovabile non tacitamente. Nel Piano dovranno essere contenuti: la valutazione ed il livello di gravità; l'eventuale valutazione di adeguatezza ambientale; i risultati attesi standardizzati; le prestazioni sociosanitarie da erogare in rapporto al bisogno da condividersi con l'assistito o con i suoi familiari; i tempi di verifica del PAI e dei risultati attesi. Nello specifico, andranno individuate le prestazioni e gli interventi da effettuare presso il domicilio dell'assistito oppure presso le strutture diurne e residenziali, con riguardo al numero, tipologia e frequenza degli accessi a domicilio; la tipologia di operatore richiesto per ciascuna prestazione da erogare.
- Responsabile del Piano: il Responsabile del Piano ha i seguenti compiti: è il referente organizzativo della persona interessata e dei suoi familiari; sottoscrive il Piano per conto dell'Unità di Valutazione; redige il piano delle attività previste dal PAI e ne verifica l'attuazione e il raggiungimento dei risultati attesi; avvia e chiude il Piano di Assistenza Individuale e propone al Responsabile della Unità di Valutazione l'eventuale revisione e/o proroga del Piano stesso, con un'eventuale rivalutazione al momento della scadenza.
- Monitoraggio: l'effettiva attuazione e l'adeguatezza del Piano sono periodicamente verificati dal Responsabile del Piano di Assistenza Individuale nel corso del periodo di validità del Piano stesso. Il PAI dunque si configura non solamente come strumento che permette di passare dai bisogni ai servizi attraverso un settaggio degli obiettivi, ma anche come strumento operativo che mette in campo le risorse e le competenze necessarie per monitorare i risultati ed eventualmente riorientare le specifiche della presa in carico.

Affinché il PAI possa svolgere al meglio entrambe le funzioni, è necessario un coinvolgimento effettivo e diretto anche delle famiglie e dei caregiver.

La situazione familiare dell'utente rappresenta, infatti, un elemento di valutazione cruciale per la definizione del Piano di Assistenza Individuale, nella misura in cui essa sia in grado di fornire o meno sufficiente assistenza al familiare in situazione di disagio

Appendice all'allegato A

Gli strumenti per la valutazione multidimensionale

La Regione Lazio ha adottato una serie di strumenti di valutazione multidimensionale che garantiscono omogeneità, appropriatezza ed equità dei criteri valutativi.

La scheda SVaMDi

La scheda SVaMDi (Scheda di Valutazione Multidimensionale del Disabile) è lo strumento di valutazione multidimensionale per l'accesso delle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale alle prestazioni in modalità residenziale, semiresidenziale e domiciliare, adottata dalla Regione con decreto del Commissario ad acta n. 306/2014. La scheda è costruita sulla struttura e sull'organizzazione concettuale dell'ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute dell'OMS) che, partendo dal presupposto che le abilità e le disabilità di un individuo sono determinate dall'interazione dinamica tra le condizioni di salute e i fattori di contesto, consente di indagare il rapporto tra la persona e l'ambiente. L'esame di tale rapporto consente di descrivere le disabilità e i funzionamenti in un profilo che rappresenta, di fatto, il profilo dell'interazione tra una persona in una determinata condizione di salute e il suo ambiente di vita.

Tale descrizione supporta nella progettazione di appropriati percorsi di presa in carico.

Nella SVaMDi è proposta una selezione di categorie ritenute di maggior rilievo, desunte dalla versione Adulti della classificazione.

La Scheda è composta da sezioni che raccolgono informazioni circa la situazione sanitaria (valutazione sanitaria), funzionale (menomazione di strutture e funzioni corporee, nonché limitazioni delle attività e restrizioni della partecipazione connesse ai fattori ambientali ostacolanti o facilitanti) e sociale (situazione familiare, condizione abitativa ed economica).

La scheda RUG

La scheda di Valutazione RUG è una versione ridotta della scheda di valutazione multidimensionale conosciuta come Resident Assessment Instrument (RAI, o VAOR© nella versione Italiana) correntemente utilizzata negli USA per la valutazione e la programmazione dell'assistenza dei pazienti ospiti delle Nursing Home (sostanzialmente corrispondenti alle RSA italiane).

La scheda RUG deriva dal Minimum Data Set (MDS) che costituisce la base informativa per tutti i pazienti ospiti delle RSA.

Il Sistema RUG è un sistema di classificazione dei pazienti in gruppi a differente assorbimento di risorse assistenziali.

La costruzione delle classi RUG avviene a partire da alcune informazioni, contenute nel MDS, che risultano maggiormente significative in una ottica di valutazione del carico assistenziale.

La scheda RUG utilizza solamente una parte delle informazioni contenute nel MDS e l'attribuzione del paziente al gruppo RUG di appartenenza viene ottenuta compilando 109 item.

Si tratta in pratica di un subset del MDS finalizzato ad ottenere le informazioni necessarie per l'identificazione dei gruppi RUG.

La Regione, con DGR n. 40/2008 ha adottato la scheda RUG quale strumento di valutazione multidimensionale per l'ammissione e presa in carico di persone portatrici di problematiche assistenziali complesse negli ambiti semiresidenziale e residenziale, prevedendo eventuali schede integrative che si rendessero necessarie per la valutazione dei bisogni sociali e delle risorse economiche.

Con successivo decreto del Commissario ad acta n. U00361/2014 sono stati adottati ulteriori strumenti integrativi di valutazione appartenenti alla SUITE InterRai per l'accesso alle prestazioni ricomprese nell'area della non autosufficienza:

- InterRai Long Term Care Facility – LTCF per il regime residenziale e semiresidenziale, ad integrazione del sistema di valutazione RUG;
- InterRai Home Care – HC per l'assistenza domiciliare integrata – ADI;
- InterRai Contact Assessment – CA, integrato per la componente sociale - per il Punto Unico di Accesso (PUA);
- InterRai Palliative Care – PC, per le cure palliative. Appendice all'allegato A Gli strumenti per la valutazione multidimensionale

La Regione Lazio ha adottato una serie di strumenti di valutazione multidimensionale che garantiscono omogeneità, appropriatezza ed equità dei criteri valutativi.

La scheda SVaMDi

La scheda SVaMDi (Scheda di Valutazione Multidimensionale del Disabile) è lo strumento di valutazione multidimensionale per l'accesso delle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale alle prestazioni in modalità residenziale, semiresidenziale e domiciliare, adottata dalla Regione con decreto del Commissario ad acta n. 306/2014.

La scheda è costruita sulla struttura e sull'organizzazione concettuale dell'ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute dell'OMS) che, partendo dal presupposto che le abilità e le disabilità di un individuo sono determinate dall'interazione dinamica tra le condizioni di salute e i fattori di contesto, consente di indagare il rapporto tra la persona e l'ambiente.

L'esame di tale rapporto consente di descrivere le disabilità e i funzionamenti in un profilo che rappresenta, di fatto, il profilo dell'interazione tra una persona in una determinata condizione di salute e il suo ambiente di vita.

Tale descrizione supporta nella progettazione di appropriati percorsi di presa in carico.

Nella SVaMDi è proposta una selezione di categorie ritenute di maggior rilievo, desunte dalla versione Adulti della classificazione.

La Scheda è composta da sezioni che raccolgono informazioni circa la situazione sanitaria (valutazione sanitaria), funzionale (menomazione di strutture e funzioni corporee, nonché limitazioni delle attività e restrizioni della partecipazione connesse ai fattori ambientali ostacolanti o facilitanti) e sociale (situazione familiare, condizione abitativa ed economica).

La scheda RUG La scheda di Valutazione RUG è una versione ridotta della scheda di valutazione multidimensionale conosciuta come Resident Assessment Instrument (RAI, o VAOR© nella versione Italiana) correntemente utilizzata negli USA per la valutazione e la programmazione dell'assistenza dei pazienti ospiti delle Nursing Home (sostanzialmente corrispondenti alle RSA italiane).

La scheda RUG deriva dal Minimum Data Set (MDS) che costituisce la base informativa per tutti i pazienti ospiti delle RSA.

Il Sistema RUG è un sistema di classificazione dei pazienti in gruppi a differente assorbimento di risorse assistenziali.

La costruzione delle classi RUG avviene a partire da alcune informazioni, contenute nel MDS, che risultano maggiormente significative in una ottica di valutazione del carico assistenziale.

La scheda RUG utilizza solamente una parte delle informazioni contenute nel MDS e l'attribuzione del paziente al gruppo RUG di appartenenza viene ottenuta compilando 109 item.

Si tratta in pratica di un subset del MDS finalizzato ad ottenere le informazioni necessarie per l'identificazione dei gruppi RUG.

La Regione, con DGR n. 40/2008 ha adottato la scheda RUG quale strumento di valutazione multidimensionale per l'ammissione e presa in carico di persone portatrici di problematiche assistenziali complesse negli ambiti semiresidenziale e residenziale, prevedendo eventuali schede integrative che si rendessero necessarie per la valutazione dei bisogni sociali e delle risorse economiche.

Con successivo decreto del Commissario ad acta n. U00361/2014 sono stati adottati ulteriori strumenti integrativi di valutazione appartenenti alla SUITE InterRai per l'accesso alle prestazioni ricomprese nell'area della non autosufficienza:

- InterRai Long Term Care Facility – LTCF per il regime residenziale e semiresidenziale, ad integrazione del sistema di valutazione RUG;
- InterRai Home Care – HC per l'assistenza domiciliare integrata – ADI;
- InterRai Contact Assessment – CA, integrato per la componente sociale - per il Punto Unico di Accesso (PUA);
- InterRai Palliative Care – PC, per le cure palliative.
- InterRai Contact Assessment – CA, integrato per la componente sociale - per il Punto Unico di Accesso (PUA);
- InterRai Palliative Care – PC, per le cure palliative.

Allegato B

Le prestazioni sociosanitarie nella Regione Lazio

Le prestazioni sociosanitarie sono definite dall'articolo 3-septies del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modifiche e dall'articolo 3 del DPCM 14 febbraio 2001 quali "attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione".

Si distinguono in:

- a) Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativo invalidanti di patologie congenite e acquisite;
- b) Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute;
- c) Prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria che attengono prevalentemente alle aree: materno infantile, anziani, disabilità, patologie psichiatriche, dipendenze, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.
- Le prestazioni sociosanitarie sono rappresentati nello schema seguente:

Assistenza sociosanitaria Rif. normativi

Cure domiciliari

Art. 22, DPCM 12.1.2017 DGR n. 223/2016 (BURL n. 39 del 17.05.2016) DGR n. 88/2017 (BURL n. 20 del 09.03.2017, suppl. n. 1) DCA n. U00256/2017 (BURL n. 58 del 20.07.2017) DCA n. U00283/2017 (BURL n. 59 del 25.07.2017) L.R. n. 20/2006 DGR n. 601/2007 (BURL n. 26 del 20.09.2007) L.R. n. 6/2012 DGR n. 504/2012 (BURL n. 67 del 27.11.2012)

Cure palliative domiciliari

rt. 23, DPCM 12 gennaio 2017 DCA U0084/2010 (BURL n. 45 del 7.12.2010, suppl. n. 206) DCA U00360/2016 (BURL n. 93 del 22.11.2016)

Assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie

Art. 24, DPCM 12.1.2017 Legge n. 15/1976 Art.29 bis legge184/1983 come modificato dalla legge n.149/2001 L.R. n. 4/2014 Art. 10, L.R. n. 11/2016 DCA U00191/2015 (BURL n. 41 del 21.05.2015) DGR n. 614/2016 (BURL n. 87 del 2.11.2016, suppl. n. 1) DGR n. 223/2016 (BURL n. 39 del 17.05.2016) DGR n. 88/2017 (BURL n. 20 del 09.03.2017, suppl. n. 1) DCA n. U0029/2011 (BURL n. 18 del 14.05.2011, suppl. n. 97) DCA n. U00152/2014 (BURL n. 41 del 22.05.2014, suppl. n. 1) DGR n. 361/2007 (BURL n. 20 del 20.07.2007, suppl. n. 3) DGR n. 680/2008 (BURL n. 40 del 28.10.2008, suppl. n. 128) DGR n. 501/2009 (BURL n. 33 del 7.09.2009, suppl. n. 153) DGR n. 125/2015 (BURL n. 27 del 02.04.2015, suppl. n. 1) DGR n. 126/2015 (BURL n. 27 del 02.04.2015, suppl. n. 1) DGR n. 884/2017 (BURL n. 2 del 4.01.2018)

Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo Art. 25, DPCM 12 gennaio 2017 DCA n. U00451/2014 (BURL n. 1 del 2.01.2015) DCA n. U00383/2015 (BURL n. 65 del 13.08.2015) DCA n. U00026/2015 (BURL n. 11 del 5.02.2015) DCA n. U00080/2016 (BURL n. 24 del 24.03.2016)

Assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali

Art. 26, DPCM 12 gennaio 2017 DCA n. U00448/2014 (BURL n. 5 del 15.01.2015) L.R. n. 49/1983 Regolamento regionale 9 novembre 2011 n. 10 (BURL n. 47 del 21.12.2011)

Assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità Art. 27, DPCM 12 gennaio 2017 DPR 4 ottobre 2013 L.R. n. 11/2016 DGR n. 223/2016 (BURL n. 39 del 17.05.2016) DGR n. 88/2017 (BURL n. 20 del 09.03.2017, suppl. n. 1) Art. 9, l. r. 17/2015 DGR n. 104/2017 (BURL n. 23 del 21.03.2017) DGR n. 454/2017 (BURL n. 64 del 10.08.2017)

Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche

Art. 28, DPCM 12 gennaio 2017 Art. 22, comma 2, lettera h, l. 328/2000 Art. 19, l. r. 11/2016 L.R. n. 5/2013 DGR n. 136/2014 (BURL n. 29 del 10.04.2014)

Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario

Art. 29, DPCM 12 gennaio 2017 DCA n. U0039/2012 (BURL n. 17 parte prima 7.05.2012)

Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti

Art. 30, DPCM 12 gennaio 2017 art. 6, L.R. n. 12/2016 DCA n. U0039/2012 (BURL n. 17 parte prima 7.05.2012) DGR n. 790/2016 (BURL n. 2 del 05.01.2017) DCA n. U00098/2016 (BURL n. 28 suppl. 1 del 7.04.2016) DCA n. U00187/2017 (BURL n. 48 suppl. n. 1 del 15.06.2017) DCA n. U00467/2017 (BURL n. 92 del 16.11.2017)

Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita

Art. 31, DPCM 12 gennaio 2017 DCA n. U0084/2010 (BURL n. 45 del 07.12.2010, suppl. n. 206) DCA n. U00360/2016 (BURL n. 93 del 22.11.2016) DCA n. U00087/2017 (BURL n. 22 del 16.03.2017, suppl. n. 1) DCA n. U00467/2017 (BURL n. 92 del 16.11.2017)

Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo

Art. 32, DPCM 12 gennaio 2017 DCA n. U00424/2012 (BURL n. 4 del 10.01.2013)

Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali

Art. 33, DPCM 12 gennaio 2017 art. 6, L.R. n. 12/2016 DCA n. U00287/2014 (BURL: n. 77 del 25.09.2014) DCA n. U00310/2014 (BURL n. 82 del 14.10.2014) DGR n. 395/2017 (BURL n. 58 del 20.07.2017, suppl. n. 2) DCA n. U00468/2017 (BURL n. 93 del 21.11.2017, suppl. n. 1)

Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità

Art. 34, DPCM 12 gennaio 2017 DCA n. U0039/2012 (BURL n. 17 parte prima 07.05.2012) DCA n. U00159/2016 (BURL n. 41 del 24.05.2016) DCA n. 467/17 (BURL n. 92 del 16.11.2017) DGR n. 790/2016 (BURL n. 2 del 05.01.2017)

Assistenza sociosanitaria Art. 35, DPCM 12 gennaio 2017

semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche

DPR 309 del 9 ottobre 1990

Persone con infezione da HIV/AIDS

Art. 57, DPCM 12 gennaio 2017 Legge n. 135/1990 L.R. n. 68/1988 DCA U00401/2016 (BURL n. 104 del 29.12.2016, suppl. n. 1)

Tra queste, le prestazioni sociosanitarie compartecipate sono quelle prestazioni per le quali l'entità del finanziamento è attribuita percentualmente alla competenza delle AA.SS.LL. e dei Comuni/utenti (DPCM 14.02.01 e DPCM 12.01.17).

Tipo di prestazione integrata

Livello di assistenza – DPCM 14 febbraio 2001, DPCM 12 gennaio 2017

% di costi a carico dell'utente/Comune

% di costi a carico del SSR

Assistenza domiciliare tutelare integrata

Art. 4, comma1, DPCM 14 febbraio 2001

50% Comuni (fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale)

50% a carico del SSR

Cure domiciliari successive a dimissioni ospedaliere

Art. 22, comma 4, DPCM 12 gennaio 2017 Prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale.

50 % dopo i primi 30 giorni Comuni

100% per i primi 30 giorni, poi 50% a carico del SSR

Assistenza residenziale agli anziani e persone non autosufficienti

Art. 30, comma1, lettera b), DPCM 12 gennaio 2017 Trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti.

50% Comuni

50% a carico del SSR

Assistenza semiresidenziale agli anziani e persone non autosufficienti

Art. 30, comma 3, DPCM 12 gennaio 2017 Trattamenti di lungoassistenza, di recupero, di mantenimento funzionale e di riorientamento in ambiente protesico, ivi compresi interventi di sollievo, a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria..

50% Comuni

50% a carico del SSR

Assistenza residenziale a persone con problemi psichiatrici

Art. 33, comma 2, lettera c), DPCM 12 gennaio 2017 Trattamenti socioriabilitativi, 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.

60% Comuni

40% a carico del SSR

Assistenza residenziale disabili

Art. 34, comma 1, lettera c), punto 1), DPCM 12 gennaio 2017 Trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate.

30 % Comuni

70% a carico del SSR

Assistenza residenziale disabili

Art. 34, comma 1, lettera c), punto 2), DPCM 12 gennaio 2017 Trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate.

60% Comuni

40% a carico del SSR

Assistenza semiresidenziale disabili

Art. 34, comma 3, lettera b), DPCM 12 gennaio 2017 Trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate, anche in laboratori e centri occupazionali

30 % Comuni

70% a carico del SSR

Allegato C

Schema di convenzione per l'organizzazione e la gestione delle attività di integrazione sociosanitaria tra

il Distretto Sociosanitario..... e l'Azienda Sanitaria Locale

L'anno ____ addì __ del mese di ____ alle ore ____ secondo le modalità e i termini stabiliti dalle vigenti disposizioni, [luogo], sono presenti i seguenti soggetti sottoscrittori:

_____ Ente Capofila del Distretto sociosanitario, rappresentato da _____, il quale interviene nei presente atto nella qualità di Sindaco (o suo delegato) del Distretto sociosanitario_____, a ciò delegato dalle amministrazioni Comunali di_____, facenti parte del Distretto sopraindicato,

l'Azienda Sanitaria Locale _____, rappresentata da _____, il quale interviene nel presente atto nella qualità di Direttore generale della ASL (o suo delegato),

PREMESSO CHE

- l'articolo 51, comma 3 della legge regionale n. 11/2016, tra le diverse misure per l'attuazione dell'integrazione socio-sanitaria, prevede anche il ricorso necessario allo strumento della Convenzione tra il Distretto sociosanitario, così come individuato con deliberazione della Giunta regionale n. 660 del 17 ottobre 2017, e l'Azienda Sanitaria Locale per la definizione concordata delle modalità organizzative e gestionali relative allo svolgimento delle funzioni di integrazione sociosanitaria; - con deliberazione della Giunta regionale n.660 del 17 ottobre 2017, in attuazione della legge regionale 11/2016 sono stati definiti gli ambiti territoriali ottimali per l'erogazione delle prestazioni socio sanitarie, come previste nei Piani di Zona in attuazione della legge 328/2000; - l'oggetto specifico della Convenzione è stato approvato dallain datain coerenza con le previsioni programmatiche del Piano Sociale di Zona e con il Programma delle Attività Territoriali approvato dalla ASL..... ; - la convenzione stipulata costituisce allegato al Piano sociale di Zona e al Programma delle Attività Territoriali per la parte relativa all'integrazione sociosanitaria dell'ambito die ne condiziona l'efficacia, costituendo uno dei presupposti per la positiva verifica di compatibilità con gli atti di programmazione regionale

TUTTO CIÒ PREMESSO

Art. 1 Oggetto

1. Il Distretto Sociosanitario -----, rappresentato dal Sindaco, e l'Azienda Sanitaria Locale - Distretto sanitario, rappresentata dal Direttore Generale, stipulano la presente Convenzione sociosanitaria, in attuazione di quanto previsto dall'articolo 51, comma 3 della legge regionale n. 11/2016, allo scopo di disciplinare su base comune l'esercizio coordinato delle funzioni amministrative e la gestione in forma associata dei servizi e delle attività di integrazione sociosanitaria.
2. La Convenzione disciplina, in particolare: a) le responsabilità di gestione delle materie oggetto della Convenzione; b) i processi di organizzazione e di partecipazione; c) il coordinamento interprofessionale e i percorsi assistenziali integrati; d) le risorse finanziarie impiegate per l'attuazione delle attività programmate; e) l'esercizio delle funzioni dell'organo comune della Convenzione, di seguito denominato Comitato di Distretto (CdD); f) la programmazione locale integrata.
3. La Convenzione definisce gli impegni degli enti aderenti concernenti le modalità organizzative e gestionali di esercizio dell'integrazione socio-sanitaria, riferito alle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, sociali a rilevanza sanitaria e sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria ai sensi dell'art.3 septies, comma 2 del D. Lgs. 502/1992 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n.421) e successive modificazioni e dell'articolo 3 del DPCM 14 febbraio 2001 (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie), e comunque nei limiti definiti dalla programmazione regionale di settore.
4. Le parti si impegnano ad assicurare percorsi strutturati per la presa in carico, cura e accompagnamento che attengono prevalentemente alle aree: • materno infantile (minori e famiglia); • anziani; • disabilità; • salute mentale; • dipendenze; • patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale; • inabilità o disabilità, conseguenti da patologie croniche degenerative.
5. I servizi, le attività e gli interventi sociosanitari oggetto della presente Convenzione sono individuate dall'articolo 51 della legge regionale n. 11/2016 e dalle successive deliberazioni attuative. Sono dettagliatamente descritti lo sviluppo delle attività organizzative ed operative, il personale, i costi relativi e il cronoprogramma di attivazione dell'esercizio integrato, nel Piano locale integrato socio sanitario di cui all'articolo 2, comma 6 della presente Convenzione.
6. Al fine di assicurare la continuità dei servizi e delle attività assistenziali, dal momento della stipula della convenzione i soggetti sottoscrittori assolvono agli obblighi contratti a questo scopo pertanto la stessa definisce e regola il subentro nelle funzioni e la successione nei rapporti degli enti aderenti.

Art. 2 Comitato di Distretto

1. L'organo comune per l'esercizio delle funzioni e dei servizi ai sensi della Convenzione è il Comitato di Distretto (di seguito CdD) con il compito specifico di coordinare l'organizzazione e lo svolgimento

delle attività previste e di vigilare sulla loro attuazione. Nello svolgimento delle attività di cui al presente comma, il Comitato di Distretto si rapporta in maniera continuativa con la Conferenza locale sociale e sanitaria di cui all'art. 54 della l.r. 11/2016, stabilendo con essa adeguate forme di collaborazione.

2. Il Comitato di Distretto è composto dai sindaci dell'Ambito distrettuale sociosanitario dal Direttore generale della ASL.

3. Il Comitato di Distretto è presieduto dal Sindaco Capofila del Distretto sociosanitario.

4. Il funzionamento del CdD in qualità di organo comune è disciplinato da apposito regolamento adottato dallo stesso CdD, con la previsione dell'obbligo di riunirsi periodicamente, con cadenza almeno semestrale.

5. (per tutti i distretti sociosanitari ad esclusione di Roma Capitale) I componenti del CdD intervengono ognuno con le proprie quote di partecipazione, in analogia con le disposizioni così determinate: a. il 66 per cento del totale è assegnato ai rappresentanti degli enti locali che lo ripartiscono fra di loro in proporzione alla popolazione residente, garantendo che nessuno degli enti presenti possa avere una percentuale superiore al 50% delle quote assegnate. Qualora a un Comune spettasse una quota superiore al 33% (assegnata secondo il criterio della proporzione della popolazione residente), la quota eccedente sarà distribuita in maniera paritaria a ogni altro comune dell'ambito. b. il 34 per cento del totale è assegnato all'azienda sanitaria di riferimento.

5bis. (per Roma Capitale) I componenti del CdD intervengono ognuno con le proprie quote di partecipazione, in analogia con le disposizioni così determinate: a. il 50 per cento del totale è assegnato a Roma Capitale. b. il 50 per cento del totale è assegnato all'azienda sanitaria di riferimento.

6. (per tutti i distretti sociosanitari ad esclusione di Roma Capitale) Il CdD assume le proprie deliberazioni con il voto favorevole della maggioranza dei rappresentanti degli enti locali e con il voto favorevole dei componenti che rappresentino almeno il 70% delle quote di partecipazione detenute da tutti i soggetti sottoscrittori della convenzione, per i seguenti atti:

- proposta di piano locale integrato socio sanitario elaborato secondo i criteri stabiliti all'allegato A della deliberazione attuativa dell'art. 51 della legge regionale n. 11/2016;
- bilancio preventivo annuale e pluriennale e bilancio di esercizio;
- proposta di regolamenti di accesso ai servizi;
- ogni altro atto di programmazione che preveda l'impegno finanziario a carico dei soggetti aderenti alla convenzione.

6bis. (per Roma Capitale) Il CdD assume le proprie deliberazioni con il voto all'unanimità delle quote di partecipazione detenute da tutti i soggetti sottoscrittori della convenzione, per i seguenti atti:

- proposta di piano locale integrato socio sanitario elaborato secondo i criteri stabiliti all'allegato A della deliberazione attuativa dell'art. 51 della legge regionale n. 11/2016;
- bilancio preventivo annuale e pluriennale e bilancio di esercizio;
- proposta di regolamenti di accesso ai servizi;
- ogni altro atto di programmazione che preveda l'impegno finanziario a carico dei soggetti aderenti alla convenzione.

7. I partecipanti al CdD non hanno diritto a compensi, gettoni di presenza, o altre indennità comunque denominate, oltre a quelle derivanti dalle funzioni svolte nelle istituzioni di appartenenza e a carico di queste ultime, salvo i rimborsi spese previsti dalla normativa degli enti locali. Per le cause di incompatibilità e di decadenza si fa riferimento alla normativa in vigore.

Art. 3 Funzioni di gestione

1. Le funzioni di raccordo operativo delle attività convenzionate per la gestione associata ed integrata è affidata all'Ufficio sociosanitario integrato istituito presso la ASL di riferimento, che provvede all'attuazione delle disposizioni contenute negli atti di programmazione e sovrintende alla gestione delle attività convenzionate.

2. L'Ufficio sociosanitario integrato è composto dal Direttore del distretto sanitario, che ne è anche il coordinatore, dal Responsabile dell'Ufficio di Piano e da ulteriori professionalità che si rendessero

necessarie per le funzioni amministrative e di monitoraggio dell'organo. L'ufficio sociosanitario integrato si riunisce con cadenza almeno mensile.

3. Gli enti sottoscrittori adottano le soluzioni organizzative finalizzate ad assicurare la piena funzionalità della gestione dell'Ufficio sociosanitario integrato, fornendo le dotazioni organiche e strumentali necessarie allo svolgimento delle attività amministrative, tecniche, organizzative e professionali richieste dalla Convenzione.

4. La struttura di cui al comma 1 svolge compiti di assistenza tecnico-amministrativa alla CdD, gestione delle attività di supporto ai compiti di programmazione, controllo e monitoraggio dei costi, gestione delle attività contabili e dei flussi informativi.

5. L'Ufficio sociosanitario integrato ha il compito di vigilare sulla corretta attuazione degli interventi previsti dalla convenzione stipulata tra l'Azienda Sanitaria Locale e i comuni associati nel relativo Distretto sociosanitario.

6. I membri dell'Ufficio sociosanitario integrato non percepiscono compensi per il loro ruolo.

Art. 4 Partecipazione

1. Gli enti sottoscrittori promuovono la partecipazione dei cittadini e delle organizzazioni sociali allo svolgimento delle attività oggetto della Convenzione, in attuazione delle disposizioni normative e programmatiche sia nazionali che regionali vigenti in materia, anche attraverso l'azione di informazione e comunicazione sociale sulle scelte adottate.

2. Le indicazioni sulle modalità specifiche di partecipazione adottate sono meglio specificate nel Regolamento, da approvarsi da parte del CdD entro sei mesi dalla sottoscrizione della presente Convenzione.

Art. 5 Coordinamento interprofessionale

1. Gli enti sottoscrittori provvedono ad assicurare l'integrazione ed il coordinamento interprofessionale in campo sociosanitario, finalizzati a realizzare gli obiettivi individuati dalla programmazione di settore, anche in relazione ai percorsi assistenziali specifici di ciascuna area di integrazione.

2. Attraverso il coordinamento interprofessionale, gli enti sottoscrittori promuovono in particolare la più ampia integrazione operativa dei percorsi assistenziali secondo i processi di: a) accesso al sistema; b) presa in carico; c) attivazione delle prestazioni assistenziali; d) verifica, monitoraggio e valutazione degli esiti.

3. Le indicazioni sulle modalità specifiche di coordinamento adottate sono esplicitate nel Piano di cui all'articolo 2, comma 6.

Art. 6 Budget integrato di programmazione

1. In attuazione dell'articolo 51 della legge regionale 11/2016 e della presente Convenzione, gli enti sottoscrittori provvedono a definire il Budget integrato di programmazione, costituito dalle previsioni annuali e pluriennali delle risorse che gli enti aderenti assegnano alle materie oggetto della Convenzione stessa.

2. Le funzioni e i servizi attinenti le attività sociali a rilevanza sanitaria sono finanziati dalle amministrazioni comunali, secondo i criteri di cui al comma 3 del presente articolo, fermo il rispetto dei vincoli definiti dagli atti di programmazione approvati nelle materie di competenza. Le funzioni e i servizi attinenti alle attività sanitarie a rilevanza sociale sono finanziati dalla azienda sanitaria nel rispetto dei vincoli definiti dagli atti di programmazione approvati nelle materie di competenza.

3. In relazione ai servizi, alle attività e agli interventi sociali a rilevanza sanitaria la quota di risorse a carico di ciascun comune viene determinata annualmente, in base alla spesa storica e secondo le risorse previste dai singoli bilanci, nell'ambito e nei limiti dei piani di intervento espressamente concordati e sottoscritti con gli enti locali, sulla base del fabbisogno e dei costi di gestione del complesso dei servizi e degli interventi disciplinato dalla presente Convenzione, tenendo conto delle dimensioni demografiche, dei bisogni espressi e degli effettivi consumi relativi ad ogni singola comunità territoriale.

4. In relazione ai servizi, alle attività e agli interventi sanitari a rilevanza sociale la quota di risorse a carico della azienda sanitaria viene determinata annualmente, sulla base del fabbisogno e dei costi di

gestione del complesso dei servizi e degli interventi disciplinato dalla presente Convenzione, come risultanti dal pre-consuntivo della precedente gestione associata e secondo quanto previsto dai competenti atti di programmazione.

5. In relazione ai servizi, alle attività e agli interventi ad elevata integrazione sociosanitaria la quota di risorse a carico di ciascun comune e della azienda sanitaria viene determinata annualmente, per quanto di rispettiva competenza, sulla base del fabbisogno e dei costi di gestione del complesso dei servizi e degli interventi disciplinato dalla presente Convenzione, come risultanti dal pre-consuntivo della precedente gestione associata e secondo quanto previsto dai competenti atti di programmazione,

5. Le risorse sono gestite dall'Ente responsabile, come individuato dal CdD, con la costituzione di un fondo unico di distretto, suddiviso in capitoli relativi alle materie di integrazione.

6. Il predetto fondo viene alimentato dalle risorse per le singole attività oggetto della presente convenzione, dalle somme trasferite dai Comuni, dal Distretto sociosanitario nonché dall'Azienda Sanitaria, secondo quanto previsto dai precedenti commi.

7. L'Ente responsabile trasmette al CdD con cadenza annuale un documento economico in cui sono identificati i costi e i ricavi connessi con la programmazione dei settori di competenza, distinti secondo le differenti strutture organizzative a cui sono assegnate tali risorse. Il bilancio di esercizio e il bilancio preventivo economico annuale dell'Ente responsabile mette in separata evidenza i servizi oggetto della presente convenzione. L'Ente responsabile predispone uno specifico documento contabile in cui sono riportati in maniera distinta i flussi finanziari di competenza comunale, quelli di competenza sanitaria e quelli afferenti al fondo regionale per la non autosufficienza.

8. Ai fini della ripartizione della gestione relativa alle amministrazioni comunali, secondo le rispettive quote di partecipazione, i corrispondenti risultati economico-finanziari di gestione sono definiti dalla contabilizzazione tra i flussi finanziari di competenza comunale e il risultato economico annuale prodotto dalle attività sociali a rilevanza sanitaria.

9. Entro il 30 ottobre di ogni anno e comunque non oltre la data di aggiornamento annuale degli strumenti di programmazione, il CdD approva il piano economico-finanziario della gestione associata per l'esercizio successivo corredato dal pre-consuntivo o rendiconto della precedente gestione associata e dalla relativa relazione illustrativa, da cui risultano le quote a carico del soggetto capofila dell'ambito, di ciascuna amministrazione comunale e la quota a carico dell'azienda sanitaria. Una volta approvato, e comunque entro e non oltre il 30 ottobre, il suddetto Piano economico finanziario annuale, è trasmesso alle amministrazioni comunali e all'azienda sanitaria per gli adempimenti connessi alla formazione dei relativi Bilanci di previsione.

10. I beni immobili e gli altri beni dei comuni e dell'azienda sanitaria, funzionali allo svolgimento delle attività previste dalla presente convenzione e le modalità con cui sono concessi al soggetto erogatore dei servizi sono individuati con apposito provvedimento, per la durata di vigenza della presente

11. Il CdD, attraverso le strutture tecniche previste dalla Convenzione, armonizza i documenti finanziari con quelli economici e compone il Budget previsionale annuale e pluriennale che costituisce vincolo per la programmazione dell'esercizio integrato.

12. Il CdD approva l'apposito regolamento relativo alle fasi, alla tempistica e ai contenuti del processo di programmazione, identificando i percorsi partecipati che garantiscono il coinvolgimento delle strutture tecniche e politiche degli enti aderenti e delle rappresentanze della società civile e del terzo settore.

13. Nella fase di prima applicazione del processo di integrazione socio sanitaria, comunque non oltre il 31 dicembre 2019, ai fini del consolidamento del sistema di cui alla presente convenzione, i soggetti sottoscrittori della presente procederanno attraverso un modello di gestione integrata delle risorse economiche, purché funzionali alla unitarietà del processo, da definirsi con apposito regolamento attuativo;

14. Tale regolamento dovrà garantire la copertura da parte dell'ambito distrettuale e dell'azienda sanitaria locale delle rispettive spese ed interventi previsti negli atti di programmazione ed attuazione delle politiche di integrazione.

Art. 7 Impegni degli enti firmatari

1. L'Ente responsabile dell'esercizio associato si avvale per le proprie funzioni delle strutture organizzative e del personale già operante nei rispettivi Enti di appartenenza.

4. Gli enti sottoscrittori si impegnano a trasmettere ogni informazione e dato richiesto dalla CdD, nel rispetto delle norme sulla riservatezza.

5. Gli atti dei singoli enti che interessano le materie oggetto della Convenzione, sono comunicate tempestivamente alla CdD da parte dei competenti uffici.

Art. 8 Durata

1. La Convenzione ha durata pari agli atti di programmazione da cui trae origine ed è soggetta a rinnovo in coerenza con gli stessi.

Art. 9 Controversie

1. La soluzione di eventuali controversie derivanti dall'interpretazione della Convenzione o da inadempienze e inosservanze degli impegni assunti, è demandata ad un collegio arbitrale costituito da tre rappresentanti, nominati dall'Ente d'Ambito Distrettuale, dalla ASL e dalla Regione Lazio. Il collegio arbitrale si riunisce su iniziativa del componente nominato dalla Regione.

Allegato D

Scheda di pre valutazione del PUA

Azienda ASL _____ Distretto _____

Sociosanitario _____

Adulto Anziano

DATI ANAGRAFICI ASSISTITO

Codice Fiscale _____

Codice sanitario _____

Cognome _____

Nome _____

Sesso _____

Nato/a a _____ Prov _____ il _____ Età _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

Domicilio (se diverso da residenza) _____

Tel. _____ e-mail _____

Cittadinanza _____ Titolo di Studio _____

Condizione lavorativa _____ Stato civile _____

Invalidità _____

Accompagno _____ %

Indennità di accompagnamento: _____

Medico di base: MMG Pediatra

Nominativo _____

Comunicazione dell'indirizzo presso il quale inviare la valutazione conclusiva laddove diverso dalla residenza _____

SITUAZIONE ABITATIVA E INFORMAZIONI SOCIO-AMBIENTALI

Senzatetto

Barriere architettoniche SI NO

Con chi vive abitualmente

Parentela

convivente _____

Presenza badante SI NO

Collaborazione dei conviventi SI NO

PERSONA DI RIFERIMENTO DA CONTATTARE (Care Giver)

Cognome _____ Nome _____

in qualità di _____ Indirizzo _____
 Tel. _____

Tipo di richiesta espressa:

- Assistenza Domiciliare Struttura Residenziale
 Struttura Semi Residenziale Contributi Economici

22/03/2018 - BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LAZIO - N. 24 Pag. 157 di 513

Altro: _____

Richiedente:

- Interessato
 Familiare
 Medico curante (obbligatorio per bisogno sanitario)
 Assistente sociale
 Infermiere

Cognome _____ Nome _____ in qualità di _____
 Tel _____

Area prioritaria di riferimento:

- Famiglie Anziani Minori Disabili
 Indigenti Dipendenza Immigrati Disagio psichico
 Segretariato sociale Altro: _____

Utente che già fruisce di servizi

- Servizi Sociali: _____
 Servizi Sanitari: _____
 Altro: _____

OSSERVAZIONI:

VALUTAZIONE

- Bisogno Sociale Semplice
 Bisogno Sociale Complesso
 Bisogno Sanitario Prestazionale a ciclo programmato o ADP
 Bisogno Sanitario Complesso
 Bisogno SocioSanitario Complesso

PROPOSTA DI PERCORSO

- Sociale (semplice e complesso)
 Sociosanitario (complesso) con invio alla UVMD
 Sanitario (prestazionale e/o ADP)
 Sanitario (complesso) invio alla UVMD

Eventuale documentazione allegata:

- All. 1
- All. 2
- All. 3
- All.

DATA SCHEDA RUOLO / FIRMA OPERATORE ENTE

Informativa ex art. 13 D. Lgs. 196/2003

Data Firma dell'utente

Allegato E**Piano di integrazione sociosanitaria per i servizi per le adozioni**

Nel Servizio per l'accompagnamento/sostegno al percorso adottivo è presente una forte componente di integrazione socio-sanitaria. Con il presente Piano, frutto del percorso formativo concluso a dicembre 2017¹ che ha visto coinvolti per 250 ore di formazione circa 300 operatori dei GIL. Adozioni territoriali e di Enti Autorizzati, si intende rivisitare il modello dei servizi per le adozioni nel Lazio. Il Piano intende mettere a sistema i vari livelli di intervento chiamati a accompagnare e sostenere gli attori della triade adottiva e le loro rispettive competenze in modo organico ed omogeneo per tutte le famiglie interessate all'adozione nel territorio della Regione Lazio.

Il Piano prevede l'articolazione in tre livelli di intervento:

I. POLO REGIONALE ADOZIONI**II. GRUPPI INTEGRATI DI LAVORO ADOZIONI²****III. EQUIPES TERRITORIALI****I. POLO REGIONALE ADOZIONI**

Il Polo Regionale per le Adozioni è articolato a sua volta in tre livelli, di seguito rappresentati, con le loro rispettive funzioni:

I. COORDINAMENTO REGIONALE**Con compiti di:**

- promuovere un'azione integrata tra i vari attori concorrenti al comune obiettivo di "fare buone adozioni", facilitando l'incontro, lo scambio e la condivisione delle professionalità tra i *GILA*, gli Enti Autorizzati³ il Tribunale per i Minorenni⁴, e le altre Istituzioni, anche attraverso la proposizione di appositi protocolli di collaborazione;
- indirizzare, programmare e monitorare le iniziative delle varie Aree di attività del Sistema regionale adozioni:
- coordinare le attività dei *GILA*;
- promuovere e valutare le sperimentazioni relative al percorso adottivo, con particolare riferimento alla ricerca delle origini;
- rappresentare le istanze raccolte dai *GILA* e/o dagli EE.AA. nel corso delle attività del sistema regionale in merito a proposte innovative (ad es. riguardo alle leggi, ai finanziamenti e al loro utilizzo);

¹ DGR552/2009 Corsi di formazione per il personale delle aziende sanitarie locali e dei comuni che opera nell'ambito dei gruppi di lavoro integrati per le adozioni (GIL Adozioni)".

² Per convenzione denominati *GILA*

³ Per convenzione EEAA

⁴ Per convenzione TM

- mantenere un confronto permanente tra EE.AA. E *GILA* su quanto avviene sul territorio italiano ed estero.

Fanno parte del Coordinamento regionale per le Adozioni:

1. il Dirigente regionale dell' Area Politiche per l'inclusione;
2. il funzionario dell' Area Politiche per l'inclusione responsabile delle adozioni;
3. i coordinatori dei *GILA*;
4. i rappresentanti degli Enti Autorizzati firmatari del protocollo per le adozioni nazionali e internazionali e della Carta Etica ⁵ in numero pari ai *GILA*;
5. il rappresentante dell'Ente autorizzato pubblico;
6. un rappresentante del Tribunale per i Minorenni di Roma;
7. un rappresentante del coordinamento delle Associazioni familiari.

La Segreteria tecnica è curata dal personale regionale.

GRUPPO OPERATIVO

Il Coordinamento regionale può individuare al proprio interno due Gruppi Operativi, composti dai coordinatori delle varie Aree di attività e da un rappresentante degli EE.AA., favorendo la rotazione periodica per la crescita professionale dei membri, con il compito di dare attuazione alle indicazioni del coordinamento. Costituiscono aree di attività proprie dei Gruppi Operativi:

Gruppo Operativo per le Attività informative e formative

Il Gruppo avrà la funzione di:

- realizzare le iniziative volte a migliorare lo scambio e la diffusione delle informazioni sulle adozioni nazionali e internazionali tra *GILA*, EE.AA, TM e Commissione per le Adozioni Internazionali⁶ e la scuola;
 - realizzare iniziative per lo sviluppo culturale degli attori coinvolti del sistema delle adozioni famiglie, associazioni, operatori, scuola ecc);
 - realizzare programmi di formazione continua degli operatori dei *GILA* e degli Enti Autorizzati, in collaborazione con il T.M., la CAI, le associazioni di Famiglie adottive e l'Università;
 - organizzare la supervisione e la intervizione degli operatori *GILA* e degli Enti Autorizzati;
 - mettere a punto e diffondere buone pratiche operative;
- ⁵*La Carta Etica è un documento che impegna gli enti autorizzati ad un codice di comportamento relativo ai temi della trasparenza delle procedure, dei costi e dei finanziamenti, della comunicazione e formazione e che sarà redatto e sottoscritto entro un anno dalla emanazione della presente deliberazione. Nelle more dell'approvazione e sottoscrizione della Carta Etica partecipano al coordinamento i sottoscrittori del Protocollo delle adozioni nazionali e internazionali. ⁶ Per convenzione CAI
- definire contenuti, modalità e strumenti per i GOA per l'erogazione comune su tutto il territorio regionale;
 - definire modalità comuni di valutazione dell'efficacia dell'attività dei *GILA* del Lazio;
 - attivare eventi formativi sulla piattaforma della comunità professionale (piattaforma didattica Ente formazione regionale) già utilizzata per il percorso formativo;
 - gestire l'uso degli spazi della sede del Polo regionale adozioni per iniziative formative e informative di *GILA* e EE.AA.;
 - mettere a disposizione uno spazio per l'accesso degli utenti per l'acquisizione di informazioni sull'adozione internazionale (gestito dagli EE.AA. e dalle Associazioni familiari);
 - animare la piattaforma Lazio adozioni, già attiva, ed implementare la stessa stabilendo due livelli di accesso (area privata operatori, area pubblica utenti) ed aggiornando i dati presenti attraverso il raccordo con i *Gila*, gli EEAA, la CAI;
 - istituire un Numero Verde dedicato alle coppie, per le informazioni e la prenotazione della partecipazione agli "Incontri Gruppo di Orientamento all'Adozione"⁷;
 - pubblicare le informazioni sul calendario di attività degli EE.AA.

Gruppo Operativo Centro di documentazione

Il Gruppo avrà la funzione di:

- fornire supporto tecnico documentale per la redazione del nuovo Protocollo operativo per le adozioni nazionali e internazionali, comprensivo di procedure, metodologie e strumenti;
- raccogliere la letteratura nazionale ed internazionale sull'Adozione e, sulla base dei dati ottenuti attraverso la Banca Dati regionale, elaborare analisi che siano da stimolo e riflessione per orientare le politiche regionali sull'adozione;
- realizzare o coordinare studi e ricerche di monitoraggio e follow-up;
- redigere un report annuale e pubblicazioni sulla materia;
- raccogliere informazioni e dati statistici regionali anche attraverso il portale Lazio Adozioni;
- promuovere tra gli operatori il monitoraggio costante e confrontabile delle attività per la valutazione dell'impatto e la loro periodica riformulazione;
- costruire e aggiornare la banca dati sulle adozioni nazionali e internazionali nel Lazio, con particolare riguardo alle informazioni/dati sul post-adozione.

Ogni Gruppo Operativo è composto da:

- un coordinatore *GILA* in qualità di responsabile dell'Area;
- n.2 operatori *GILA* (psicologo/assistente sociale);

- n.2 operatori EE.AA. aderenti al Protocollo e alla Carta Etica degli EE.AA.;

⁷ Per convenzione GOA

- personale della Regione Lazio, in particolare per il Gruppo Operativo Centro di documentazione tale personale avrà la funzione di coordinatore della Banca Dati.

II. GILA

Nel territorio regionale sono individuati i GILA (Gruppi Integrati di Lavoro Adozioni) sulla base dei seguenti criteri:

1. Numero di adozioni annue
2. Numero di nuovi accessi per anno di aspiranti coppie adottive
3. Numeri di accessi ai Gruppo di Orientamento all'Adozione
4. Popolazione del territorio di riferimento
5. Dimensione e caratteristiche del territorio di riferimento
6. Nuclei familiari seguiti in attività di post-adozione

I GILA sono istituiti all'interno della Convenzione tra il Distretto sanitario con i Comuni afferenti All'Ambito territoriale che provvederanno anche alla designazione degli operatori sociali. Entrambi gli Enti (Azienda Sanitaria Locale e Comune) provvederanno, all'interno della suddetta Convenzione, alla designazione degli operatori coinvolti.

Ciascun *GILA* è organizzato funzionalmente con un coordinamento a livello interdistrettuale e équipe territoriali.

Il **Coordinamento GILA** ha la funzione di:

- coordinare le attività delle varie équipe territoriali;
- organizzare la supervisione ed il supporto metodologico alle équipe territoriali;
- gestire uno Sportello informativo per gli utenti (coppie, famiglie adottive, associazioni) con accesso al pubblico;
- organizzare i Gruppo di Orientamento all'Adozione e i gruppi post-adozione;
- gestire i rapporti con il Tribunale per i Minorenni;
- gestire l'archivio e la trasmissione dei dati;
- assicurare le funzioni amministrative.

Ogni GILA è composto da: psicologi e assistenti sociali di una o più équipe territoriali, con formazione regionale specifica, con incarico minimo di 18 ore settimanali per ciascun operatore e da personale di segreteria. All'interno del GILA viene individuato un coordinatore.

Ogni GILA si riunisce almeno una volta al mese. All'interno della Convenzione si definisce la sede che viene ad essere:

- sede organizzativa (archivio, elaborazione e trasmissione dei dati, monitoraggio);
- sede amministrativa (gestione del personale e delle attività formative);
- sede operativa (Gruppo di Orientamento all'Adozione, Gruppi post adozione),

III. LE ÉQUIPE TERRITORIALI

Ciascun GILA è articolato in équipe in funzione del territorio e dei carichi di lavoro.

L'équipe territoriale ha la funzione di:

- effettuare tutte le fasi procedurali inerenti la valutazione e la formazione delle coppie aspiranti l'Adozione Nazionale e Internazionale, per la stesura della relazione finale richiesta dal Tribunale per i Minorenni;
- essere il punto di riferimento per gli utenti (coppie, famiglie adottive, associazioni) anche nel periodo post-adottivo;
- effettuare la presa in carico del nuovo nucleo familiare, dopo l'inserimento del minore/i nelle fasi dell'Affidamento Preadottivo e del Post Adozione, per la verifica dell'andamento richiesta dal Tribunale per i Minorenni o dagli Enti Autorizzati, con relazioni periodiche;
- garantire percorsi di sostegno e/o presa in carico dei nuclei familiari che presentano elementi di problematicità in merito alla genitorialità adottiva;
- realizzare il lavoro di rete con i Servizi territoriali, gli Enti, le Scuole ed altre istituzioni per un adeguato inserimento ed integrazione del minore/i nel nuovo contesto sociale di appartenenza.

L'equipe è composta da assistente sociale, psicologo, con incarico minimo di 18 ore settimanali ad operatore, già formato nel percorso della Regione Lazio ed eventuali altre figure professionali.

L'équipe ha sede presso: il Consultorio⁹.

⁸D'ora in poi TM

⁹Decr.U00152 del 12/05/2014 "Riordino dei Consultori e della Tariffa parto a domicilio

MINORI

EMILIA ROMAGNA

DGR 26.2.18, n. 247 - Direttiva per organizzazione e svolgimento dei soggiorni di vacanza socioeducativi in struttura e dei centri estivi, ai sensi della L.R. 14/08, art. 14 e ss. mm. (BUR n. 59 del 16.3.18)

Note

Viene approvata la Direttiva concernente l'organizzazione e lo svolgimento dei soggiorni di vacanza socio-educativi in struttura e dei centri estivi ai sensi della L.R. 14/2008 e ss.mm., art. 14 commi 10, 11 e 12 che si allega quale parte integrante della presente deliberazione.

ALLEGATO

DIRETTIVA PER L'ORGANIZZAZIONE E LO SVOLGIMENTO DEI SOGGIORNI DI VACANZA SOCIO EDUCATIVI IN STRUTTURA E DEI CENTRI ESTIVI NEL TERRITORIO DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA AI SENSI DELLA L.R. N. 14/2008, ART. 14, COMMI 10, 11 e 12 e ssmm.

1. PARTE GENERALE

1.1 Obiettivi/ambiti di applicazione

Con la presente direttiva si forniscono, ai sensi dell'art. 14, commi 10, 11 e 12 della L.R. 14/08 e ss.mm., gli indirizzi concernenti l'apertura e l'organizzazione dei soggiorni socio educativi di vacanza in struttura e dei centri estivi al fine di consentire agevolmente lo svolgimento in sicurezza nei luoghi interessati dalle attività stesse. Le funzioni di controllo e vigilanza sui soggiorni di vacanza e centri estivi a favore di minori sono attribuite ai Comuni ai sensi dell'art. 4, comma 2, lettera b e dell'art 14 comma 12 della L.R. 14/08 e ss.mm. e comprendono la vigilanza sul funzionamento delle strutture, dei servizi e delle attività, fatti salvi i controlli di competenza dell'autorità sanitaria.

Lo stesso art. 14, al comma 10, prevede che il centro estivo sia soggetto a segnalazione di inizio attività, e non ad autorizzazione al funzionamento, in quanto ritenuta sufficiente, per servizi di breve durata, una procedura semplificata rispetto all'autorizzazione al funzionamento.

1.2 Finalità

I centri estivi e i soggiorni di vacanza costituiscono una gamma di servizi - curati da soggetti pubblici o privati - intesi a organizzare il tempo libero dei bambini e dei ragazzi in esperienze di vita comunitaria rivolte a una o più delle seguenti finalità: a. allo sviluppo della identità e alla socializzazione; b. a favorire l'accoglienza e l'integrazione delle diversità; c. a favorire la partecipazione e l'esercizio della cittadinanza; d. alla conoscenza e al rispetto del territorio; e. alla prevenzione del disagio giovanile.

1.3 Destinatari

La presente direttiva si rivolge agli enti locali e loro forme associative per l'esercizio delle competenti funzioni amministrative e di vigilanza e ai soggetti pubblici e privati che organizzano e/o gestiscono centri estivi o soggiorni di vacanza. Di seguito quando si fa riferimento ai comuni si intendono comprendere anche le loro forme associative.

1.4 Definizione delle tipologie

Il centro estivo svolge attività educative, ludiche e laboratoriali (ai sensi della L.R. 14/08 e ss.mm. art. 14 c.10) ed è costituito da uno o più gruppi di bambini e ragazzi di età compresa fra i 3 e i 17 anni

che convivono con regolarità durante l'intera giornata o parte di essa nel periodo comunque extrascolastico, anche al di fuori della stagione estiva.

□ Il soggiorno di vacanza è un servizio residenziale, in struttura, che ospita normalmente una o più comunità di ragazzi fra i 3 e i 17 anni.

□ Per i soggiorni in campeggio e per quelli che utilizzano strutture fisse ricettive idonee ad offrire ospitalità, pernottamento e soggiorno temporaneo a gruppi (c.d. soggiorno in accantonamento), si fa riferimento alla L.R. 16/2004 e successive modifiche con particolare riferimento all' art. 41 "Campeggi temporanei. Divieto di campeggio libero".

1

Dagli articoli 4 e 14 della L.R. 14/08 e ss.mm. si evince che spetta alla Giunta regionale, nel rispetto della legge regionale n.2 del 2003 e ss.mm., stabilire con direttiva le modalità di vigilanza e controllo sui servizi di cui alla presente direttiva. Si tratta di attività dalla cui efficacia

1 L.R. 16/2004 Art. 41: Campeggi temporanei. Divieto di campeggio libero 1. Nel territorio regionale è vietato il soggiorno con tende o altri mezzi mobili di pernottamento al di fuori delle strutture di cui agli articoli 6, 14 e 15, dei campeggi approntati in strutture agrituristiche ai sensi della legge regionale n. 4 del 2009, da quanto previsto dalla legge regionale 28 luglio 2008, n. 14 (Norme in materia di politiche per le giovani generazioni), da quanto previsto dal decreto legislativo n. 285 del 1992 e relativo regolamento di attuazione in merito alla sosta delle autocaravan, da quanto previsto dalla legge regionale 23 novembre 1988, n. 47 (Norme per le minoranze nomadi in Emilia-Romagna) e dalla normativa statale in materia. È fatta, inoltre, eccezione per lo stazionamento occasionale in un'unica unità abitativa in aree private ed in prossimità di edifici dotati di servizi igienici, da parte del proprietario o col suo consenso.

2. Il Comune può autorizzare per la durata massima di quindici giorni su aree pubbliche o private, anche non aventi tutti i requisiti previsti dalla presente legge, soste di singoli e campeggi mobili organizzati da enti, associazioni ed organizzazioni operanti per scopi sociali, culturali e sportivi, a condizione che siano garantiti servizi generali indispensabili per il rispetto di norme igienico-sanitarie, per la salvaguardia della pubblica salute e della pubblica incolumità e della tutela dell'ambiente. L'autorizzazione può essere sottoposta a specifiche condizioni. Gli enti e le associazioni richiedenti per ottenere l'autorizzazione allegano alla domanda un'apposita polizza assicurativa. Qualora il Comune non provveda entro trenta giorni dalla presentazione dell'istanza da parte dell'interessato, l'autorizzazione si considera rilasciata.

L'attività di vigilanza non è volta unicamente all'applicazione di sanzioni, ma tende innanzitutto alla ricerca di soluzioni per il ripristino della legalità e, in ultima analisi, dell'interesse del ragazzo.

2. CENTRI ESTIVI

2.1 Requisiti strutturali e dotazioni minime dei centri estivi Sono validi per i centri estivi i requisiti strutturali posseduti dalle scuole e da altre strutture extrascolastiche già soggette a particolari normative per la loro destinazione d'uso che le rendano idonee ad ospitare collettività di minori.

I Comuni possono individuare altre tipologie di immobili che, per le loro caratteristiche strutturali, sono considerate idonee allo svolgimento dei centri estivi. Per i requisiti strutturali e impiantistici previsti da normative di carattere generale si fa riferimento alle norme relative.

I centri estivi possono svolgere la propria attività in qualsiasi periodo dell'anno con i medesimi requisiti strutturali e organizzativi.

Le presenze dei bambini, dei ragazzi e degli adulti devono essere giornalmente annotate in un apposito registro.

La conformità delle strutture non scolastiche ospitanti centri estivi deve rispondere alle vigenti normative in materia di igiene, sanità e sicurezza.

Gli immobili ospitanti i centri estivi devono disporre delle seguenti dotazioni minime:

Tabella 1 Destinazione degli spazi

Dotazione minima utenti

Spazi Presenza WC Lavabo Soggiorno all'aperto Disponibilità di $\geq 5 \text{ m}^2$ per bambino. E' consentito in aggiunta o in alternativa l'utilizzo di spazi esterni adiacenti anche diversi da quelli della struttura

Attività collettive all'interno, comprensivo dello spazio per la ristorazione

2 m² per bambino o secondo quanto previsto dai regolamenti comunali per attività analoghe.

Servizio igienici

1/25 1/15

Servizi igienici per educatore

1

Cassetta di pronto soccorso

sì

- Almeno un servizio igienico deve essere accessibile ai disabili
- La conformità alle norme vigenti in materia di accessibilità e di superamento delle barriere architettoniche potrà essere assicurata anche con opere provvisoriale.
- Nel caso il centro estivo si svolga presso una scuola dovrà essere assicurata la fruibilità di un numero di bagni come da parametro sopraindicato.

2.2 Requisiti funzionali del centro estivo Nei centri estivi è richiesta la presenza:

- di un responsabile, con ruolo di coordinatore in possesso del diploma di scuola secondaria di secondo grado e possibilmente del titolo di educatore o insegnante, o di documentata esperienza in campo educativo. A decorrere dal 1 gennaio 2020, per i Centri estivi, che accolgono un numero di iscritti al turno settimanale superiore a 20, il "responsabile" dovrà essere in possesso di un titolo di formazione professionale o scuola secondaria di secondo grado o universitario – anche triennale – inerente uno dei seguenti ambiti: educativo, formativo, pedagogico, psicologico, sociale, artistico, umanistico, linguistico, ambientale, sportivo. In assenza di tale titolo in capo al "responsabile", il soggetto gestore dovrà dichiarare nella SCIA di avvalersi della formale collaborazione, per almeno 3 ore settimanali, di soggetto esterno precisamente individuato e in possesso di titolo di studio come sopra specificato;

- di almeno un maggiorenne in possesso del diploma di scuola secondaria di secondo grado o di titolo anche di laurea, anche triennale, preferibilmente a specifico indirizzo socioeducativo con funzione di educatore ogni 20 minori accolti o frazione, oltreché del necessario personale ausiliario.

A garanzia della salubrità dei pasti somministrati presso i centri estivi deve essere fatto riferimento alle norme europee, nazionali e regionali vigenti in materia di sicurezza alimentare.

È altresì raccomandata l'osservanza delle "Linee guida per l'offerta di alimenti e bevande salutari nelle scuole e strumenti per la sua valutazione e controllo" approvate con D.G.R. n. 418 del 10/4/2012.

Ai centri estivi si applica la legge 6 febbraio 2006, n. 38 "Disposizioni in materia di lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e la pedopornografia anche a mezzo Internet" che prevede l'interdizione perpetua da qualunque incarico nelle scuole di ogni ordine e grado, nonché da ogni ufficio o servizio in istituzioni o strutture pubbliche o private frequentate prevalentemente da minori» per i condannati per i reati previsti dalla legge stessa, nonché per chi abbia "patteggiato" ai sensi dell'art. 444 del codice di procedura penale. Conseguentemente il personale e i volontari presenteranno al gestore una dichiarazione che attesti l'assenza di tali condanne, anche a seguito di patteggiamento. Il D.Lgs. 4 marzo 2014, n. 39 ha introdotto l'obbligo di richiedere il certificato penale "per chi intenda impiegare al lavoro una persona per lo svolgimento di attività professionali o attività volontarie organizzate che comportino contatti diretti e regolari con minori, al fine di verificare l'esistenza di condanne per taluno dei reati di cui agli articoli 600-bis, 600-ter, 600-quater, 600-quinquies e 609undecies del codice penale, ovvero l'irrogazione di sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori."² Il certificato penale delle persone che lavorano presso i centri estivi dovrà essere allegato alla SCIA.

Requisiti sanitari per l'ammissione dei minori e del personale

Salvo quanto previsto dalla legge 31 luglio 2017 n.119 “Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, di malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci”, la vaccinazione antitifica non è richiesta dalla regione Emilia-Romagna, né dalle altre Regioni italiane, per l'ammissione nei centri estivi. Solamente in caso di presenza di eventuali problemi di salute del minore è necessario presentare l'opportuna documentazione in particolare in merito a:

- allergie/intolleranze alimentari (ai fini della dieta appropriata);

2 Si ricorda, inoltre, che le circolari interpretative utili sono rinvenibili nel sito www.giustizia.it nella parte Minori e nel sito del Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

- patologie croniche e/o terapie in atto (inclusi i farmaci da assumere al bisogno per patologie ad accessi parossistici come ad esempio l'asma bronchiale).

Tali condizioni possono essere riportate nella "scheda sanitaria per minori" (allegata) o autocertificate da chi esercita la responsabilità genitoriale.

Per i minori che si recano in strutture di altre Regioni italiane dovranno essere rispettate le relative disposizioni.

Il personale addetto alla struttura non deve presentare alcun certificato di idoneità sanitaria.

Il personale addetto alla preparazione/somministrazione/porzionamento dei pasti nelle strutture è tenuto a possedere l'attestato di formazione ai sensi della LR 11/2003. I camerieri sono esentati dall'attestato di formazione.

2.3 Procedure per l'apertura dei centri estivi

I soggetti gestori, contestualmente all'apertura del servizio, anche qualora esso si svolga presso strutture o spazi, normalmente destinati ad altra attività (v. 2.1), inoltrano segnalazione certificata di inizio attività al comune sede della struttura, a cui è allegata dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (ai sensi dell'art. 47 del DPR 28/12/2000, n. 445 “Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa”), firmata dal soggetto gestore o dal legale rappresentante della persona giuridica attestante, in particolare, il possesso dei requisiti strutturali e funzionali e delle dotazioni minime di cui alla presente direttiva e l'impegno alla copertura assicurativa del personale e dell'utenza. In allegato alla SCIA, il soggetto gestore trasmette un sintetico “progetto organizzativo”, contenente l'indicazione delle principali attività proposte (ludico-ricreative, sportive, educative, laboratoriali). In caso di affidamento a soggetti terzi della gestione di un servizio in appalto o concessione da parte del comune, l'atto di assegnazione tiene luogo della SCIA. In caso di affidamento di servizi da parte di Enti locali/Pubbliche amministrazioni a “imprese”, sono richiamate le disposizioni in materia di “Promozione della responsabilità sociale delle imprese”, di cui all'art. 26 della LR 18/2016 “Testo unico per la promozione della legalità e per la valorizzazione della cittadinanza e dell'economia responsabili”.

Ai fini dei controlli di competenza, il comune trasmette all'Ausl competente l'elenco delle attività segnalate con SCIA e degli assegnatari di appalto o concessione.

In caso di mancata presentazione della SCIA da parte del soggetto gestore, il comune competente può ordinare la sospensione delle attività fino all'effettuazione dei necessari controlli.

2.4 Vigilanza e sanzioni

Fatto salvo quanto sopra previsto in materia di appalti e concessioni, chiunque gestisca un centro estivo senza avere presentato la SCIA è soggetto ad una sanzione amministrativa da euro 300,00 ad euro 1.300,00 (art. 39 comma 5 L.R. 2/2003), il cui importo è stabilito con regolamento o con ordinanza comunale. L'accertamento, la contestazione e la notifica della violazione, nonché l'introito dei proventi sono di competenza del comune.

3. SOGGIORNI DI VACANZA

3.1 Requisiti strutturali e dotazioni minime dei soggiorni di vacanza

Per i requisiti strutturali e impiantistici previsti da normative di carattere generale si fa riferimento alle norme relative. Le strutture destinate ai soggiorni di vacanza devono disporre delle seguenti dotazioni minime:

Tabella 2 Destinazione degli spazi

Dotazione minima utenti

M² per iscritto

WC Lavabo Doccia

Soggiorno all'aperto

Disponibilità di ≥ 5 m² per bambino.

Attività collettive all'interno

2 m² per bambino o secondo quanto previsto dai regolamenti comunali per attività analoghe.

Spazio per la ristorazione (se diverso dal precedente)

1,2 m² per bambino

Pernottamento minori Non più di 20 persone per vano

5 m² per bambino

Servizio igienici per bambini iscritti

1/10 1/6 1/10

Servizi igienici accessibili ai disabili L. 13/89

1/60 1/60 1/60

e D.P.R. 326 1 posto letto ogni 60 Servizio igienico per personale 1 distinto per sesso oltre i 10

1 1 1

Locale per medicazione/ 1° soccorso o con cassetta pronto soccorso

1

Infermeria 2 posti letto e un servizio igienico esclusivo (in mancanza di apposito locale potrà essere utilizzata una stanza con servizio igienico a tale scopo riservata)

14 m²

Tutti gli spazi interni ed esterni ad uso collettivo devono essere accessibili anche ai disabili.

3.2 Requisiti funzionali per soggiorni vacanza Ogni casa di vacanza deve disporre:

- di un responsabile, con ruolo di coordinatore in possesso del diploma di scuola secondaria di secondo grado e possibilmente del titolo di educatore o insegnante, o di documentata esperienza in campo educativo. A decorrere dal 1 gennaio 2020 il "coordinatore" dovrà essere in possesso di titolo di diploma di scuola secondaria di secondo grado o titolo di laurea, anche triennale, a specifico indirizzo psico-socio educativo;

- di personale con funzioni educative non inferiore a uno ogni dodici minori, in possesso dei seguenti requisiti: a. maggiore età; b. diploma di scuola secondaria di secondo grado o titolo anche di laurea, anche triennale, a specifico indirizzo socio educativo;

- di personale sanitario comprendente: a. la disponibilità di un medico in possesso di titolo di studio riconosciuto nell'ambito dell'Unione europea; b. un'unità infermieristica / assistente sanitaria ogni 250 minori o frazione superiore a 50; nelle strutture ospitanti meno di 50 minori è sufficiente la garanzia di pronta disponibilità.

Il medico incaricato della casa di vacanza deve dichiarare con atto formale di assumere la responsabilità dell'assistenza dei minori, degli educatori, del personale di servizio e delle condizioni igienico-sanitarie della struttura, esplicando le funzioni di direttore sanitario del soggiorno e garantendo la tempestività degli interventi.

Il personale sanitario cura il registro dell'infermeria nonché il controllo e la conservazione della documentazione sanitaria relativa ai minori e al personale operante nella casa di vacanza, assicurando altresì il rispetto delle tabelle dietetiche allegate alla domanda di autorizzazione.

Al medico incaricato è fatto obbligo di segnalare immediatamente ai Servizi dell'Azienda USL competente per territorio ogni caso di malattia infettiva-diffusiva e qualsiasi altro evento morboso di notevole e straordinaria importanza, nonché ogni inconveniente di natura igienicosanitaria. Gli enti gestori adottano tabelle dietetiche approvate dall'Azienda Unità sanitaria locale. Il gestore presenta la tabella alla competente Azienda, che provvede all'approvazione entro 30 giorni dal ricevimento della stessa; il termine rimane sospeso (cioè riprende a decorrere dal momento dell'interruzione) per una sola volta in caso di richiesta di chiarimenti o modifiche alla tabella. Trascorso il termine senza che l'Azienda Unità sanitaria locale si sia pronunciata, la tabella si intende approvata.

I ragazzi disabili possono essere accompagnati da un adulto che deve essere registrato. A garanzia della salubrità dei pasti somministrati presso i soggiorni di vacanza deve essere fatto riferimento alle norme comunitarie, nazionali e regionali vigenti in materia di sicurezza alimentare. È altresì raccomandata l'osservanza delle "Linee guida per l'offerta di alimenti e bevande salutari nelle scuole e strumenti per la sua valutazione e controllo" approvate con D.G.R. n. 418 del 10/4/2012.

Ai soggiorni di vacanza si applica la legge 6 febbraio 2006, n. 38 "Disposizioni in materia di lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e la pedopornografia anche a mezzo Internet" che prevede l'interdizione perpetua da qualunque incarico nelle scuole di ogni ordine e grado, nonché da ogni ufficio o servizio in istituzioni o strutture pubbliche o private frequentate prevalentemente da minori» per i condannati per i reati previsti dalla legge stessa, nonché per chi abbia "patteggiato" ai sensi dell'art. 444 del codice di procedura penale. Conseguentemente il personale e i volontari presenteranno al gestore una dichiarazione che attesti l'assenza di tali condanne, anche a seguito di patteggiamento.

Il D.Lgs. 4 marzo 2014, n. 39 ha introdotto l'obbligo di richiedere il certificato penale "per chi intenda impiegare al lavoro una persona per lo svolgimento di attività professionali o attività volontarie organizzate che comportino contatti diretti e regolari con minori, al fine di verificare l'esistenza di condanne per taluno dei reati di cui agli articoli 600-bis, 600-ter, 600-quater, 600-quinquies e 609undecies del codice penale, ovvero l'irrogazione di sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori." Il certificato penale delle persone che lavorano presso i centri estivi dovrà essere reso disponibile al Comune al momento dell'inizio dell'attività.

Nelle case di vacanza ospitanti contemporaneamente più comunità il coordinatore responsabile è unico.

Requisiti sanitari per l'ammissione dei minori e del personale Salvo quanto previsto dalla legge 31 luglio 2017 n.119 "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, di malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci", la vaccinazione antitifica non è richiesta dalla regione Emilia-Romagna, né dalle altre Regioni italiane, per l'ammissione nei soggiorni di vacanza. Solamente in caso di presenza di eventuali problemi di salute del minore è necessario presentare l'opportuna documentazione in particolare in merito a: - allergie/intolleranze alimentari (ai fini della dieta appropriata); - patologie croniche e/o terapie in atto (inclusi i farmaci da assumere al bisogno per patologie ad accessi parossistici come ad esempio l'asma bronchiale).

Tali condizioni possono essere riportate nella "scheda sanitaria per minori" (allegata) o autocertificate da chi esercita la potestà parentale.

Per i minori che si recano in strutture di altre Regioni italiane dovranno essere rispettate le relative disposizioni.

Il personale addetto alla struttura non deve presentare alcun certificato di idoneità sanitaria.

Il personale addetto alla preparazione/somministrazione/porzionamento dei pasti nelle strutture è tenuto a possedere l'attestato di formazione ai sensi della LR 11/2003. I camerieri sono esentati dall'attestato di formazione.

3.3 Procedure per l'apertura dei soggiorni di vacanza.

I soggetti gestori inoltrano annualmente la domanda di autorizzazione all'apertura dei soggiorni di vacanza ai comuni (o loro forme associative) competenti per territorio, firmata dal soggetto gestore o dal legale rappresentante della persona giuridica, attestante, in particolare il possesso dei requisiti strutturali e funzionali e alle dotazioni minime di cui alla presente direttiva e alla copertura assicurativa del personale e dell'utenza. Il soggetto gestore trasmette, inoltre, un sintetico "progetto organizzativo" contenente l'indicazione delle principali attività proposte (ludico-ricreative, sportive, educative, laboratoriali). I comuni o le loro forme associative stabiliscono il termine entro il quale deve essere fornita risposta alla domanda di autorizzazione. Tale termine non può essere superiore a sessanta giorni e può essere sospeso una volta sola per il tempo strettamente necessario al richiedente per fornire la documentazione o i chiarimenti richiesti, indispensabili al rilascio dell'autorizzazione. L'organo deputato al rilascio dell'autorizzazione emana l'atto di autorizzazione o il diniego della stessa. Qualora l'organo deputato al rilascio dell'autorizzazione non risponda entro il termine di sessanta giorni – o entro il superiore termine conseguente alle eventuali sospensioni – il richiedente ha diritto di attivare il servizio, previa comunicazione al Comune nel quale ha sede il servizio. Il Comune concede le autorizzazioni subordinatamente al rispetto dei requisiti funzionali e strutturali di cui alla tabella 2, nonché all'acquisizione del parere di idoneità igienico-sanitaria delle strutture da parte della competente Ausl.

3.4 Vigilanza e sanzioni

Chiunque gestisca un soggiorno di vacanza senza avere ottenuto l'autorizzazione al funzionamento è soggetto ad una sanzione amministrativa da euro 2.000,00 a euro 10.000,00 (art. 39 comma 1 L.R. 2/2003) il cui importo è stabilito con regolamento o con ordinanza comunale. L'accertamento, la contestazione e la notifica della violazione, nonché l'introito dei proventi sono di competenza del comune.

In previsione dell'irrogazione delle sanzioni previste all'art. 39, comma 3 della L.R. 2/2003, il Comune diffida il soggetto gestore o il legale rappresentante a provvedere al necessario adeguamento entro il termine stabilito nell'atto di diffida (vedi art. 7 bis L. R 21/2004 e successive modifiche). Il mancato adeguamento nel termine stabilito, ovvero l'accertamento di comprovate gravi carenze che possono pregiudicare la sicurezza degli ospiti o degli operatori, comporta l'adozione di un provvedimento di sospensione dell'attività. Con tale provvedimento il Comune indica la decorrenza della sospensione dell'attività nonché gli adempimenti da porre in essere per permetterne la ripresa. Ove il legale rappresentante o il soggetto gestore non richieda al Comune - entro il termine stabilito nel provvedimento di sospensione - la verifica circa il superamento delle carenze riscontrate, l'autorizzazione al funzionamento è revocata. In questo caso l'attività può essere nuovamente esercitata solo a seguito di presentazione di nuova domanda.

3.5 Entrata in vigore e norme transitorie

La presente direttiva entra in vigore il giorno della sua pubblicazione sul Burert. Sono fatti salvi i procedimenti in corso alla data medesima, a cui si applicano le norme della direttiva approvata con D.C.R. 1061/98. E' comunque fatta salva la facoltà del richiedente di presentare nuova domanda di autorizzazione o SCIA secondo le norme della presente direttiva.

SCHEDA SANITARIA PER MINORI - SANITARY CARD FOR MINORS

cognome-surname nome-first name

Luogo e data di nascita – place and date of birth

nazionalità – nationality

Residenza, indirizzo, telefono – domicile, complete address, phone

Medico curante – doctor in charge Codice Fiscale:

AUSL VACCINAZIONI - MALATTIE PREGRESSE
DISEASES

VACCINATIONS-PREVIOUS

LAZIO

DGR 2.3.18, n. 143 Adesione al modello di intervento P.I.P.P.I. (Programma di Interventi Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione). Approvazione dello schema di protocollo d'intesa tra il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e la Regione Lazio. (BUR n. 23 del 20.3.18)

Note

PREMESSA

Si fa riferimento alla legge 8 novembre 2000, n.328: "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" ed alla L.R. 10 agosto 2016, n. 11 "Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio", ed <avuto riguardo alla Raccomandazione della Commissione Europea del 20 febbraio 2013: "investire nell'infanzia per spezzare il circolo vizioso dello svantaggio sociale", nella quale si raccomanda l'elaborazione di strategie integrate finalizzate, tra l'altro, a "migliorare i servizi di assistenza alle famiglie e la qualità dei servizi di cura alternativa - rafforzare i servizi sociali e i servizi di protezione destinati ai minori, in particolare in materia di prevenzione; aiutare le famiglie a sviluppare le loro competenze parentali evitando stigmatizzazioni e vigilare, inoltre, affinché i minori sottratti alla loro famiglia crescano in un ambiente corrispondente alle loro esigenze".

Con il decreto direttoriale della Direzione generale per la Lotta alla Povertà e per la Programmazione Sociale n. 786 in data 22 dicembre 2017 registrato dalla Corte dei Conti il 29 gennaio 2018 al n. 253 sono state adottate le Linee guida per la presentazione da parte di Regioni e Province Autonome di proposte di adesione al modello di intervento P.I.P.P.I. (Programma di Interventi Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione).

In particolare, il punto 7 delle citate Linee guida prevede l'istituzione di un'apposita Commissione per la valutazione delle proposte nominata dal Direttore Generale per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale;

Con il decreto direttoriale della Direzione generale per la Lotta alla Povertà e per la Programmazione Sociale n. 83 del 13 febbraio 2018 è stato approvato l'elenco degli ambiti territoriali ammessi al finanziamento nazionale.

Con il decreto direttoriale della Direzione generale per la Lotta alla Povertà e per la Programmazione Sociale n. 85 del 16 febbraio 2018 si autorizza il finanziamento degli ambiti territoriali ammessi al finanziamento nazionale per un importo complessivo di € 3.250.000,00.

er la Regione Lazio, sono stati ammessi al finanziamento nazionale, per un totale di euro 300.000,00, i seguenti 6 ambiti territoriali:

1. distretto sociale Rieti 5 –Comunità montana del Velino
2. distretto socio-sanitario Latina 2
3. distretto sociale vt 5 -Nepi
4. distretto socio-ass. "A" -Alatri
5. distretto socio ass rm
- 6.2 Albano Laziale
6. distretto socio sanitario VT 4 Vetralla

La Regione Lazio, così come previsto all'articolo 6 delle Linee guida, approvate con il decreto n. 786/2017, è tenuta a cofinanziare ognuno dei 6 ambiti ammessi alla sperimentazione con un importo di euro 12.500,00 per un totale di euro 75.000,00;

LA DISPOSIZIONE

Si aderisce al modello di intervento P.I.P.P.I. (Programma di Interventi Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione) secondo le modalità di cui alle Linee guida approvate con decreto direttoriale della Direzione generale per la Lotta alla Povertà e per la Programmazione Sociale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

SCHEMA DI PROTOCOLLO DI INTESA TRA IL MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI E LA REGIONE LAZIO

Il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (di seguito denominato Ministero) con sede in Roma, Via Forno n. 8, (C.F. 80237250586) rappresentato dal dott. Raffaele Tangorra, in qualità di Direttore Generale per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale; E

La Regione Lazio di seguito denominato Regione - (C.F./Partita IVA80143490581 ...) con sede in, roma via, rosa raimondi garibaldi 7 rappresentato da ...,

VISTA la legge 31 dicembre 2009 n. 196 e s. m. e i. recante “Legge di contabilità e finanza pubblica”;
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 che, sulla base del D.M. di cui al punto precedente, alla Direzione generale per l’inclusione e le politiche sociali è stata assegnata la gestione del CDR 9 del quale fa parte il cap. 2504 PG 31;

VISTO il Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, del 01/02/2017, registrato dall’U.C.B., in data del 06/02/2017 al n. 82, che assegna le risorse finanziarie per l’anno 2017, ai dirigenti degli Uffici Dirigenziali di livello generale appartenenti al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, attribuite ai capitoli delle unità previsionali di base della citata Tabella 4 di cui fa parte il CDR 9 – Direzione generale per l’inclusione, e le politiche sociali;

VISTO il decreto legislativo 15 settembre 2017 n. 147 recante “Disposizioni per l’introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà” che dalla data di entrata in vigore 14 ottobre 2017 ha determinato l’istituzione della Direzione Generale per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale e la conseguente soppressione della Direzione Generale per l’inclusione sociale e le politiche sociali

VISTO il D.P.C.M. del 15 novembre 2017, registrato dalla Corte dei Conti in data 12/01/2018 al n. 116, con il quale è stato conferito l’incarico di Direttore Generale della Direzione Generale per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale al dott. Raffaele Michele Tangorra;

VISTO il D.M. del 6 dicembre 2017, registrato alla Corte dei conti il 29 dicembre 2017, n. 2419, recante “Individuazione delle unità organizzative di livello dirigenziale non generale nell’ambito del Segretariato generale e delle direzioni generali”, pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 20 del 25 gennaio 2018;

VISTO il decreto interministeriale in data 23 novembre 2017, registrato dalla Corte dei Conti registrato il 7/12/2017 al n. 2291, con il quale si è provveduto alla ripartizione delle risorse finanziarie del Fondo nazionale per le politiche sociali 2017;

VISTO, in particolare, l’art. 4 del summenzionato decreto interministeriale che prevede a valere sulla quota del Fondo nazionale per le politiche sociali destinata al Ministero del lavoro e delle politiche sociali il finanziamento, per almeno 3.000.000 di euro, di 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) e l’attribuzione di tali risorse 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;

VISTO il decreto del Ministro dell’Economia e delle Finanze n. 214653 del 21/12/2017, registrato dalla Corte dei Conti in data 28/12/2017 al n. 1759, con il quale vengono apportate le necessarie

variazioni di bilancio per poter trasferire agli aventi diritto le risorse previste dal Fondo Nazionale per le politiche sociali 2017;

ACCERTATA la disponibilità finanziaria sul capitolo 2504 PG 31, dello stato di previsione del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, per l'anno finanziario 2017;

VISTA la legge 28 agosto 1997 n. 285, recante "Disposizioni per la promozione dei diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza", e in particolare l'articolo 8, comma 1, che prevede l'attivazione di un servizio di informazione, di promozione, di consulenza, di monitoraggio e di supporto tecnico per la realizzazione delle finalità della legge stessa;

VISTA la Raccomandazione della Commissione Europea del 20 febbraio 2013, "Investire nell'infanzia per spezzare il circolo vizioso dello svantaggio sociale", nella quale si raccomanda l'elaborazione di strategie integrate finalizzate, tra l'altro, a "Migliorare i servizi di assistenza alle famiglie e la qualità dei servizi di cura alternativa — Rafforzare i servizi sociali e i servizi di protezione destinati ai minori, in particolare in materia di prevenzione; aiutare le famiglie a sviluppare le loro competenze parentali evitando stigmatizzazioni e vigilare inoltre affinché i minori sottratti alla loro famiglia crescano in un ambiente corrispondente alle loro esigenze";

VISTO il PON "Inclusione" - CCI n.2014IT05SFOP001, approvato con decisione della Commissione C(2014)10130 del 17 dicembre 2014; CONSIDERATO, in particolare, che le finalità e le attività delle progettazioni per l'implementazione delle presenti Linee guida sono coerenti con quelle previste dall'Asse 3 del PON "Inclusione", che prevede il sostegno alla realizzazione di "Sistemi e modelli di Intervento sociale"; CONSIDERATO, inoltre, che le modalità di selezione dei progetti, di gestione e di rendicontazione delle attività progettuali previste per l'implementazione delle presenti Linee guida sono compatibili con quelle previste dal PON "Inclusione";

VISTA la Comunicazione della Commissione Europea "EUROPA 2020 Una strategia per una crescita intelligente, sostenibile e inclusiva" del 3 marzo 2010, che riconosce l'intimo legame tra politiche economiche e politiche sociali, ponendo al centro dell'attenzione del policy maker la lotta alla povertà ed alla esclusione sociale, in particolare fissando un target di riduzione di 20 milioni del numero di persone in condizioni di povertà ed esclusione sociale, entro il 2020 per l'Unione nel suo insieme; VISTI i Protocolli d'intesa tra il Ministero del lavoro e delle politiche sociali e l'Università degli studi di Padova stipulati in data 29 dicembre 2010, 11 novembre 2011, 19 dicembre 2012, 22 ottobre 2013, 18 dicembre 2014, 21 dicembre 2015 e 21 dicembre 2016 per la realizzazione delle attività del Programma di Intervento Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione (P.I.P.P.I.), per il consolidamento delle competenze acquisite dagli operatori coinvolti e per l'estensione del Programma agli ambiti territoriali ai sensi dell'art. 8, comma 3 lett. a), della legge 8 novembre 2000, n. 328; VISTE le Linee guida per la presentazione da parte di Regioni e Province autonome di proposte di adesione alla sperimentazione del modello di intervento P.I.P.P.I. (Programma di Interventi Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione) adottate in data 22 ottobre 2013, 6 ottobre 2014, 5 agosto 2015 e 25 ottobre 2016; VISTI i risultati positivi raggiunti nelle precedenti fasi di implementazione del Programma e pubblicati nei numeri 24, 34, 38 e 39 della serie dei "Quaderni della Ricerca Sociale", disponibili sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali; VISTO l'Accordo in sede di Conferenza Unificata del 21 dicembre 2017 tra il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali per la promozione e diffusione delle Linee di indirizzo nazionali sull'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità, che scaturisce dalla citata sperimentazione pluriennale di P.I.P.P.I. e si propone come metodologia a regime per la presa in carico di bambini e famiglie in difficoltà; CONSIDERATA la necessità di consolidare sempre più l'implementazione del modello di intervento sul territorio nazionale;

VISTO il decreto del Direttore Generale n. 786 in data 22 dicembre 2017 registrato dalla Corte dei Conti il 29/01/2018 al n. 253 con il quale sono state adottate le Linee guida per la presentazione da parte di Regioni e Province Autonome di proposte di adesione al modello di intervento P.I.P.P.I. (Programma di Interventi Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione);

VISTO, in particolare, il punto 7 delle citate Linee guida che prevede l'istituzione di un'apposita Commissione per la valutazione delle proposte nominata dal Direttore Generale per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale;

VISTO il Decreto Direttoriale n. 44 del 1 febbraio 2018, con il quale è stata istituita la Commissione di valutazione delle proposte di adesione al modello di intervento P.I.P.P.I. (Programma di Interventi Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione) presentate ai sensi delle Linee Guida del 22 dicembre 2017;

VISTO l'elenco degli ambiti territoriali ammessi al finanziamento nazionale predisposto ed approvato definitivamente dalla Commissione stessa nella seduta del 9 febbraio 2018;

VISTO il Decreto Direttoriale n. 83 del 13 febbraio 2018 che approva l'elenco degli ambiti territoriali ammessi al finanziamento nazionale;

VISTO il Decreto Direttoriale n. 85 del 16 febbraio 2018 con il quale si autorizza il finanziamento degli ambiti territoriali ammessi al finanziamento nazionale per un importo complessivo di € 3.250.000,00;

TUTTO QUANTO CIÒ PREMESSO SI STIPULA E SI CONVIENE QUANTO SEGUE

Articolo 1 - Oggetto Il presente Protocollo ha per oggetto la realizzazione delle attività relative all'adesione al modello di intervento P.I.P.P.I. (Programma di Interventi Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione) secondo quanto riportato nell'allegato A, parte integrante del presente Protocollo.

Articolo 2 - Impegni della Regione

La Regione si impegna a svolgere le attività di cui all'art. 1 nel rispetto degli obiettivi e dei contenuti, nonché dei tempi, delle modalità organizzative e dei costi previsti nel programma medesimo. Per la copertura dei costi delle attività di cui al comma precedente, la Regione utilizza il contributo di cui all'articolo 5, nonché garantisce il cofinanziamento per la residua quota del 20% dei costi totali, attraverso risorse proprie. Non è ammesso il cofinanziamento attraverso la contribuzione in natura (personale - ad eccezione delle spese per lavoro straordinario -, locali, beni durevoli etc). La Regione si impegna ad aderire al Comitato tecnico di coordinamento, di cui al successivo art. 4.

Articolo 3 - Modalità di realizzazione

La Direzione Generale per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale provvederà alla supervisione e al coordinamento della realizzazione del programma, sia direttamente, sia avvalendosi della collaborazione e del supporto dell'Università degli studi di Padova e del Comitato di coordinamento di cui all'articolo 4. Per la realizzazione delle attività di cui all'allegato A, la Regione, può avvalersi di soggetti esterni, nel rispetto delle vigenti disposizioni normative previdenziali, assicurative, fiscali, in tema di sicurezza sul lavoro e di pubblici appalti di beni e servizi.

Per una migliore esecuzione del Protocollo d'intesa, il Ministero può richiedere o autorizzare, entro il limite massimo dell'importo di cui all'art. 5, la variazione delle prestazioni e dei servizi previsti nel piano di attività purché non comportino maggiori oneri per la controparte.

Articolo 4 - Comitato tecnico di coordinamento

Al fine di determinare il piano esecutivo del programma, monitorarne lo sviluppo attuativo e orientare e supervisionare la realizzazione del rapporto finale, viene nominato con decreto del Direttore Generale per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale del Ministero un apposito Comitato tecnico di coordinamento presieduto dal medesimo Direttore Generale e composto da: - un rappresentante del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, oltre al Presidente; - un rappresentante dell'Università degli studi di Padova, in qualità di ente di supporto ai sensi dell'articolo 3; - un rappresentante per ognuna delle Regioni/Province Autonome che hanno aderito al programma.

Articolo 5 - Importo ed esonero cauzionale

Per lo svolgimento delle attività di cui al presente Protocollo d'intesa, viene pattuito un contributo pari ad Euro 50.000,00 (cinquantamila/00) per ambito finanziato sulla base della tabella di cui al Decreto Direttoriale n. 85 del 16 febbraio 2018 (allegato C) e per un importo complessivo pari a Euro 300.000,00 (trecentomila). La Regione viene esonerata dal prestare cauzione ai sensi dell'art. 54 del Regolamento per l'Amministrazione del patrimonio e la contabilità generale dello Stato. L'onere a carico del Ministero graverà sul capitolo 2504 PG 31, dello stato di previsione del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, per l'anno finanziario 2017. Ai fini della rendicontazione sull'utilizzo del contributo di cui al primo comma del presente articolo le voci di spesa ammissibili sono quelle relative alle attività di cui all'allegata ipotesi di costi (allegato B). Verranno ritenute ammissibili unicamente le spese con le seguenti caratteristiche:

- strettamente connesse alle azioni progettuali previste dal programma;
- sostenute nel periodo compreso tra la data di sottoscrizione del presente Protocollo e la data del termine del programma;
- documentate con giustificativi originali e conformi alla normativa vigente in materia fiscale e contabile;
- registrate nella contabilità generale e specifica dei beneficiari.

Verranno ritenuti ammissibili, inoltre, i costi indiretti e non rendicontabili (ivi compresi amministrazione e management, ammortamenti, utenze, affitti, costi ordinari postali e delle telecomunicazioni, spese per acquisto di materiali d'ufficio e per il personale amministrativo, manutenzione, aggiornamento e utilizzo dei beni materiali e strumentali impiegati nelle attività in oggetto) fino ad un massimo del sette per cento dell'ammontare dei costi preventivati e/o rendicontati, sulla fattispecie di quanto previsto dall'art. 124 paragrafo 4 del regolamento finanziario della Commissione Europea No 966/2012 del 25 ottobre 2012. Non sono in ogni caso ammissibili le seguenti spese:

- contributi in natura (personale, ad eccezione delle spese per lavoro straordinario, locali, beni durevoli, etc);
- ammortamento di beni esistenti.

Articolo 6 - Verifica dei risultati

Al termine delle attività la Regione consegna i risultati del programma al Direttore Generale per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale. La verifica dei risultati in attuazione del presente Protocollo è affidata ad un'apposita commissione nominata dal Direttore Generale tra funzionari di comprovata esperienza. Alla consegna dei lavori, alla Commissione di cui al comma precedente spetta il compito di verificare: a) la conformità delle attività realizzate dalla Regione alle previsioni del presente Protocollo d'intesa; b) la congruità della documentazione giustificativa di spesa prodotta dalla Regione; c) la relazione sui risultati del programma.

Articolo 7 - Modalità di liquidazione Il Ministero procederà alla liquidazione delle spese sostenute nel limite massimo della quota di partecipazione a proprio carico di cui all'articolo 5. Tale importo, non soggetto ad IVA ai sensi degli artt. 1 e 3 del DPR n. 633/72 e successive modificazioni ed integrazioni, sarà corrisposto, previo accertamento della disponibilità di cassa, dal Ministero alla Regione:

- per una quota pari al 50% del finanziamento accordato all'avvio delle attività, previa comunicazione della Regione o della Provincia Autonoma della costituzione e convocazione del Gruppo regionale di cui all'allegato A;
- per una quota pari al 30% del finanziamento accordato, alla presentazione di un rapporto intermedio sulle attività svolte, corredato di un prospetto sintetico articolato per voci di costo come da allegato B, comprensiva della documentazione giustificativa delle spese sostenute, previa verifica dell'inserimento dei dati al T0 da parte degli ambiti territoriali secondo le modalità previste dall'allegato A e della dichiarazione sull'effettivo utilizzo di almeno il 75% della somma erogata all'avvio delle attività;

□ per il restante 20%, e comunque a saldo, previa positive determinazioni della Commissione di cui all'art. 6, su presentazione di una relazione finale sulle attività svolte, previa verifica del corretto inserimento da parte degli ambiti territoriali dei dati al T2 secondo le modalità previste dall'allegato A, e di apposita richiesta del saldo completa della documentazione giustificativa delle spese sostenute per l'intero ammontare del finanziamento e di un prospetto riepilogativo delle spese a carico della quota di cofinanziamento regionale. L'importo sarà accreditato sul conto di tesoreria codice n. 31183 intestato alla Regione LAZIO, IBAN IT67K0100003245348300031183.

D'intesa con la Regione e con un preavviso di almeno 15 giorni, la Direzione Generale per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale potrà richiedere la rendicontazione intermedia sullo stato di avanzamento dei lavori.

Articolo 8 - Inadempimenti e penali

In caso di grave inadempimento della Regione, il Ministero procederà al recupero del contributo concesso. L'inadempimento è da ritenersi grave al verificarsi delle seguenti circostanze: a) carenza di organizzazione tale da pregiudicare la regolare realizzazione del progetto; b) adozione di iniziative non concordate con il Ministero tali da arrecare pregiudizio all'andamento del progetto ed al Ministero stesso. La Direzione Generale per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale contesterà alla Regione l'inadempimento entro 40 giorni dalla conoscenza da parte del Ministero del verificarsi dello stesso, concedendo ulteriori 10 giorni per eventuali controdeduzioni, decorsi i quali la Direzione Generale per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale deciderà con provvedimento motivato.

Art. 9 - Utilizzazione dei risultati

Sulle informazioni ed i prodotti forniti in esecuzione del presente protocollo, il Ministero acquisisce pieno ed esclusivo diritto di utilizzazione degli stessi compreso quello di pubblicazione. Il Ministero e la Regione definiscono congiuntamente un piano di diffusione dei risultati del programma di intervento con riferimento al territorio di competenza.

Articolo 10 - Responsabilità

La Regione si impegna ad operare nel pieno rispetto delle leggi e dei regolamenti vigenti. Il Ministero non è responsabile per eventuali danni che possano derivare a terzi dalla gestione delle attività effettuate in modo non conforme agli articoli del presente Protocollo. La Regione si impegna, in conseguenza, a sollevare il Ministero da qualsiasi danno, azione, spesa e costo che possano derivare da responsabilità dirette della Regione stessa.

Articolo 11 - Efficacia e modifiche

Il presente Protocollo d'Intesa è efficace nei confronti della Regione, nonché del Ministero, solo dopo l'approvazione degli organi di controllo. Il Ministero darà immediata informazione di quanto innanzi per permettere alla Regione di assumere gli adempimenti così come previsto nell'art. 1 del presente Protocollo d'Intesa. Eventuali modifiche al presente Protocollo d'Intesa devono essere concordate tra le parti. Per ogni autorizzazione non prevista nel presente Protocollo d'intesa e da richiedersi preventivamente è delegata la dr.ssa Adriana Ciampa, dirigente della Divisione IV.

Articolo 12 - Clausola compromissoria

Per ogni controversia che possa insorgere in ordine alla validità, interpretazione, esecuzione o risoluzione del presente Protocollo, dopo un preliminare tentativo di soluzione in via conciliativa, sarà competente in via esclusiva il Foro di Roma ai sensi dell'art. 15 della legge 7 agosto 1990 n. 241.

Il presente atto è stipulato nell'interesse pubblico e l'eventuale registrazione su pubblici registri, per il caso d'uso, sarà a carico della parte che la richiede.

Il presente Protocollo di Intesa si compone di 12 articoli.

Roma,

Per il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali Dott. Raffaele Tangorra

Per la Regione

VENETO

DGR 20.2.18, n. 200 - Approvazione del Protocollo d'Intesa tra la Regione del Veneto e il Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali avente ad oggetto l'adesione al Programma di Interventi Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione (P.I.P.P.I.) per l'annualità 2018-2019- P.I.P.P.I. (BUR n. 27 del 18.3.18)

Note

PREMESSA

Il Programma di Interventi Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione (di seguito programma P.I.P.P.I.) è il risultato della collaborazione tra Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (di seguito MLPS) e Laboratorio di ricerca e intervento in educazione familiare dell'Università di Padova (di seguito Labrief).

Così come evidenziato nelle *“Linee Guida per la presentazione da parte di Regioni e Province Autonome di proposte di adesione al modello P.I.P.P.I. (Programma di Interventi Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione)”*, di cui al Decreto Direttoriale n. 786 del 22 dicembre 2017, tale Programma è finalizzato alla prevenzione dell'allontanamento del minore dalla propria famiglia attraverso una serie di interventi innovativi volti al sostegno della genitorialità.

Esso propone linee d'azione volte a sostenere la *“genitorialità positiva”* necessaria ad *“interrompere il ciclo dello svantaggio sociale”* così come evidenziato nella Raccomandazione della Commissione Europea del 20 febbraio 2013, n. 112, *“Investire nell'infanzia per spezzare il circolo vizioso dello svantaggio sociale”*, che tra le strategie indica espressamente le politiche e le azioni per rafforzare i servizi sociali e i servizi di protezione destinati ai minori, in particolare in materia di prevenzione e per aiutare le famiglie a sviluppare le loro competenze parentali.

Le suddette linee d'azione sono in parte sviluppate nel IV Piano nazionale d'azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva predisposto dall'Osservatorio nazionale per l'Infanzia e l'adolescenza e adottato con Decreto del Presidente della Repubblica il 31 agosto 2016, la cui finalità è quella di favorire un diffuso investimento nell'infanzia e nella genitorialità, promuovendo innovazione nell'intervento con le famiglie vulnerabili da parte del sistema dei servizi titolari di questa funzione, garantendo l'armonizzazione a livello nazionale.

Il programma P.I.P.P.I. è un programma che si rivolge a famiglie con problematiche nell'assunzione delle funzioni genitoriali con figli da 0 a 11 anni, è un programma intensivo, a breve/medio termine (18/24 mesi) e prevede l'attivazione di una serie di dispositivi (educativa domiciliare, gruppi per genitori e bambini, partenariato tra scuola-famiglie-servizi, famiglie d'appoggio), nell'ottica imprescindibile della massima collaborazione ed interazione fra tutti gli attori ed i sistemi istituzionali coinvolti nei processi di protezione e cura dei minori (famiglie, servizi sociali, sociosanitari, educativi, scolastici e della giustizia) e non (reti sociali).

Alla luce dei risultati positivi raggiunti a partire dalla prima fase di implementazione (2010-2011) che vedeva coinvolte 10 città italiane (Legge 285/1997), tra le quali la città di Venezia, per arrivare alla terza fase (annualità 2014-2015) a partire dalla quale vi è stato il riconoscimento formale del ruolo di coordinamento della sperimentazione delle Regioni e delle Province autonome nei propri ambiti territoriali di riferimento (di seguito A.A.T.T.) e alle seguenti implementazioni (annualità 2015-2016, 2016-2017, 2017-2018), il MLPS ha scelto di sostenere tale progetto anche per l'annualità 2018-2019.

Ciò anche allo scopo di estendere tale modello di intervento ad altri ambiti territoriali nel contesto di ciascuna Regione /Provincia autonoma o di consolidarne l'attuazione nei territori già aderenti nel corso delle annualità precedenti.

Sulla scorta della positiva sperimentazione del Programma è stato inoltre costituito un Tavolo istituzionale il cui esito è stata la produzione di Linee di indirizzo nazionali sull'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità approvate in Conferenza unificata il 21 dicembre 2017; le predette Linee di indirizzo scaturiscono dalla citata sperimentazione pluriennale di P.I.P.P.I. e si propongono quale metodologia per la presa in carico di bambini e famiglie in difficoltà.

LA DISPOSIZIONE

Viene approvato l'**Allegato A**, parte integrante del presente provvedimento, recante il "*Protocollo d'Intesa tra il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e la Regione del Veneto*", per la sperimentazione del modello di intervento P.I.P.P.I. (Programma di Interventi Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione) per l'annualità 2018-2019;

Viene determinato in € 62.500,00, l'importo massimo delle obbligazioni di spesa alla cui assunzione provvederà con propri atti, sulle disponibilità 2018 e 2019, il Direttore della Direzione Servizi Sociali, disponendo la copertura finanziaria a carico dello stanziamento del capitolo 100016 "*Fondo regionale per le Politiche sociali- Trasferimenti alle amministrazioni pubbliche per attività progettuali e di informazione ed altre iniziative di interesse regionale nelle aree dei Servizi Sociali (art. 133, c. 3, lett. A, L.R. 13/04/2001, n. 11)*", a favore dei seguenti ambiti territoriali, secondo la seguente ripartizione:

A. Ulss 7 Pedemontana-Distretto 1	€ 12.500,00
A. Ulss 7 Pedemontana-Distretto 2	€ 12.500,00
A. Ulss 2 Marca trevigiana-Distretto Asolo	€ 12.500,00
A. Ulss 6 Euganea-Distretto 4	€ 12.500,00
Comune di Venezia, quale città riservataria ex L. 285/1997	€ 12.500,00
TOTALE	€ 62.500,00

ALLEGATO

PROTOCOLLO DI INTESA TRA IL MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI E LA REGIONE DEL VENETO

NB

SI FA RINVIO ALLA LETTURA INTEGRAL DEL TESTO

NON AUTOSUFFICIENTI

TOSCANA

DGR 6.3.18, n. 224 - Approvazione "Avviso pubblico a presentare progetti per l'attivazione di azioni innovative e sperimentali ad integrazione dei percorsi assistenziali per la demenza". (BUR n. 11 del 14.3.18)

Note

PREMESSA

Viene richiamato quanto disposto dalla legge regionale 24 febbraio 2005 n. 40 "Disciplina del servizio sanitario regionale" e successive modifiche e integrazioni, che all'articolo 18 individua il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale quale strumento di programmazione con il quale la Regione definisce gli obiettivi di politica sanitaria e sociale e i criteri per l'organizzazione del servizio sanitario regionale e dei servizi sanitari e sociali; nonché dalla legge regionale 24 febbraio 2005 n.

41 “Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale”, ed infine dalla Legge Regionale n. 66 del 18 dicembre 2008, Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza; e a quanto indicato nel Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015, che ribadisce la necessità di riservare particolare attenzione alla demenza dato che una quota consistente della non autosufficienza dell’anziano risulta attribuibile alla presenza della stessa-
Lo stesso Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015 sottolinea che la Regione Toscana ha previsto un percorso di assistenza socio-sanitaria specifico, a partire dal Piano Sanitario Regionale 1998/2000, successivamente strutturato nella Deliberazione della Giunta Regionale n. 402 del 26/04/2004.

Tale percorso prevede la presenza sul territorio regionale di servizi residenziali e semiresidenziali specializzati nel trattamento di soggetti con demenza e gravi disturbi del comportamento finalizzati a ridurre i sintomi psicologici e comportamentali, nel rallentare il declino dell’autonomia, nel massimizzare la qualità della vita dei pazienti e nel ridurre il carico assistenziale delle famiglie ed a favorire il loro utilizzo flessibile e temporaneo, orientato, ove possibile, al mantenimento/rientro a domicilio del paziente a seguito del miglioramento dei sintomi della malattia e del sollievo/supporto fornito ai familiari.

L’AZIONE SPECIFICA DELLA REGIONE

Con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 370 del 22/03/2010 è stato approvato il “Progetto per l’assistenza continua alla persona non autosufficiente”

IL RUOLO DEL CONSIGLIO SANITARIO REGIONALE

Il Consiglio Sanitario regionale ha espresso i Pareri del:

- n. 52/2010 “Sindrome di demenza: Diagnosi e Trattamento”
- n. 12/2012 “Demenza: Guida per il caregiver”
- n. 24/2012 “Implementazione Linea Guida Demenz e”
- n. 102/2014 “Presa in carico del paziente con Alzheimer”
- n. 66/2015 “PDTA Demenza”.

Inoltre ha approvato le Linee Guida Sindrome demenza: diagnosi e trattamento, pubblicate nel 2011 e aggiornate nel 2015 che sintetizzano per i medici di medicina generale, che avviano il processo diagnostico-terapeutico, le indicazioni più attendibili sui test valutativi, sui trattamenti farmacologici e su altre metodologie di trattamento, come le stimolazioni cognitive e le psicoterapie brevi..

L’ACCORDO STATO-REGIONI

Con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 147 del 23/02/2015 che recepisce l’Accordo, ai sensi dell’articolo 9, comma 2, lett. c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, le province, i comuni e le comunità montane sul documento recante: “Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze”.

L’Accordo stabilisce che il Governo, le Regioni, le Province autonome e gli Enti Locali si impegnino a implementare il Piano suddetto, articolato in obiettivi e azioni

Prevede tra gli obiettivi un aumento della consapevolezza e riduzione dello stigma per un miglioramento della qualità della vita e che tale obiettivo è declinato nei seguenti sottoobiettivi:

- Supportare le persone con demenza e i loro familiari fornendo loro corrette informazioni sulla malattia e sui servizi disponibili per facilitare un accesso ad essi quanto più tempestivo possibile;
- Migliorare la qualità di vita e della cura e promuovere la piena integrazione sociale per le persone con demenze anche attraverso strategie di coinvolgimento personale e familiare;
- Favorire tutte le forme di partecipazione, in particolare attraverso il coinvolgimento delle famiglie e delle Associazioni, sviluppando non solo l’empowerment delle persone ma anche quello della comunità

Il Piano nazionale demenze sottolinea l’importanza del coinvolgimento anche delle Associazioni locali da parte delle amministrazioni regionali.

Rispetto agli obiettivi di cui sopra, il Piano prevede, tra le azioni derivanti, lo sviluppo di interventi di coinvolgimento attivo e consapevole dei familiari/caregiver con parallela offerta di sostegno

personalizzato, formazione ed informazione mirate; il sostegno e la valorizzazione delle associazioni dei familiari e delle reti di volontariato, e delle loro attività dedicate ai caregiver e l'incentivazione di tutte le opportunità a bassa soglia e ad alta capacità di contatto per il coinvolgimento delle persone con demenza e dei loro familiari ed il sostegno informale (come ad esempio i Caffè Alzheimer o altre iniziative sul territorio di provata efficacia).

Il Piano nazionale demenze prevede che le azioni ivi previste, tra loro complementari e sinergiche, debbano essere avviate congiuntamente a livello nazionale, regionale e locale.

Con Deliberazione della Giunta Regionale n. 1402 dell'11/12/2017 è stato approvato il documento Piano regionale demenze, in attuazione di quanto previsto dall'Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, le province, i comuni e le comunità montane sul documento recante: "Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze".

Al fine di delineare uno specifico modello assistenziale da declinare in tutto il territorio regionale per migliorare la qualità di vita del paziente affetto da demenza e della sua famiglia, valorizzando e potenziando le professionalità esistenti, creando sinergie lavorative e relazionali grazie anche alle opportunità che la tecnologia offre, la stessa Deliberazione della Giunta Regionale n. 1402 dell'11/12/2017 ha approvato il documento "Indicazioni per l'organizzazione di una rete sociosanitaria integrata per la cura e l'assistenza delle persone con demenza e il sostegno ai familiari". Con la Deliberazione sopra richiamata, al fine di poter garantire una presa in carico che preveda una continuità di comunicazione, di interventi ed attività tra i diversi attori della rete dei servizi sanitari, sociali e socio-sanitari con cui l'utente e la sua famiglia (e/o assistente familiare) possano interfacciarsi durante tutto il percorso di cura, si è ritenuto necessario definire processi, percorsi, ruoli e rapporti di collegamento e collaborazione all'interno di tutta la rete dei servizi.

Si è ritenuto opportuno disporre che le Zone distretto/Società della Salute prevedano, nell'ambito dei propri strumenti di programmazione, le azioni e i servizi finalizzati all'attivazione della rete, con particolare riferimento alle forme di integrazione previste nelle suddette "Indicazioni per l'organizzazione di una rete sociosanitaria integrata per la cura e l'assistenza delle persone con demenza e il sostegno ai familiari", di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale n. 1402 dell'11/12/2017 (Caffè e Atelier Alzheimer);

Tenuto conto che il suddetto documento prevede la possibilità di attivare, in via sperimentale, servizi innovativi a bassa soglia, ad integrazione dei percorsi assistenziali per la demenza, quali i Caffè Alzheimer e gli Atelier Alzheimer.

1. per "progetti sperimentali" si intendono azioni progettuali a valenza territoriale che prevedono la quantificazione dei risultati e la valutazione dell'efficacia, della qualità e sicurezza, attraverso un opportuno monitoraggio che consenta di stimare il valore aggiunto per il sistema assistenziale regionale;

2. per "innovativo" si intende la capacità di individuare percorsi e modalità organizzative e di governance dei servizi ad oggi non previste dalla normativa vigente e in grado di leggere e gestire i bisogni dei soggetti coinvolti in maniera più appropriata.

L'attivazione dei suddetti progetti sperimentali dovrà garantire:

- la coerenza con la programmazione sociosanitaria regionale e locale;
- la creazione di sinergie tra tutti i soggetti operanti all'interno del sistema integrato nella fase di definizione della proposta sperimentale, al fine di ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili;
- la definizione di elementi utili a stabilire criteri e standard di nuovi percorsi/modelli assistenziali replicabili sul territorio regionale.

I progetti sperimentali:

- dovranno essere elaborati all'interno di un'analisi del contesto territoriale di riferimento che trova la sua naturale collocazione nella Zona-distretto, e che pertanto saranno oggetto di una formulazione progettuale condivisa fra Conferenza zonale dei sindaci (o Società della Salute laddove costituita) e

Azienda UUSSLL, anche su proposta degli operatori del sistema sociale e sanitario coinvolti, delle organizzazioni sindacali, dei soggetti del Terzo Settore e dei gestori privati e pubblici;

- dovranno essere presentati dalle Società della Salute, per le Zone distretto ove esse siano formalmente costituite ai sensi dell'art. 71 bis della L.R. n. 40 del 24/02/2005 e s.m.i., ovvero, ove non costituite, dal soggetto pubblico espressamente individuato dalla Conferenza zonale dei sindaci integrata (definita all'Art. 70 bis, comma 8 della L.R. n. 40 del 24/02/2005 e s.m.i.) nell'ambito delle convenzioni per l'esercizio delle funzioni di integrazione sociosanitaria;

- saranno oggetto di valutazione di ammissibilità secondo i criteri di qualità/coerenza e innovatività progettuale contenuti nell'avviso pubblico di cui all'Allegato A, da parte di un nucleo di valutazione appositamente nominato dall'Amministrazione regionale.

Viene ritenuto di promuovere la diffusione e lo sviluppo delle terapie non farmacologiche (o "psicosociali") al fine di migliorare la qualità di vita dell'anziano con demenza e della sua famiglia approvando un avviso pubblico a presentare progetti per l'attivazione di azioni innovative e sperimentali ad integrazione dei percorsi assistenziali per la demenza, secondo le indicazioni contenute nell'Allegato A.

LA DISPOSIZIONE

Viene approvato un "Avviso pubblico a presentare progetti per l'attivazione di azioni innovative e sperimentali ad integrazione dei percorsi assistenziali per la demenza", di cui all'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto.

I progetti dovranno essere redatti esclusivamente seguendo il "Formulario per la presentazione del progetto sperimentale" di cui all'Allegato B parte integrante e sostanziale del presente atto, pena la non ammissibilità e valutazione del progetto stesso.

I progetti sperimentali, in ordine alla loro ammissibilità, saranno valutati secondo i criteri di qualità/coerenza e innovatività progettuale contenuti nell'Avviso pubblico di cui all'Allegato A, da parte di un nucleo di valutazione appositamente nominato dall'Amministrazione regionale.

I progetti sperimentali approvati riceveranno un cofinanziamento regionale e la quantificazione in percentuale del contributo regionale non può essere superiore al 70% del costo complessivo del progetto, non potendo, in ogni caso, superare l'importo massimo di complessivi euro 15.000,00.

Viene destinato l'importo complessivo di euro 202.555,00, per co-finanziare i progetti sperimentali ammissibili

SEGUONO ALLEGATI (a cui si fa rinvio).

DGR 6.3.18, n. 225 - Fondo Nazionale per le non Autosufficienze: interventi per il sostegno alla funzione assistenziale domiciliare per le persone affette da SLA - annualità 2018. (BUR n. 11 del 14.3.18)

Note

PREMESSA

Il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015 (PSSIR), prevede al punto 2.3.6.5 "la disabilità", l'attivazione, per ciascuna persona con disabilità, di un "progetto globale di presa in carico" inteso come l'insieme organizzato delle risposte e degli interventi che accompagnano la persona nei suoi cicli di vita, seguendone la modificazione dei bisogni nel tempo, al fine di garantirle la più alta qualità di vita possibile.

Il citato PSSIR prevede espressamente la sperimentazione di proposte progettuali innovative e lo sviluppo di specifici percorsi assistenziali che affrontino l'area della cronicità.

La Giunta Regionale con propria delibera n. 721 del 3 agosto 2009 ha stabilito di promuovere azioni sperimentali, da attivare da parte delle Aziende USL toscane, finalizzate ad implementare l'offerta di assistenza domiciliare a persone con gravissime patologie progressivamente invalidanti ed ha stabilito che tali sperimentazioni debbano coinvolgere le persone affette da sclerosi laterale amiotrofica (SLA) che si trovano nella fase avanzata della malattia.

Viene preso atto che il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, con proprio decreto del 27 novembre 2017 recante "Ripartizione delle risorse finanziarie affluite al Fondo per le non autosufficienze, per l'anno 2017" ha assegnato alla Regione Toscana la somma complessiva di euro

31.026.440,00, stabilendo che la Regione debba utilizzare in maniera esclusiva, per una quota non inferiore al 50%, le risorse assegnate per interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissima, ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica (SLA), per una somma pari a euro 15.513.220,00.

LA DISPOSIZIONE

Viene mantenuto vigente, fino a nuove indicazioni, quanto già previsto con le delibere della G.R. n. 721/2009, n. 1053/2011 e n. 723/2014 e con decreto n. 5725/2009, coerentemente a quanto stabilito dal Consiglio Sanitario Regionale (CSR) con proprio parere n. 40/2009.

Vengono rese disponibili alle Aziende USL una quota parte delle risorse di cui al Fondo per le non autosufficienze per l'anno 2017, al fine di assicurare, per l'intero anno 2018, la prosecuzione degli interventi già avviati e da avviare in relazione al sostegno alla funzione assistenziale domiciliare nei confronti delle persone affette da SLA, quantificando per l'anno 2018 in euro 3.613.339,93 la somma complessiva da destinare a tal fine, tenuto conto del monitoraggio effettuato sugli interventi attivi al 31/12/2017, delle spese maggiori o minori sostenute dalle Aziende USL nel 2017 e della stima della spesa per il 2018;

Viene impegnato il competente settore della Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale effettua un monitoraggio annuale finalizzato a verificare l'andamento dello specifico intervento, in particolare con riferimento all'incidenza e prevalenza zonale e aziendale della malattia e all'utilizzo delle risorse da parte delle singole Aziende USL, anche al fine di affrontare tempestivamente eventuali criticità emergenti.

Viene richiesto alle aziende USL un potenziamento dei servizi territori egione piemonte bu12 22/03/2018

ali zonali affinché siano attivati specifici interventi mirati a rafforzare le azioni di sostegno domiciliare alle necessità riabilitative e assistenziali delle persone con SLA.

SEGUE ALLEGATO

PERSONE CON DISABILITÀ

PIEMONTE

DGR 2.3.18, n. 19-6545 - Presa d'atto dell'adesione della regione Piemonte alla sperimentazione del modello di intervento in materia di vita indipendente e inclusione nella società' delle persone con disabilità' proposta dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali. bando anno 2017. autorizzazione alla stipula del protocollo d'intesa con il Ministero. (BUR n. 12 del 22.3.18)

Note

PREMESSA

Il tema della vita indipendente è stato considerato una delle priorità del primo programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità, predisposto dall'osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità e approvato con il dpr del 4 ottobre 2013.

Tale tema è stato ripreso nel secondo programma d'azione biennale approvato con il decreto del presidente della repubblica del 12 ottobre 2017.

Il secondo programma d'azione biennale si raccorda con il primo programma, che aveva aperto un nuovo scenario di riferimento politico e programmatico sul tema della disabilità, e nello specifico la linea di intervento 2 riguarda il tema delle "politiche, servizi e modelli organizzativi per la vita indipendente e l'inclusione nella società".

L'obiettivo di questa linea del programma è quello di promuovere un percorso condiviso di promozione della vita indipendente, garantendo l'esigenza di omogeneità a livello nazionale, per dare attuazione all'articolo 19 "vita indipendente e inclusione nella società" della convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità.

A tal fine, infatti, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali ha proposto alla regioni a partire dall'anno 2013 la sperimentazione del modello di intervento in materia di vita indipendente e

inclusione nella società delle persone con disabilità sulla base di specifiche linee guida, che si è rinnovata annualmente.

Anche per l'anno 2017, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, con decreto del direttore generale della direzione generale per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale n. 808 del 29 dicembre 2017, ha riproposto le linee guida per la presentazione da parte delle regioni di progetti in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità, in continuità con le attività già avviate con le linee guida delle quattro precedenti annualità.

La sperimentazione ha l'obiettivo generale di proseguire nello sviluppo di un percorso condiviso di promozione della vita indipendente per la definizione di linee di indirizzo nazionali per l'applicazione dell'articolo 19 della convenzione ONU, fissando i criteri guida per la concessione di contributi, per la programmazione degli interventi e servizi e la redazione dei progetti individualizzati.

La sperimentazione riguarda gli ambiti territoriali di cui all'art. 8, comma 3, lett. a), della legge 328/2000, in numero massimo di 187 realtà su tutto il territorio nazionale. gli ambiti territoriali in Piemonte coincidono con gli ambiti di competenza dei soggetti gestori delle funzioni socio assistenziali di cui alla l.r.1/2004.

Sulla base del dato della popolazione regionale residente nella fascia di età 18-64 anni al 1° gennaio 2017 (banca dati ISTAT) per la regione Piemonte risultano essere 14 gli ambiti territoriali finanziabili, con la possibilità di individuare ulteriori ambiti eccedenti, da proporre per l'eventuale finanziamento attraverso risorse non assegnate ad altre regioni.

L'ammontare finanziabile dal Ministero per ciascun ambito territoriale non può superare euro 80.000,00, cui si deve aggiungere un cofinanziamento, da parte della regione in forma diretta o tramite l'ambito territoriale candidato, per una quota non inferiore al 20% dell'importo complessivo della proposta progettuale.

Il Ministero individuerà gli ambiti territoriali da finanziare, tra quelli proposti dalle rispettive regioni, sotto il profilo dell'ammissibilità, già esaminata dalla Regione ai sensi del punto 44 delle linee guida approvate con decreto del direttore generale per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale del ministero del lavoro e delle politiche sociali n. 808 del 29 dicembre 2017, e successivamente sulla base della valutazione del possesso dei requisiti individuati al punto 45.

LA DISPOSIZIONE

Viene preso atto dell'adesione della regione Piemonte alla sperimentazione del modello di intervento in materia di vita indipendente proposta dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali - bando anno 2017, corredata del relativo elenco dei soggetti gestori quali ambiti territoriali finanziabili e quelli eccedenti eventualmente finanziabili con risorse residue non assegnate ad altre regioni, di cui all'allegato a facente parte integrante e sostanziale della presente deliberazione

Gli ambiti territoriali regionali ammessi garantiscono il cofinanziamento dei progetti richiesto dal ministero

allegato

ambiti territoriali proposti

1) Consorzio intercomunale dei servizi sociali c.i.s.s. Pinerolo

quota finanziamento mlps

80.000,00

quota cofinanziamento

20.000,00

2) Consorzio Monviso solidale Fossano

quota finanziamento mlps

80.000,00

quota cofinanziamento

20.000,00

3) Consorzio intercomunale socioassistenziale c.i.s.a. Rivoli

quota finanziamento mlps

77.970,00

quota finanziamento mlps

19.796,00

4) Unione dei comuni nord est Torino – Settimo torinese

quota finanziamento mlps

80.000,00

quota cofinanziamento

20.000,00

5) Unione montana Suol d’Aleramo Ponti

quota finanziamento mlps

80.000,00

quota cofinanziamento

20.000,00

6) Consorzio inter. socio-assistenziale c.i.s.a. 31 Carmagnola

quota finanziamento mlps

80.000,00

quota cofinanziamento

20.000,00

7) Consorzio intercomunale dei servizi s.a. del Biellese orientale Cissabo Cossato (capofila) con consorzio intercomunale dei servizi socio – ass.li i.r.i.s. biella

quota finanziamento mlps

59.063,18

quota cofinanziamento

19.687,73

8) comune di Torino

quota finanziamento mlps

80.000,00

quota cofinanziamento

20.000,00

9) consorzio intercomunale di servizi ci. di S.Orbassano

quota finanziamento mlps

79.856,00

quota cofinanziamento

19.964,00

10) Consorzio servizi sociali Ovada

quota cofinanziamento

79.942,83

quota finanziamento mlps

19.985,71

11) asl cn 2 – soc. servizi sociali distretto di Bra

quota finanziamento mlps

80.000,00

quota cofinanziamento

20.000,00

12) Consorzio socio assistenziale del Cuneese Cuneo

quota finanziamento mlps

80.000,00

quota cofinanziamento

20.000,00

13) Consorzio intercomunale dei servizi socio- ass.li dei comuni dell’alessandrino c.i.s.s.a.c.a. – Alessandria

quota finanziamento mlps
75.000,00

quota finanziamento mlps
25.000,00

14) consorzio intercomunale del novese dei servizi alla persona – Novi ligure

quota finanziamento mlps
80.000,00

quota cofinanziamento
20.000,00

VENETO

DGR 6.3.18, n. 262 - Semplificazione e unificazione del procedimento di accertamento dell'invalidità civile. Approvazione Schema di Convenzione-Quadro tra Regione del Veneto e I.N.P.S. per l'affidamento, dall'anno 2018, ad I.N.P.S. delle funzioni inerenti all'accertamento dei requisiti sanitari in materia di invalidità civile per le Aziende U.L.S.S. che hanno attuato la fase di sperimentazione (A.U.L.S.S. n. 3 Serenissima, A.U.L.S.S. n. 4 Veneto Orientale e A.U.L.S.S. n. 9 Scaligera). (BUR n. 28 del 20.3.18)

Note

PREMESSA

Sulla base di quanto previsto dal DPR 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” sono L.E.A. gli “Accertamenti e attività certificativa medico legale nell’ambito della disabilità”.

Va preliminarmente ricordato che in base alla legislazione di settore il procedimento finalizzato all'accertamento dei requisiti sanitari dell'invalidità civile vede l'I.N.P.S. ricevere le istanze di accertamento dell'invalidità civile da parte dei cittadini, mentre le Commissioni Invalidi delle Aziende U.L.S.S., al cui interno è prevista la presenza di un medico I.N.P.S., procedono all'accertamento sanitario

Va ulteriormente richiamato l’art. 18, comma 22, della Legge 15/07/2011 n. 111 “Interventi in materia previdenziale” che recita: ”Ai fini della razionalizzazione e dell’unificazione del procedimento relativo al riconoscimento dell’invalidità civile, della cecità civile, della sordità, dell’handicap e della disabilità, le Regioni, anche in deroga alla normativa vigente, possono affidare all’Istituto Nazionale della Previdenza Sociale, attraverso la stipula di specifiche convenzioni, le funzioni relative all’accertamento dei requisiti sanitari”.

Sulla base del disposto normativo citato nel precedente capoverso la Regione del Veneto ha, negli anni 2012-2013, avviato il sistema informativo in cooperazione applicativa con I.N.P.S. che ha consentito l’avvio, nel tempo, del percorso di unificazione del procedimento di invalidità civile, trasferendo le relative competenze all’I.N.P.S. tramite un Protocollo d’Intenti sperimentale, seguito da specifici Protocolli Operativi Sperimentali per le singole Aziende U.L.S.S..

Va infatti menzionata la D.G.R. n. 144 del 20/02/2014 con la quale è stato previsto uno specifico Protocollo d’intenti tra Regione del Veneto e I.N.P.S., nonché un Protocollo Operativo per l’affidamento, in via sperimentale, ad I.N.P.S. delle funzioni relative all’accertamento dei requisiti sanitari in materia di invalidità civile relativamente alle ex Aziende ULSS nn. 10, 12, 14, 20, 21 e 22 del Veneto.

Queste ultime, sulla base di quanto previsto dalla citata D.G.R. n. 144/2014, hanno poi sottoscritto i rispettivi Protocolli Operativi con cui sono state affidate ad I.N.P.S. le funzioni in parola a titolo sperimentale, per la durata di dodici mesi, a decorrere dall’01 febbraio 2014 per la ex Azienda ULSS n. 10, e dall’01 marzo 2014 per le ex Aziende ULSS nn. 12, 14, 20, 21 e 22.

Gli esiti della sperimentazione effettuata hanno dimostrato un importante snellimento del procedimento e delle relative tempistiche di conclusione dei procedimenti e della conseguente fase concessoria.

In considerazione di ciò, con D.G.R. n. 652 del 28/04/2015 è stata approvata una prima proroga al 30 settembre 2015 dell'affidamento in via sperimentale ad I.N.P.S. delle funzioni inerenti all'accertamento dei requisiti sanitari in materia di invalidità civile relativamente alle Aziende Sanitarie sopra citate e, con successiva D.G.R. n. 1792 del 09/12/2015, è stata prevista una ulteriore proroga a tutto il 31/12/2015.

Va poi ricordato che con D.G.R. n. 57 del 27/01/2016 la fase sperimentativa dei Protocolli Operativi è stata estesa al 30 giugno 2016, con D.G.R. n. 1340 del 29/08/2016 sino al 31 dicembre 2016, con D.G.R. n. 426 del 06/04/2017 al 30/06/2017 e, infine, con D.G.R. n. 1197 al 31/12/2017.

Premesso tutto quanto precede, va da ultimo ricordato che I.N.P.S., con propria determinazione presidenziale n. 141 del 13/09/2017, ha previsto la possibilità per le Regioni di accedere ad una nuova Convenzione-Quadro per l'affidamento ad I.N.P.S. medesima delle funzioni relative all'accertamento dei requisiti sanitari in materia di invalidità civile, cecità, sordità, handicap e disabilità (art. 18, comma 22, D.L. 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla Legge 15 luglio 2011, n. 111).

La suddetta determinazione presidenziale I.N.P.S., nell'ottica di assicurare omogeneità nell'intero territorio nazionale al procedimento in parola, ha previsto, tra l'altro, la definizione nel dettaglio dei costi a carico delle Regioni, su base annua, nella misura di euro 40,86 per singolo verbale sanitario moltiplicato per il numero annuo delle domande per ciascuna tipologia di accertamento sanitario, prevedendo peraltro la possibilità di una riduzione del costo annuo, così come prima determinato, qualora le Regioni forniscano risorse umane e logistiche, oppure nel caso in cui siano individuate economie legate alle eliminazione dei verbali cartacei (elemento, quest'ultimo, peraltro non applicabile in Veneto in quanto i verbali cartacei sono già stati superati in tutto il territorio regionale da quelli resi in via informatica).

LA DISPOSIZIONE

Viene approvato lo schema di Convenzione-Quadro tra Regione del Veneto e I.N.P.S. – Direzione Regionale del Veneto - **Allegato A**, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, per l'affidamento degli accertamenti sanitari in materia di invalidità civile (art. 18, comma 22, D.L. 6/7/2011 n. 98, convertito in L. n. 111 del 15/07/2011) le cui istanze sono pervenute ad I.N.P.S a decorrere dal primo gennaio 2018 relativamente alle Aziende ULSS n. 3 Serenissima, n. 4 Veneto Orientale e n. 9 Scaligera.

di dare atto che in merito allo Schema di Convenzione-Quadro in questione è stato acquisito il formale assenso da parte dei Direttori Generali delle Aziende ULSS n. 3 Serenissima, n. 4 Veneto Orientale e n. 9 Scaligera, presente agli atti della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria.

CONVENZIONE-QUADRO TRA REGIONE DEL VENETO E INPS PER L'AFFIDAMENTO DELLE FUNZIONI RELATIVE ALL'ACCERTAMENTO DEI REQUISITI SANITARI IN MATERIA DI INVALIDITA' CIVILE, CECITA', SORDITA', HANDICAP E DISABILITA' (ART.18, COMMA 22, D.L. 6 LUGLIO 2011, N. 98, CONVERTITO, CON MODIFICAZIONI, DALLA LEGGE 15 LUGLIO 2011, N.111)

L'anno 2018, il giorno.....del mese di, con la presente Convenzione

tra

INPS Direzione Regionale Veneto, codice fiscale 80078750587 e partita IVA 02121151001, con sede in Venezia, in seguito chiamata più brevemente INPS o, congiuntamente alla Regione, "le Parti", rappresentata per il presente atto dal Direttore Regionale pro-tempore per il Veneto, dott....., domiciliato per la carica presso la Sede Regionale, sita in Venezia, Dorsoduro 3500/D;

e

Regione del Veneto, codice fiscale 80007580279 e partita IVA 02392630279, in seguito chiamata più brevemente Regione o, congiuntamente all'INPS, "le Parti", rappresentata per il presente atto dal dott....., legittimato alla sottoscrizione con Deliberazione della Giunta Regionale n.....del....., domiciliato per la carica presso la sede della Regione Veneto, sita in.....

VISTI

la Costituzione della Repubblica Italiana;

il Decreto del Presidente della Repubblica 21 settembre 1994, n. 698, contenente il "Regolamento recante norme sul riordinamento dei procedimenti in materia di riconoscimento delle minorazioni civili e sulla concessione di benefici economici";

il Decreto del Ministro della Sanità 5 febbraio 1992, recante "Approvazione della nuova tabella indicativa delle percentuali d'invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti";

il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";

il Decreto Legislativo 31 marzo 1998, n. 112, recante "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59";

l'articolo 20, commi 1 e 2, del Decreto Legge 1 luglio 2009, n. 78, convertito con modificazioni dalla Legge 3 agosto 2009, n. 102, che - ai fini degli accertamenti sanitari di invalidità civile, cecità, sordità, handicap e disabilità - prevede, a decorrere dal primo gennaio 2010, l'integrazione delle Commissioni mediche delle Aziende Sanitarie Locali con un medico dell'INPS quale componente effettivo, e attribuisce altresì all'INPS la competenza ad effettuare l'accertamento definitivo e l'accertamento della permanenza dei requisiti sanitari nei confronti dei titolari di invalidità civile, cecità, sordità, handicap e disabilità;

l'articolo 20, comma 3, del citato Decreto Legge n. 78/2009, il quale stabilisce che, a decorrere dal 1° gennaio 2010, le domande volte ad ottenere i benefici in materia di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità, complete della certificazione medica attestante la natura delle infermità invalidanti, sono presentate all'INPS, il quale provvede poi a trasmetterle alle Aziende Sanitarie Locali;

l'articolo 20, comma 4, del citato Decreto Legge n. 78/2009, il quale, al fine di migliorare, semplificare ed uniformare su tutto il territorio nazionale il procedimento di concessione delle prestazioni di invalidità civile, cecità, sordità, handicap e disabilità - nel quadro di un trattamento economico assistenziale uniforme, previsto dalla Legge dello Stato in tutto il territorio nazionale - rimanda ad un accordo quadro tra il Ministro del lavoro, della Salute e delle Politiche sociali e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, la definizione delle modalità attraverso le quali sono affidate all'INPS le attività relative all'esercizio delle funzioni concessorie nei citati procedimenti, stabilendo inoltre che con successive Convenzioni tra l'INPS e le Regioni saranno regolati gli aspetti tecnico-procedurali dei flussi informativi necessari per la gestione del procedimento per l'erogazione dei trattamenti connessi allo stato di invalidità civile;

l'art.18, comma 22, del Decreto Legge 6 luglio 2011, n.98, convertito con modificazioni dalla Legge 15 luglio 2011, n. 111, il quale - ai fini della razionalizzazione e dell'unificazione del procedimento relativo al riconoscimento dell'invalidità civile, cecità, sordità, handicap e disabilità - dispone che le Regioni, anche in deroga alla normativa vigente, possono affidare all'INPS, attraverso la stipula di specifiche Convenzioni, le funzioni relative all'accertamento dei requisiti sanitari;

l'articolo 25, comma 6-bis, del Decreto Legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 agosto 2014, n. 114, che ha introdotto importanti modifiche in materia di accertamento sanitario di revisione, stabilendo che “nelle more dell’effettuazione delle eventuali visite di revisione e del relativo iter di verifica, i minorati civili e le persone con handicap in possesso di verbali in cui sia prevista rivedibilità conservano tutti i diritti acquisiti in materia di benefici, prestazioni e agevolazioni di qualsiasi natura” e che “la convocazione a visita, nei casi di verbali per i quali sia prevista la rivedibilità, è di competenza dell’Istituto Nazionale della Previdenza sociale”; tale norma ha quindi come obiettivo primario la semplificazione degli adempimenti sanitari e amministrativi relativi alla concessione dei benefici spettanti ai cittadini in possesso di verbali con rivedibilità e consente di superare il sistema della doppia visita, Azienda Sanitaria Locale e INPS;

CONSIDERATO

che il ruolo delle Regioni in ambito sanitario, a seguito della modifica costituzionale del 2001, e fatte salve le competenze attribuite allo Stato, viene declinato anche negli ambiti della negoziazione regionale, finalizzata al raggiungimento degli obiettivi di salute e organizzativi definiti dalla programmazione socio-sanitaria regionale;

che i provvedimenti legislativi in materia succedutisi nel tempo rafforzano il ruolo dell’INPS nei procedimenti per l’ottenimento dei benefici in materia di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità, con l’intento di rendere omogeneo sull’intero territorio nazionale il relativo procedimento, evitandone la frammentazione tra più Amministrazioni e favorendone lo svolgimento efficace, efficiente ed economico;

che anche l’attribuzione all’INPS dell’accertamento sanitario definitivo e della verifica della permanenza degli stati di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità, è volta al perseguimento del medesimo obiettivo;

che la riorganizzazione dei processi in argomento, affidando agli attori pubblici coinvolti il compito di rendere integrati e coerenti i rispettivi rapporti procedurali, comporta una maggiore vicinanza del servizio all’utenza;

che sia l’implementazione del nuovo modello organizzativo di gestione del procedimento di riconoscimento degli stati di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità, fondato sull’accrescimento dei compiti dell’INPS, sia lo sviluppo di una logica di sistema fra INPS e Regioni in materia, appaiono obiettivi largamente condivisi nell’ottica del miglioramento dei relativi servizi;

che la Commissione Medica Superiore INPS è garante dell’uniformità della prassi accertativa e della corretta applicazione dei principi valutativi medicolegali su tutto il territorio nazionale;

che risponde appieno alle esigenze sopra rappresentate il completamento del percorso di omogeneizzazione e semplificazione degli accertamenti sanitari di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità, tramite la stipula di apposita convenzione con la quale la Regione/Aziende Sanitarie Locali affidano all’INPS l’esecuzione delle proprie funzioni in materia;

che vi è la necessità di disciplinare la copertura dei costi che l'Istituto è tenuto a sostenere in conseguenza delle ulteriori attività da svolgere per effetto dell'affidamento convenzionale delle stesse da parte delle Regioni/ Aziende Sanitarie Locali all'INPS;

RITENUTO

per le finalità sopra indicate, che rispondono a criteri di semplificazione delle procedure a favore dell'utenza e di contenimento dei costi dell'attività delle Commissioni mediche delle Aziende ULSS gravanti sul Servizio Sanitario Regionale, di convenire l'affidamento all'INPS in via sperimentale le funzioni di primo accertamento dei requisiti sanitari di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità attualmente già affidate ad INPS, in tutto o in parte, in virtù di precedenti convenzioni sperimentali.

Articolo 1 (Natura del preambolo)

Quanto sin qui premesso forma parte integrante della presente Convenzione.

Articolo 2 (Oggetto)

1. Con la presente Convenzione, le Parti disciplinano l'affidamento dalla Regione del Veneto all'INPS, per un periodo di 2 anni, a decorrere dal 1 gennaio 2018, delle funzioni di primo accertamento dei requisiti sanitari di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità, delle Aziende ULSS del Veneto n. 3 Serenissima, n. 4 Veneto orientale e n. 9 Scaligera, con le modalità di indicate.

2. Le Aziende ULSS del Veneto, i cui Distretti hanno già sottoscritto in precedenza convenzioni sperimentali di affido ad INPS, sottoscriveranno, entro 60 giorni dalla sottoscrizione della presente Convenzione, uno specifico Protocollo Operativo con INPS, e non esplicheranno più alcuna attività connessa all'esercizio delle funzioni di cui al comma 1 per le domande presentate a partire dal 1 gennaio 2018, ed INPS subentrerà nella gestione delle nuove domande di accertamento. Laddove le precedenti convenzioni sperimentali avessero coinvolto solo alcuni Distretti delle attuali Aziende ULSS, il summenzionato Protocollo Operativo dovrà prevedere la prosecuzione dell'attività in essere e la sua progressiva estensione ai rimanenti Distretti della stessa Azienda, al verificarsi delle concrete condizioni di fattibilità per il subentro.

3. Le attività di primo accertamento sanitario, oggetto della presente convenzione, si svolgeranno nelle strutture INPS ovvero nelle strutture delle AULSS interessate secondo quanto previsto eventualmente nel successivo articolo 5 della presente convenzione.

4. Le parti potranno demandare ad appositi Protocolli Operativi da stipularsi tra INPS e le Aziende ULSS coinvolte nella sperimentazione la definizione della concreta operatività della Convenzione e la specificazione dell'apporto di risorse professionali e strumentali da parte delle Aziende, da valorizzare a scomputo del costo da corrispondere ad INPS ai sensi del successivo art. 5.

Articolo 3 (Esercizio delle funzioni)

1. L'INPS eserciterà le funzioni di cui all'articolo 2 a decorrere dalle domande di accertamenti sanitari pervenute dall' 01.01.2018 nel rispetto dei criteri di economicità, efficacia, efficienza, imparzialità, pubblicità e trasparenza delle relative attività, avvalendosi delle proprie strutture e risorse umane nonché, eventualmente, delle risorse e del personale delle Aziende indicate nel Protocollo Operativo concordato tra Aziende ULSS ed INPS.

2. Le funzioni di accertamento, con riferimento alle domande giacenti alla data di cui al comma 1 restano a carico delle Aziende AULSS che ultimeranno il procedimento di accertamento secondo le modalità vigenti antecedentemente all'affidamento delle attività in convenzione. Restano a carico delle stesse Aziende le eventuali responsabilità legate ai ritardi o altre inadempienze connesse all'espletamento del procedimento. Laddove le precedenti convenzioni sperimentali avessero

coinvolto solo alcuni Distretti delle attuali Aziende ULSS, il summenzionato Protocollo Operativo dovrà prevedere la prosecuzione dell'attività in essere e la sua progressiva estensione ai rimanenti Distretti della stessa Azienda, al verificarsi delle concrete condizioni di fattibilità per il subentro.

Articolo 4 (Obbligo delle parti)

1. Al fine di dare attuazione a quanto previsto degli articoli precedenti, la Regione impegna le Aziende ULSS interessate e sottoscrittrici:

- a completare nel più breve tempo possibile l'accertamento nei confronti dei soggetti già sottoposti a visita, il cui verbale non sia stato ancora concluso alla data di decorrenza della presente convenzione. I verbali relativi a tali accertamenti dovranno essere trasmessi all'INPS per il giudizio definitivo; - a sottoporre a visita sanitaria, secondo la normativa vigente, tutti i soggetti che hanno presentato la domanda di accertamento precedentemente alla data del subentro dell'Istituto.

2. Restano a carico delle Aziende ULSS le spese sostenute dall'INPS per l'espletamento delle attività in parola, e indicate negli specifici Protocolli stipulati tra Aziende ULSS e INPS a livello locale. Il Protocollo Operativo dovrà prevedere un monitoraggio annuale dell'attività con la definizione di specifici indicatori.

3. Restano a carico delle Aziende ULSS la gestione e gli oneri di eventuali controversie relativi a ritardi o altre disservizi nelle attività svolte dalle Aziende stesse precedentemente alla data del subentro, o successivamente per le domande di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità giacenti a tale data.

4. L'INPS si impegna a mettere a disposizione delle Aziende ULSS competenti i verbali sanitari degli accertamenti effettuati, con modalità da definirsi a livello territoriale.

5. La Regione si impegna a non autorizzare i propri medici dipendenti che hanno fatto parte delle Commissioni mediche integrate per l'accertamento dell'invalidità civile negli ultimi tre anni, all'esercizio delle attività di consulente tecnico dell'ufficio nell'ipotesi di contenzioso giudiziario relativo agli accertamenti affidati in convenzione all'Istituto.

Articolo 5 (Oneri)

1. L'affidamento delle funzioni di cui all'articolo 2 della presente convenzione è a titolo oneroso.

2. La Regione individua nelle Aziende ULSS i soggetti tenuti a versare all'Istituto per lo svolgimento delle predette funzioni un contributo annuo individuato nella seguente misura: costo di € 40,86 per singolo verbale moltiplicato per il numero annuo delle domande per ciascuna tipologia di accertamento sanitario, riferito all'anno precedente alla stipula della presente Convenzione.

3. Tale contributo annuo potrà essere ridotto sulla base dei parametri stabiliti dalla D.C. Pianificazione e Controllo di Gestione dell'INPS e della possibilità delle Aziende ULSS di fornire risorse umane e logistiche.

4. Tale contributo verrà corrisposto secondo le modalità concordate nell'ambito dei singoli Protocolli Operativi tra Aziende ULSS e INPS. In ogni caso gli stessi dovranno prevedere la corresponsione in corso d'anno di un importo pari ad almeno il 70% del dovuto a preventivo, calcolato come al precedente comma 2, e la consuntivazione entro il primo trimestre dell'anno successivo.

5. L'eventuale apporto di risorse umane e logistiche fornito dall'Azienda ULSS all'INPS sarà definito nell'ambito del Protocollo Operativo di cui al comma 4 del precedente art. 2.

6. La quantificazione degli oneri sarà rivista in sede di rinnovo della Convenzione sulla base del consolidamento dei costi sostenuti dall'Istituto in relazione al numero effettivo delle domande pervenute nel periodo di vigenza della convenzione medesima per ciascuna tipologia di accertamento sanitario. Resta fermo il pagamento degli oneri con consuntivazione annuale, così come stabilito ai precedenti commi 2 e 4.

7. In merito ai corrispettivi e loro erogazione previsti nel vigente articolo, le Parti danno atto che Azienda Zero potrà subentrare nella gestione degli stessi secondo modalità da definirsi successivamente.

Articolo 6 (Obblighi ex D.lgs n.196/2003)

1. INPS e Regione Veneto assumeranno tutte le iniziative necessarie per garantire che le attività siano effettuate nel più rigoroso rispetto della disciplina in materia di trattamento dei dati ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003 n. 196 (“Codice in materia di protezione dei dati personali”), in particolare per quanto concerne l’adozione ed il rispetto delle misure di sicurezza, gli adempimenti e la responsabilità nei confronti degli interessati, dei terzi nonché dell’Autorità del Garante per la protezione dei dati personali.

2. INPS e Regione del Veneto, acquisiti i dati, che ai sensi dell’articolo 11 del citato D.Lgs. n. 196/2003, dovranno essere pertinenti, completi e non eccedenti rispetto alle finalità perseguite, saranno titolari dei relativi trattamenti, e si impegnano a non utilizzare i predetti dati per motivi diversi da quelli previsti dalle disposizioni normative vigenti e a trattarli limitatamente a quanto strettamente connesso agli scopi di cui alla presente convenzione.

3. INPS e Regione Veneto provvederanno, altresì, ad assicurare che i medesimi dati non siano divulgati, comunicati, ceduti a terzi né in alcun modo riprodotti al di fuori dei casi previsti dalla legge, e si impegnano ad impartire precise e dettagliate istruzioni agli addetti al trattamento che, operando in qualità di incaricati, ai sensi dell’art. 30 del Decreto Legislativo n. 196/2003, avranno accesso alle informazioni.

4. INPS metterà a disposizione i dati di riferimento per consentire alla Regione e unitamente alle Aziende ULSS interessate l’espletamento delle attività istituzionali.

Articolo 7 (Referenti responsabili della Convenzione)

Le Parti nominano quali referenti responsabili della gestione della presente Convenzione:

– Il dott. _____, in rappresentanza di INPS;

– Il dott. _____, in rappresentanza di Regione del Veneto.

Articolo 8 (Attività di monitoraggio)

1. INPS e Regione Veneto avvieranno forme di monitoraggio e di verifica delle attività previste nella presente Convenzione-Quadro mediante una Commissione formata dai referenti di cui all’articolo 7, nonché da due funzionari designati dall’INPS, un funzionario designato dalla Regione e uno designato da ciascuna delle Aziende ULSS interessate.

2. Le parti si riservano altresì di definire, durante la vigenza della presente Convenzione-Quadro, ulteriori forme di collaborazione al fine di consentire l’utilizzo da parte delle Commissioni mediche INPS di medici specialisti afferenti al ruolo regionale del S.S.R. per l’integrazione delle Commissioni INPS in materia di cecità e sordità, e per l’effettuazione di accertamenti specialistici presso le strutture delle Aziende ULSS.

Articolo 9 (Durata)

1. La presente Convenzione-Quadro ha validità di due anni a decorrere dal 1 gennaio 2018, è potrà essere rinnovata di volta in volta – fermo restando quanto previsto all’art. 5, comma 6, in merito alla quantificazione dei costi effettivamente sostenuti dall’Istituto per singola annualità – per un ulteriore periodo pari ad un anno, su concorde volontà delle Parti da manifestarsi almeno 120 giorni prima della scadenza della Convenzione-Quadro, con scambio di comunicazioni a mezzo PEC.

REGIONE VENETO INPS – DIREZIONE REGIONALE VENETO

La presente Convenzione-Quadro viene sottoscritta, per accettazione dei contenuti della stessa, dai Direttori Generali delle AULSS del Veneto n. 3 Serenissima, n. 4 Veneto orientale e n. 9 Scaligera, nella loro veste di legali rappresentanti delle predette Aziende.

AULSS n. 3 Serenissima

AULSS n. 4 Veneto orientale

AULSS n. 9 Scaligera

POLITICHE SOCIALI

LAZIO

DGR 2.3.18, n. 145 Approvazione del nuovo Statuto dell'Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza Ipab SS. Annunziata di Gaeta (LT) Deliberazione 2 marzo 2018, n. 145 Approvazione del nuovo Statuto dell'Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza Ipab SS. Annunziata di Gaeta (LT) (BUR n. 22 del 15.3.18)

Note

Viene approvato il nuovo Statuto dell'IPAB SS. Annunziata di Gaeta di cui all'allegato A del presente provvedimento e premesse formano parte integrante e sostanziale del presente atto (z cui si fa rinvio).

DGR 2.3.18, n. 146 Approvazione dello Statuto dell'Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza (IPAB), Opera Pia Lascito Giovanni e Margherita Achillini, già amministrata dall'Ente Comunale di Assistenza di Roma (EAR), con sede in Roma (BUR n. 22 del 15.3.18)

Note

Vien approvato il nuovo Statuto dell'Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza (IPAB) Opera Pia Lascito Giovanni e Margherita Achillini, già amministrata dall'Ente Comunale di Assistenza di Roma (EAR), di cui all'allegato 1 del presente provvedimento (a cui si fa rinvio).

DGR 2.3.18, n. 147 Approvazione dello Statuto dell'Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza (IPAB) Pio Istituto della SS. Annunziata già amministrata dall'Ente Comunale di Assistenza di Roma (EAR), con sede in Roma. (BUR n. 22 del 15.3.18)

Note

Viene approvato il nuovo Statuto dell'Istituzioni Pubblica di Assistenza e Beneficenza (IPAB) Pio Istituto SS. Annunziata, già amministrata dall'Ente Comunale di Assistenza di Roma (EAR), di cui all'allegato 1 del presente provvedimento (a cui si fa rinvio).

POVERTÀ INCLUSIONE SOCIALE

MOLISE

DD n. 26 del 09-03-2018- POR FESR FSE molise 2014-2020 – asse 7 – Inclusione sociale e lotta alla povertà obiettivo 7.2 incremento dell'occupabilità e della partecipazione al mercato del lavoro delle persone maggiormente vulnerabili - azione 7.2.1 - interventi di presa in carico multi professionale finalizzati all'inclusione lavorativa di persone maggiormente vulnerabili e a rischio di discriminazione e in generale alle persone che per diversi motivi sono presi in carico dai servizi sociali: percorsi di empowerment, misure per l'attivazione e accompagnamento di percorsi imprenditoriali, anche in forma cooperativa. approvazione avviso pubblico rivolto agli ambiti territoriali sociali per l'attivazione di tirocini di inclusione sociale rivolti a soggetti a rischio di esclusione sociale: detenuti, soggetti in misura alternativa alla detenzione o in misura di sicurezza, soggetti affetti da dipendenze - DGR n. 63 dell'8.2.2018. (BUR n. 18 del 14.3.18)

Note

Viene approvato nell'ambito del POR FESR-FSE 2014-2020, asse 7, azione 7.2.1 l'“avviso pubblico rivolto agli ambiti territoriali sociali per l'attivazione di tirocini di inclusione sociale rivolti a soggetti a rischio di esclusione sociale: detenuti, soggetti in misura alternativa alla detenzione o in misura di sicurezza, soggetti affetti da dipendenze” comprensivo dei relativi allegati (parte integrante e sostanziale del presente atto);

Viene imputato l'onere finanziario complessivo del suddetto avviso pubblico pari ad € 1.500.000,00 ripartito in parti uguali di € 500.000,00 sulle tre annualità 2018/2020, di cui al quadro finanziario dell'asse prioritario 7 del POR FESR-FSE 2014-2020

UMBRIA

DGR 6.3.18, n. 205 - Rettifica “D.G.R. 20 giugno 2017, n. 692, Atto di indirizzo ed approvazione delle modalità e dei criteri di attuazione: Piano Operativo FSE Umbria 2014/2020. Asse 2 “Inclusione sociale e lotta alla povertà”. Obiettivo specifico RA: 9.2 “Incremento dell'occupabilità e della partecipazione al mercato del lavoro attraverso percorsi integrati e multidimensionali di inclusione attiva delle persone maggiormente vulnerabili”. Intervento specifico: “Interventi di presa in carico multi professionale finalizzati all'inclusione lavorativa di adulti vulnerabili seguiti dai servizi socio-assistenziali territoriali.” Determinazioni. (BUR n. 12 del 21.3.18)

Note

Vengono apportate le modifiche al testo della D.G.R. 20 giugno 2017, n. 692, eliminando le seguenti parole “o misure sostitutive e/o integrative della stessa comunque denominate”, da ritenere refuso da mero errore materiale di trascrizione; 2) Di dare atto, a seguito della modifica sopra riportata, che al paragrafo “I destinatari” sesto punto deve leggersi: “Non godere del beneficio della misura SIA, né per se, né per nessuno dei componenti il nucleo familiare”; 3) Di dare atto, altresì, che tutti gli atti conseguenti ed attuativi della D.G.R. 20 giugno 2017, n. 692, dovranno tener conto della rettifica testé proposta; 4) di dare atto che il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Umbria.

PRIVATO SOCIALE**LAZIO**

Determinazione 8 marzo 2018, n. G02848 - LL. RR. 24/1996 e 30/1997 - "IL RISVEGLIO SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE PER AZIONI" codice fiscale 12018841002, con sede in Roma, via di Vermicino, 186 c.a.p. 00133 - Diniego d'iscrizione all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali - sezione B. (BUR n, 24 del 22.3.18)

Note

Viene disposto il diniego dell'iscrizione all'albo regionale delle cooperative sociali sezione B di cui alla legge regionale del 27 giugno 1996, n. 24 e successive modifiche ed integrazioni della cooperativa “IL RISVEGLIO SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE PER AZIONI” codice fiscale 12018841002, con sede in Roma, via di Vermicino, 186 c.a.p. 00133.

Determinazione 8 marzo 2018, n. G02849 - LL. RR. 24/1996 e 30/1997 - "ANTROPOS - COOPERATIVA SOCIALE ONLUS" codice fiscale 97141870580, con sede in Roma via Tranquillo Cremona, 22 c.a.p. 00155 - Iscrizione all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali - sezione A. (BUR n, 24 del 22.3.18)

Note

Viene disposta l'iscrizione della “ANTROPOS – COOPERATIVA SOCIALE ONLUS” codice fiscale 97141870580, con sede in Roma via Tranquillo Cremona, 22 c.a.p. 00155 all'albo regionale delle cooperative sociali di cui all'articolo 3 della legge regionale del 27 giugno 1996, n. 24 come modificata dalla legge regionale 20 ottobre 1997, n 30 sezione A a far data del 26 febbraio 2018.

Determinazione 8 marzo 2018, n. G02850 - LL. RR. 24/1996 e 30/1997 - "San Martino Cooperativa Sociale a mutualita' prevalente" codice fiscale 13426771005, con sede in San Vito Romano (Rm) viale Piave, 52 c.a.p. 00030 - Iscrizione all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali - sezione B. (BUR n, 24 del 22.3.18)

Note

Viene disposta l'iscrizione della "San Martino Cooperativa Sociale a mutualità prevalente" codice fiscale 13426771005, con sede in San Vito Romano (Rm) viale Piave, 52 c.a.p. 00030 all'albo regionale delle cooperative sociali di cui all'articolo 3 della legge regionale del 27 giugno 1996, n. 24 come modificata dalla legge regionale 20 ottobre 1997, n 30 sezione B.

Determinazione 8 marzo 2018, n. G02851 LL. RR. 24/1996 e 30/1997 - "CLARISSA Societa' Cooperativa Sociale" codice fiscale 01152590574, con sede in Rieti via Domenico Di Carlo, 9 c.a.p. 02100 - Iscrizione all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali sezione A. (BUR n, 24 del 22.3.18)

Note

Viene disposta l'iscrizione della "CLARISSA Società Cooperativa Sociale" codice fiscale 01152590574, con sede in Rieti via Domenico Di Carlo, 9 c.a.p. 02100 all'albo regionale delle cooperative sociali di cui all'articolo 3 della legge regionale del 27 giugno 1996, n. 24 come modificata dalla legge regionale 20 ottobre 1997, n 30 sezione A a far data del 17 gennaio 2017.

Determinazione 8 marzo 2018, n. G02852 - LL. RR. 24/1996 e 30/1997 - "Sapio ProLife Societa' Cooperativa Sociale" codice fiscale 02948240599, con sede in Formia (Lt) via Anfiteatro, 37 c.a.p. 04023 - Iscrizione all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali sezione A. (BUR n, 24 del 22.3.18)

Note

Viene disposta l'iscrizione della "Sapio ProLife Società Cooperativa Sociale" codice fiscale 02948240599, con sede in Formia (Lt) via Anfiteatro, 37 c.a.p. 04023 all'albo regionale delle cooperative sociali di cui all'articolo 3 della legge regionale del 27 giugno 1996, n. 24 come modificata dalla legge regionale 20 ottobre 1997, n 30 sezione A.

SANITÀ

EMILIA ROMAGNA

DGR 12.3.18, n. 344- Accordo regionale in attuazione dell'A.C.N. reso esecutivo in data 17 dicembre 2015, mediante intesa nella Conferenza Stato-Regioni, per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi). (BUR n. 66 del 20.3.18)

Note

PREMESSA

- il P.S.N. 2006-2008, approvato con D.P.R. 7 aprile 2006, identifica le cure primarie quale importante ambito di rinnovamento del Servizio Sanitario Nazionale;
- la 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", pubblicata nella G.U. Serie Generale n. 263 del 10 novembre 2012, dispone il riordino dell'assistenza territoriale;
- il Patto per la Salute per gli anni 2014-2016 (Intesa Stato-Regioni Rep. 82/CSR del 10 luglio 2014) promuove lo sviluppo, da parte delle Regioni, di un modello di assistenza territoriale multiprofessionale e interdisciplinare;
- il Piano Sanitario Regionale 2017-2019, approvato dall'Assemblea Legislativa della Regione Emilia-Romagna con delibera n.120 del 21 luglio 2017, che promuove ulteriormente la necessità di organizzare le cure primarie secondo modelli che vedono, quali professionisti deputati all'erogazione dell'assistenza primaria, sia personale dipendente delle Aziende Sanitarie e degli Enti locali, in integrazione con il personale convenzionato (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali);
- l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi dell'art.

8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni del 17 dicembre 2015, reca, fra l'altro, le seguenti disposizioni:

- l'art. 3 che individua i contenuti demandati alla negoziazione regionale;
- l'art.4, comma 3 prevede che l'attuazione di quanto previsto dal comma 2 deve avvenire a seguito dei nuovi Accordi Integrativi Regionali, volti a sostituire quelli in atto, da perfezionarsi entro dodici mesi decorrenti dalla definizione degli atti di programmazione di cui al comma 2, termine oltre il quale la Regione, in mancanza di sottoscrizione di un accordo finalizzato ad attuare quanto previsto al comma 2, provvede unilateralmente a sospendere la parte economica integrativa degli accordi regionali e a disporre l'accantonamento fino alla sottoscrizione del nuovo Accordo Integrativo Regionale;

- l'art. 12, comma 3, che individua le OO.SS. di categoria legittimate alla trattativa ed alla stipula degli accordi regionali.

-Con la propria deliberazione n.428 del 5 aprile 2017 ad oggetto "Atto di programmazione per le nuove forme organizzative (AFT – Aggregazione Funzionale Territoriale e UCCP – Unità Complessa di Cure Primarie) ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli Specialisti ambulatoriali interni, Veterinari ed altre Professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) del 17 dicembre 2015", si è data applicazione di quanto previsto all'art.4, comma 2 del citato A.C.N.

-Alla trattativa per la definizione dell'Accordo regionale hanno partecipato le OO.SS. firmatarie del citato A.C.N., e precisamente: SUMAI, CISL Medici, FESPA, e le medesime OO.SS. hanno precedentemente provveduto a formalizzare la propria legittimità alla trattativa ed alla stipula del medesimo Accordo regionale con note agli atti del "Servizio Assistenza Territoriale", afferente alla "Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare".

- dalla fine degli anni '90 la Regione Emilia-Romagna ha avviato un percorso di innovazione dell'assistenza sanitaria, ospedaliera e territoriale, per rispondere in maniera appropriata alla evoluzione dei bisogni della popolazione;

- nell'ambito di tale percorso è stata posta una particolare attenzione alla integrazione tra ambito sanitario, socio-sanitario e sociale e alla implementazione di reti cliniche integrate, tra servizi ospedalieri e territoriali e sociali;

- l'attività di negoziazione e confronto fra parte pubblica e parte sindacale ha portato alla definizione e stipula dell'Accordo regionale in attuazione dell'A.C.N. reso esecutivo in data 17 dicembre 2015, per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi), sottoscritto il 20 febbraio 2018 dall'Assessore alle Politiche per la Salute e dalle Organizzazioni Sindacali SUMAI, CISL Medici, FESPA, allegato al presente atto quale parte integrante (Allegato A).

LA DISPOSIZIONE

Viene recepito l'"Accordo regionale in attuazione dell'A.C.N. reso esecutivo in data 17 dicembre 2015, mediante intesa nella Conferenza Stato-Regioni, per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi)" sottoscritto dall'Assessore alle Politiche per la Salute e dalle Organizzazioni Sindacali SUMAI, CISL Medici, FESPA, allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale (Allegato A) (a cui si fa rinvio)

;

LAZIO

Decreto del Commissario ad Acta 19 febbraio 2018, n. U00053 Requisiti tecnici, professionali ed organizzativi minimi per l'individuazione dei presidi sanitari deputati alla diagnosi di celiachia, (BUR n.. 21 del 13.3.18)

Note

Viene recepito il documento "Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Requisiti tecnici, professionali ed organizzativi minimi per l'individuazione dei presidi sanitari

deputati alla diagnosi di celiachia” Rep. Atti n. 105/CSR del 6 luglio 2017, Allegato n. 1 e parte integrante del presente provvedimento.

Viene approvato il documento “Rete diagnostico – assistenziale per persone affette da celiachia - Criteri per l’individuazione dei presidi accreditati e centri di terzo livello per la celiachia e la sua variante dermatite erpetiforme”, Allegato n. 2 e parte integrante del presente provvedimento.

Viene altresì approvato lo schema “Fac-simile domanda per il riconoscimento di presidi accreditati e centri di terzo livello per la celiachia e la sua variante dermatite erpetiforme” Allegato n. 3 e parte integrante del presente provvedimento.

Entro 60 giorni dalla data di pubblicazione del presente atto sul BUR Lazio, le strutture sanitarie che intendano essere incluse nell’Elenco regionale dei presidi accreditati e centri di terzo livello per la celiachia e la sua variante dermatite erpetiforme, debbano presentare domanda secondo lo schema “Fac-simile domanda per il riconoscimento di presidi accreditati e centri di terzo livello per la celiachia e la sua variante dermatite erpetiforme” accluso al presente atto Allegato n. 3 e parte integrante del presente provvedimento.

NB

PER GLI ALLGATI SI FA RINVIO ALLA LETTURA INTEGRALE DEL TESTO

Decreto del Commissario ad Acta 15 marzo 2018, n. U00073 Assistenza specialistica ambulatoriale nel Lazio. Stima del fabbisogno. Approvazione documento tecnico.(BUR n. 23 del 20.3.18)

Note

Viene approvato il documento tecnico “Assistenza specialistica ambulatoriale nel Lazio: stima del fabbisogno”, elaborato dal Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale (DEP) - Regione Lazio – ASL Roma 1, allegato A del presente provvedimento, del quale costituisce parte integrante (a cui si fa rinvio)

Determinazione 8 marzo 2018, n. G02853 - Istituzione di un gruppo di lavoro tecnico-scientifico per la definizione di percorsi assistenziali integrati per la presa in carico terapeutica multimodale, la cura e l’inclusione dei pazienti che soffrono di ADHD (AttentionDeficit/Hyperactivity Disorder)/DDAI (Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività). (BUR n, 24 del 22.3.18)

Note

L’Accordo concernente il “Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale” (PANSM) (Atto rep. N. 4/CU del 24.01.2013) impegna le Regioni e le Province autonome a recepirne i contenuti con propri provvedimenti, nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili.

Il Piano indica che “è opportuno raggruppare i bisogni emergenti di salute sopra elencati individuandone alcune aree omogenee di intervento e, nel contempo, offrire indicazioni metodologiche utili a delineare una progettualità innovativa, funzionale alla tipologia di bisogni prioritari da focalizzare” .

Lo stesso piano sollecita una più precisa “differenziazione della domanda di salute” e del possibile percorso assistenziale del paziente attraverso modelli clinici organizzativi di collaborazione/consulenza tra TSMREE/DSM, Pediatri di Libera Scelta/Medici di Medicina Generale, strutture ospedaliere, servizi sanitari e sociosanitari, istituzioni scolastiche, università e centri di ricerca, di assunzione in cura e di presa in carico attraverso una valutazione multidimensionale e di intervento attraverso la definizione di un Piano di Trattamento Individuale (PTI) con l’identificazione di un “case manager”;

In base ai quanto auspicato dal PANSM, in merito al coordinamento degli interventi integrati con le altre aree di lavoro, che “si rende necessario al fine di fornire risposte integrate ad una domanda complessa di assistenza che riguarda la persona ed il suo bisogno di salute globalmente considerato, ottimizzando l’utilizzo delle risorse finanziarie, sempre più limitate, e dei servizi stessi...” e agli obiettivi generali da perseguire;

Viene ravvisata l'importanza di implementare un approccio basato sulle evidenze scientifiche e sull'ottica della prevenzione, tenendo conto anche dei diversi bisogni legati al genere e agli aspetti socioculturali, al fine di evitare il cronicizzarsi di patologie nell'area della salute mentale al fine di tutelare la salute e di evitare in futuro maggiori spese a carico del SSR.

Tra le conseguenze più diffuse dell'ADHD non trattato in maniera appropriata vi sono rilevanti problemi che coinvolgono la persona, la famiglia e il contesto sociale di appartenenza quali, a titolo esemplificativo: abbandono degli studi, perdita del lavoro, separazioni dal partner, incidenti stradali, trascuratezza per il proprio stato di salute, uso di sostanze e infrazioni al codice penale.

La diagnosi differenziale e/o di comorbidità con altre psicopatologie è un elemento di fondamentale importanza per individuare le bambine/i bambini e le adolescenti/gli adolescenti che soffrono di ADHD al fine di definire l'appropriatezza dei trattamenti e delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie. E' di fondamentale importanza il coinvolgimento del mondo della scuola nelle varie sue articolazioni istituzionali così come delle/dei dirigenti e degli insegnanti come parte integrante del percorso di inclusione scolastica delle bambine e dei bambini che soffrono di ADHD.

LA DISPOSIZIONE

Al fine di migliorare l'assistenza sanitaria e sociosanitaria ai pazienti che soffrono di ADHD e alle loro famiglie, anche alla luce di quanto previsto dall'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, viene costituito un gruppo di lavoro tecnico-scientifico con gli obiettivi di:

- definire percorsi assistenziali integrati per la presa in carico terapeutica multimodale, la cura e l'inclusione dei pazienti che soffrono di ADHD, minori e adulti, basati sulle evidenze scientifiche che tengano conto anche degli aspetti legati al contesto socioculturale di provenienza e al genere;
- definire la rete dei servizi che si occupano di ADHD nella Regione Lazio;

Tale gruppo di lavoro al fine di raggiungere gli obiettivi prefissati deve essere costituito da esperti della materia e rappresentanti del mondo scientifico e universitario, appartenenti all'area sanitaria, tecnico-amministrativa e/o sociale, con competenze in ambito di sanità pubblica, epidemiologico e/o socio-antropologico, scelti tra coloro che abbiano maturato un'esperienza specifica nell'ambito dell'assistenza sanitaria e/o sociosanitaria.

E' necessario coinvolgere attivamente i familiari e i caregivers dei pazienti e quindi di prevedere, quale componente effettivo del gruppo di lavoro, 1 rappresentante designato dall'Associazione Italiana familiari ADHD - AIFA onlus, che verrà nominato a seguito della designazione dell'Associazione di appartenenza;

Il gruppo di lavoro tecnico-scientifico è composto da esperti della materia e rappresentanti del mondo scientifico e universitario:

- Dott. Antonio Mazzarotto - Dirigente Area Politiche per l'inclusione
- Dr. Valentino Mantini (o suo delegato/a)
- Dirigente Area Cure primarie
- Dott.ssa Tiziana Biolghini – Dirigente Area sussidiarietà orizzontale, Terzo settore e Sport
- Dr. Florido Falcioni – Area Politiche per l'inclusione
- Dr.ssa Giuseppina Cristofaro - Area Politiche per l'inclusione
- Dr.ssa Gloria Pacchioni - Area sussidiarietà orizzontale, Terzo settore e Sport
- Dott. Salvatore Segreto – Direzione Regionale Formazione, Ricerca e Innovazione, Scuola e Università, Diritto allo studio
- Prof. Paolo Curatolo – Direttore U.O.C. Neuropsichiatria Infantile - Fondazione Policlinico "Tor Vergata"
- Prof. Paolo Girardi – Direttore U.O.C. Psichiatria - A.O. "Sant'Andrea"
- 1 Rappresentante designato dall'ISS - Istituto Superiore di Sanità
- 1 Rappresentante designato dal M.I.U.R. (Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca)
- Dr. Bruno Spinetti – Direttore U.O.C. TSMREE ASL Roma
- Dr. Claudio Paloscia - Coordinatore Centro Regionale Autismo e ADHD della ASL Roma 4
- Dr. Marco Marcelli - Direttore U.O.C. TSMREE ASL VT

- 1 Rappresentante designato dall'Associazione Italiana familiari ADHD - AIFA onlus
- Dr.ssa Susan French – Area Politiche per l'inclusione

La partecipazione al Gruppo di lavoro è a titolo gratuito e, pertanto, non rappresenta oneri aggiuntivi per la Regione Lazio.

Il Gruppo di lavoro si riunirà per il tempo necessario al raggiungimento degli obiettivi previsti comunque entro il 31 dicembre 2018.

PUGLIA

DGR 20.2.18, n. 192 - Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) - Presa d'atto della nomina dei coordinatori Operativi Dipartimentali, dei componenti della Consulta Oncologica Regionale, dei Componenti della Consulta oncologica regionale, dei componenti dei Gruppi di patologia interdisciplinari e dell'Unità di Coordinamento. (BUR n. 39 del 19.3.18)

Note

Viene approvata la deliberazione n. 22/2018 del Commissario straordinario dell'A.Re.S.S. Puglia, ad oggetto: "Presa d'atto della nomina dei coordinatori Operativi Dipartimentali, dei componenti della Consulta Oncologica Regionale, dei Componenti della Consulta oncologica regionale, dei componenti dei Gruppi di patologia interdisciplinari e dell'Unità di Coordinamento della Rete Oncologica Pugliese (ROP). Rettifica deliberazione del Commissario straordinario n. 21 del 2/2/2018 di cui all'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

SICILIA

DASS 28 febbraio 2018. Riorganizzazione della Rete regionale per le malattie rare ai sensi del D.P.C.M. 12 gennaio 2017. (GURS n. 12 del 16.3.18)

Art. 1

Per le motivazioni citate in premessa, che qui si intendono confermate, viene individuata la nuova Rete regionale per le malattie rare di cui all'allegato "A" del presente provvedimento, definita secondo la classificazione nosologica di cui all'allegato 7 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017, riguardante l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza e i criteri definiti dal coordinamento malattie rare.

Art. 2

L'elenco di cui all'allegato "A" del presente provvedimento dei Centri afferenti alla Rete regionale per le malattie rare, così come integrato per effetto del precedente art. 1, sostituisce l'elenco di cui alla tabella allegata al D.A. n. 617/2013 e precedenti.

Art. 3

Il modello assistenziale di riferimento è quello della rete integrata formalizzata mediante procedure di collaborazione tra i Centri di riferimento (hub) e altre strutture specialistiche che collaborano alla diagnosi e al trattamento degli aspetti clinici di pertinenza, così come già previsto nei D.A. n. 1631/2012, n. 2185/2012 e n. 617/2013. Tali strutture assumono pertanto la funzione di spoke rispetto al centro di riferimento.

Art. 4

I Centri di riferimento di ogni singola area nosologica dovranno garantire l'assistenza a tutti i pazienti la cui patologia rientra nell'area nosologica di riferimento, definita secondo la classificazione di cui all'allegato 7 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017, ad esclusione dei Centri individuati come sottogruppi delle aree nosologiche principali che, per competenza, assisteranno i pazienti affetti dalle patologie specificatamente indicate nel relativo sotto gruppo.

Art. 5

Le U.O. sede di Centro regionale per le malattie rare (hub) dovranno stilare protocolli clinici e terapeutici per ciascuna patologia o gruppi di malattie e condividerli con gli altri presidi della rete con funzione di spoke, al fine della condivisione delle linee guida esistenti e della predisposizione o verifica dei protocolli clinici e terapeutici sulla base delle migliori conoscenze scientifiche. Le

direzioni sanitarie cui fanno capo i centri raccoglieranno i protocolli esistenti e quelli di nuova individuazione.

Art. 6

Nel caso di patologie di interesse multispecialistico, ciascun Centro di riferimento dovrà gestire e coordinare i percorsi assistenziali del paziente presso i vari reparti dello stesso P.O., o anche in strutture logisticamente separate, al fine di predisporre per l'assistito: – la certificazione di diagnosi di malattia rara finalizzata anche all'esenzione ticket; – il piano terapeutico, relativo alla patologia o al gruppo di malattie che comprenda tutti i farmaci necessari per il trattamento della patologia o gruppo di patologie, sulla scorta delle indicazioni di tutti gli specialisti coinvolti nel processo assistenziale.

Art. 7

I Centri di riferimento di cui all'allegato "A" rappresentano, pertanto, gli unici Centri abilitati alle prescrizioni dei farmaci necessari al trattamento farmacologico delle patologie ricomprese nelle aree nosologiche di riferimento.

DASS 28 febbraio 2018. Recepimento dell'Intesa Stato-Regioni del 18 dicembre 2014 "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia". (GURS n. 13 del 23.3.18)

Art. 1

È recepito nella Regione siciliana il documento di cui all'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 18 dicembre 2014 sul documento recante "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia" sancita in data 18 dicembre 2014 rep. atti n. 185 CSR.

DASS 7 marzo 2018. Approvazione dell'Accordo con Federfarma relativo alla distribuzione dei presidi per l'autocontrollo della glicemia. ". (GURS n. 13 del 23.3.18)

Art. 1

Per le motivazioni di cui in premessa, che qui si intendono confermate, è approvato l'Accordo, allegato al presente decreto e di cui costituisce parte integrante, per la distribuzione dei presidi per l'autocontrollo della glicemia tramite il canale delle farmacie private convenzionate (Allegato 1).

Art. 2

I prezzi massimi di rimborso, riferiti alla singola unità di ciascuna tipologia di prodotto, sono modificati così come riportato nella Tabella allegata al presente decreto (Allegato 2).

Art. 3 L'erogazione dei presidi per l'autocontrollo della glicemia verrà effettuata, in regime di convenzione, dalle farmacie convenzionate e dalle parafarmacie e sanitarie applicando le condizioni di cui all'articolo 2.

Art. 4

Ferme restando le modalità di accesso stabilite dalle vigenti circolari assessoriali n. 469 del 19 gennaio 1989 e n. 529 del 17 marzo 1990, sono erogabili le tipologie di presidi che risultano regolarmente in commercio ed in possesso dei requisiti previsti dalla vigente normativa.

Art. 5 Qualora il prezzo al pubblico del presidio erogato sia inferiore a quello massimo di rimborso, l'importo da corrispondere dovrà essere equivalente al prezzo al pubblico decurtato del 10%.

Art. 6

Le farmacie, le parafarmacie e le sanitarie si impegnano ad assicurare al paziente la libera scelta di tutte le tipologie di presidi (nel rispetto dei prezzi riportati nell'Allegato 2), nonché a garantire, su richiesta del paziente, la consegna domiciliare senza ulteriori oneri a carico del SSR secondo quanto stabilito dal disciplinare tecnico.

Art. 7 Ai fini della puntuale applicazione dell'Accordo, Federfarma si impegna a rendere disponibile il file contenente il consumo dei suddetti presidi. Si impegna, altresì, ad implementare il file dei dati relativi alle consegne effettuate rilevate mediante lettura del codice ottico secondo quanto stabilito dal disciplinare tecnico.

Art. 8 Il presente decreto viene trasmesso al responsabile del procedimento di pubblicazione dei contenuti nel sito istituzionale di questo Assessorato ai fini dell'assolvimento dell'obbligo di pubblicazione e notificato agli interessati.

TOSCANA

DGR 26.2.18, n. 191 - Interventi per il governo dell'appropriatezza farmaceutica della Regione Toscana. (BUR n. 11 del 14.3.18)

Note

Viene approvato l'allegato "Piano di interventi per il governo dell'appropriatezza farmaceutica della Regione Toscana" (di seguito denominato Piano) col quale la Regione, attraverso la sua Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale ed il competente settore, richiede alle aziende sanitarie del sistema, ad ESTAR ed ai Direttori della programmazione di considerare le azioni riguardanti l'assistenza farmaceutica come una priorità strategica dell'intero servizio sanitario regionale.

Viene richiesto ai Direttori Generali delle aziende, di Estar ed ai Direttori della programmazione di assicurare la necessaria collaborazione in una logica di corresponsabilità condivisa nel raggiungimento degli obiettivi di salute e di sostenibilità.

Viene affidato alla Direzione diritti di cittadinanza e coesione sociale ed al suo settore competente il coordinamento delle attività per l'attuazione delle azioni previste nell'allegato Piano ed il relativo puntuale monitoraggio avvalendosi, nell'ambito delle attività descritte nell'allegato documento e del relativo quadro economico, della collaborazione del Laboratorio MeS della Scuola Superiore S. Anna di Pisa.

DGR 6.3.18, n. 230 - Indirizzi alle Aziende ed Enti del SSR per l'attuazione delle disposizioni di cui all'art. 20 del D.Lgs. 75/2017 in materia di "superamento del precariato nelle pubbliche amministrazioni". (BUR n. 12 del 21.3.18)

Note

Vengono adottati gli indirizzi riportati nell'Allegato A, parte integrante del presente provvedimento, per l'attuazione, nell'ambito del Servizio sanitario regionale, delle disposizioni di cui all'art. 20 del d.lgs. 75/2017 in materia di "superamento del precariato nelle pubbliche amministrazioni", con l'obiettivo di completare il processo di stabilizzazione entro il triennio 2018-2020

Indirizzi alle Aziende ed Enti del Servizio sanitario regionale per l'attuazione delle disposizioni di cui all'art. 20 del d.lgs. 75/2017 in materia di "superamento del precariato nelle pubbliche amministrazioni"

Con i presenti indirizzi si intende perseguire il duplice obiettivo di garantire uniformità di comportamento nell'ambito del Servizio sanitario regionale, nell'attuazione delle disposizioni in materia di superamento del precariato contenute nell'art. 20 del d.lgs. 75/2017, nonché di dare immediato avvio ai percorsi di stabilizzazione del personale delineati nel medesimo art. 20.

1. Principi generali.

Secondo quanto stabilito dall'art. 20 del d.lgs. 75/2017, le procedure di stabilizzazione ivi previste devono trovare attuazione in coerenza con il piano triennale dei fabbisogni e con l'indicazione della relativa copertura finanziaria. La stabilizzazione non è, pertanto, un processo a sé stante, dovendo invece trovare attuazione nell'ambito della programmazione complessiva del fabbisogno di personale e nel rispetto dei limiti di spesa per il personale stabiliti dalla normativa vigente, ferma restando la garanzia dell'adeguato accesso dall'esterno.

Riguardo a quest'ultimo aspetto (garanzia dell'adeguato accesso dall'esterno), occorre tener presente che le procedure di stabilizzazione previste dal suddetto art. 20 del d.lgs. 75/2017 si configurano, al pari di quelle disciplinate dal DPCM 6 marzo 2015, come procedure di reclutamento speciale transitorie, che si distinguono dalle procedure di reclutamento speciale a regime previste dall'art. 35, comma 3 bis del d.lgs. 165/2001. In merito ai rapporti tra le diverse modalità di reclutamento speciale,

si ritiene che, a garanzia dell'adeguato accesso dall'esterno, le procedure di stabilizzazione di cui all'art. 20 del d.lgs. 75/2017 debbano essere avviate da ciascuna Aziende ed Ente del SSR nel rispetto del limite massimo complessivo del 50% delle risorse finanziarie disponibili per le assunzioni -così come definite in sede di assegnazione di obiettivi e risorse alle medesime Aziende/Enti- tenendo presente che, su tale percentuale di risorse, gravano anche le assunzioni di cui all'art. 35, comma 3 bis del d.lgs. 165/2001 (e, per il 2018, anche quelle di cui al DPCM 6 marzo 2015, ove non ancora ultimate).

2. Piano per la stabilizzazione del personale.

Le Aziende e gli Enti del SSR procedono alla programmazione complessiva del fabbisogno di personale per il triennio 2018-2020, tenendo presente che il fabbisogno di personale non costituisce un'entità astratta, dovendo essere determinato in relazione all'attività programmata per garantire i livelli essenziali di assistenza, tenuto conto delle risorse finanziarie disponibili, nonché del limite di spesa per il personale stabilito dalla normativa vigente.

Nell'ambito della programmazione complessiva del fabbisogno di personale, le Aziende e gli Enti del SSR predispongono un piano triennale (per gli anni 2018-2020) per la stabilizzazione del personale attraverso le procedure previste dal suddetto art. 20 del d.lgs. 75/2017.

Le procedure di stabilizzazione diretta di cui al comma 1 dell'art. 20 verranno gestite dalle singole Aziende ed Enti del SSR, mentre le procedure concorsuali riservate di cui al comma 2 del medesimo art. 20 verranno espletate dall'ESTAR sulla base delle richieste delle Aziende/Enti.

3. Personale destinatario delle disposizioni di cui all'art. 20 del d.lgs. 75/2017.

Si ritiene opportuno, in primo luogo, fornire alcune precisazioni in merito a quanto previsto dal comma 11 dell'art. 20 del d.lgs. 75/2017. Ricordiamo, al riguardo, che: - il suddetto comma 11 dell'art. 20, come modificato dall'art. 1, comma 813 della legge 205/2017 (legge di bilancio 2018) stabilisce che “le disposizioni di cui ai commi 1 e 2 si applicano al personale, dirigenziale e no, di cui al comma 10 ... anche ove lo stesso abbia maturato il periodo di tre anni di lavoro negli ultimi otto ... presso diverse amministrazioni del Servizio sanitario nazionale ...”; - il personale di cui al comma 10 del medesimo art. 20, a cui il suddetto comma 11 rinvia, è il “personale medico, tecnico-professionale e infermieristico del Servizio sanitario nazionale”, per il quale “continuano ad applicarsi le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 543, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 ...”; - le disposizioni sopra riportate assumono una rilevanza diversa per il personale del comparto e per la dirigenza; infatti:

-per il comparto consentono, limitatamente al personale tecnico-professionale e infermieristico, la maturazione dei tre anni di lavoro, richiesti come requisito per la partecipazione alle procedure di stabilizzazione, anche presso diverse amministrazioni del SSN, fermo restando che le disposizioni di cui all'art. 20, commi 1 e 2 sono applicabili a tutto il personale del comparto;

-per la dirigenza, invece, costituiscono il presupposto normativo per la stabilizzazione, con la conseguenza che il personale dirigenziale stabilizzabile è solo quello ivi indicato (personale medico, tecnico-professionale e infermieristico).

Ricordato quanto sopra, si evidenzia che, in merito all'individuazione del personale tecnicoprofessionale (compreso quello dirigenziale), il documento della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome del 15.2.2018 precisa quanto segue: “al di là dell'espressione atecnica utilizzata dal legislatore, il personale dirigenziale destinatario delle procedure di stabilizzazione e il personale del comparto la cui anzianità di servizio può essere conteggiata, ai sensi del comma 11 del decreto, anche se maturata presso diverse amministrazioni del Servizio sanitario nazionale, è il personale del ruolo sanitario. Ad esso, con riferimento specifico al personale destinatario della previsione del citato comma 11 dell'art. 20, si ritiene debba essere equiparato il personale del comparto appartenente al ruolo tecnico ma operante in stretta correlazione al personale sanitario, atteso che la finalità è quella di assicurare la continuità nell'erogazione dei servizi sanitari”.

Riguardo al “personale del comparto appartenente al ruolo tecnico ma operante in stretta correlazione al personale sanitario”, a cui fa riferimento il documento della Conferenza delle Regioni, si ritiene che siano da ricomprendere gli operatori socio sanitari e gli autisti di ambulanze, in conformità

all'orientamento già espresso dal Ministero della Salute (con nota DGPROF 0055338-P-16/11/2016 indirizzata al coordinamento tecnico della Commissione Salute) in merito al significato della locuzione "tecnico-professionale" utilizzata dall'art. 1, comma 543 della legge 208/2015 (legge di stabilità 2016).

Per quanto riguarda i "contratti di lavoro flessibile" che rientrano nell'ambito di applicazione delle procedure di stabilizzazione di cui all'art. 20 del d.lgs. 75/2017, si ritiene opportuno evidenziare le indicazioni contenute nel documento della Conferenza delle Regioni sopra richiamato: - in primo luogo, nel documento si esplicita di condividere l'orientamento espresso nella circolare n. 3/2017 del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione, laddove viene precisato, con riferimento ai concorsi riservati di cui all'art. 20, comma 2, che, tra i titolari di rapporto di lavoro flessibile che possono essere ricompresi nel reclutamento speciale transitorio per il triennio 2018-2020, vi sono "i titolari di varie tipologie di contratti di lavoro flessibile, quali ad esempio anche le collaborazioni coordinate e continuative"; - il documento della Conferenza delle Regioni continua affermando che "nel convenire con tale precisazione, in considerazione anche che la legislazione nazionale ha spesso e in modo espresso assimilato le co.co.co. ai rapporti di lavoro flessibile (si veda ad esempio l'articolo 2, comma 71 della L. 191/2009), si ritiene di precisare ulteriormente che devono considerarsi destinatari della norma anche tutti i soggetti titolari di rapporti di lavoro autonomo che, come le co.co.co., trovano la propria fonte di legittimazione nell'articolo 7, comma 6 del d.lgs. 165/2001".

Per quanto concerne, invece, i contratti ex 15 septies del d.lgs. 502/1992, si ritiene che questi siano esclusi dall'ambito di applicazione dell'art. 20 del d.lgs. 75/2017, per le stesse motivazioni già espresse dalla Giunta regionale, in relazione alle procedure concorsuali riservate di cui al DPCM 6 marzo 2015, con delibera n. 300 del 11.4.2016, alla quale si rinvia.

Si ritiene, infine, che sia escluso dall'ambito di applicazione dell'art. 20 del d.lgs. 75/2017, in quanto normativa diretta al superamento del precariato, il personale che risulti già inquadrato a tempo indeterminato presso un'amministrazione pubblica nello stesso profilo oggetto delle procedure di stabilizzazione.

4. Requisiti di ammissione alle procedure di cui all'art. 20 del d.lgs. 75/2017.

In merito ai requisiti di ammissione alle procedure di stabilizzazione di cui all'art. 20 del d.lgs. 75/2017, si ritiene opportuno evidenziare due aspetti, confermando le indicazioni già fornite dalla Giunta regionale, in relazione alle procedure concorsuali riservate di cui al DPCM 6 marzo 2015, con la delibera n. 300 del 11.4.2016 sopra richiamata, con la quale venivano recepite le linee guida della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome del 30 luglio 2015.

1) L'anzianità di servizio di cui all'art. 20, comma 1, lett. c) deve essere maturata integralmente nel profilo oggetto della procedura di stabilizzazione. Analogamente, i tre anni di contratto di cui all'art. 20, comma 2, lett. b) devono essere maturati nello svolgimento di attività lavorativa corrispondente a quella del profilo oggetto delle procedura concorsuale riservata.

2) I tre anni di servizio di cui all'art. 20, comma 1, lett. c) e i tre anni di contratto di cui all'art. 20, comma 2, lett. b) devono essere considerati, al fine dell'ammissione alle procedure di stabilizzazione, indipendentemente dal regime orario.

5. Requisiti specifici di cui all'art. 20, comma 1 del d.lgs. 75/2017.

Per quanto riguarda i requisiti per la stabilizzazione in via diretta ai sensi del comma 1 dell'art. 20 del d.lgs. 75/2017, si rinvia alle indicazioni fornite dal Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione con la circolare n. 3/2017, sia in merito all'individuazione delle "procedure concorsuali" di cui alla lett. b) del suddetto comma 1 dell'art. 20, sia in relazione al conteggio dei tre anni di servizio di cui alla lett. c) del medesimo comma 1.

6. Disposizioni per l'avvio dei percorsi di stabilizzazione.

In attesa della definizione, da parte delle Aziende e degli Enti del SSR, del piano triennale 20182020 per la stabilizzazione del personale in attuazione dell'art. 20 del d.lgs. 75/2017 (piano a cui si fa riferimento nel punto 2 dei presenti indirizzi), si ritiene comunque opportuno anticipare, ove possibile, l'avvio dei percorsi di stabilizzazione del personale delineati nel medesimo art. 20.

Al riguardo si ritiene che le Aziende e gli Enti del SSR possano, fin da subito, dare avvio alle procedure di stabilizzazione in via diretta ai sensi del comma 1 dell'art. 20 per quei profili del comparto (tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, tecnico sanitario di laboratorio biomedico, tecnico sanitario di radiologia medica, operatore socio sanitario, infermiere, ostetrica, fisioterapista, logopedista), rispetto ai quali, anche in considerazione dell'andamento storico delle cessazioni, non sussistano dubbi, per le medesime Aziende/Enti, sul fatto che, nel triennio 2018-2020, si realizzeranno possibilità di assunzioni, pur al momento non quantificabili, non essendo stati ancora definiti i piani per la stabilizzazione.

In tal modo, nel momento in cui si realizzeranno, per le Aziende e gli Enti del SSR, le condizioni per l'attuazione dei rispettivi piani per la stabilizzazione del personale, le procedure di cui all'art. 20, comma 1 del d.lgs. 75/2017 saranno, almeno per taluni profili, già espletate (o, comunque, già in fase di espletamento).

Al fine dell'attuazione di quanto sopra, si forniscono le indicazioni di seguito riportate.

Entro venti giorni dall'adozione dei presenti indirizzi, le Aziende e gli Enti del SSR procederanno all'emanazione di appositi avvisi, da pubblicare sul sito internet dell'Azienda/Ente, per la stabilizzazione in via diretta, ai sensi del comma 1 dell'art. 20 del d.lgs. 75/2017, con riferimento ai profili sopra indicati.

Gli avvisi dovranno riportare quanto stabilito dal comma 12 dell'art. 20, laddove si prevede che "ai fini delle assunzioni di cui al comma 1, ha priorità il personale in servizio alla data di entrata in vigore del decreto" (22 giugno 2017).

In secondo luogo, come ulteriore criterio di precedenza (sempre da esplicitare negli avvisi) dovrà essere preso in considerazione l'essere in servizio, alla data di pubblicazione dell'avviso, presso l'Azienda/Ente del SSR che procede alla stabilizzazione. L'anzianità di servizio ulteriore, rispetto ai tre anni che valgono come requisito di ammissione alla procedura di stabilizzazione, dovrà essere considerata elemento di specifica valutazione (e anche questo dovrà essere esplicitato negli avvisi).

Entro venti giorni dall'adozione dei piani dei fabbisogni, le Aziende e gli Enti del SSR procederanno all'emanazione degli avvisi per la stabilizzazione in via diretta, ai sensi del comma 1 dell'art. 20, con riferimento ai restanti profili.

Entro lo stesso termine, l'ESTAR procederà all'emanazione dei bandi per le procedure concorsuali riservate di cui al comma 2 dell'art. 20, sulla base delle richieste delle Aziende/Enti.

Per quanto riguarda tali procedure concorsuali riservate, si ritiene che debbano essere predisposte dall'ESTAR graduatorie separate per ciascuna Azienda/Ente del SSR, tenuto conto che uno dei requisiti ivi previsti è la titolarità del contratto presso l'amministrazione che bandisce il concorso (per il SSR della Toscana si tratta dell'Azienda/Ente che poi procederà all'assunzione).

Evidenziato quanto sopra in merito alle modalità di espletamento delle procedure previste dall'art. 20 del d.lgs. 75/2017, si ritiene opportuno richiamare l'attenzione delle Aziende e degli Enti del SSR sulla necessità di graduare le assunzioni nel triennio 2018-2020, sulla base dei fabbisogni di personale e garantendo l'adeguato accesso dall'esterno. Al riguardo si ritiene opportuno sottolineare che, fermo restando che per le stabilizzazioni vale il limite massimo complessivo del 50% delle risorse finanziarie disponibili per le assunzioni (limite a cui si fa riferimento nel punto 1 dei presenti indirizzi), nel procedere alle assunzioni una particolare attenzione deve essere prestata dalle Aziende e dagli Enti del SSR nel garantire l'adeguato accesso dall'esterno.

VENETO

DGR 6.3.18, n. 225 - Individuazione dell'Amministratore unico della società "Venezia Sanità S.r.l." di Venezia (Ve). BUR n. 28 del 20.3.18)

Note

Si procede ad individuare l'Amministratore unico della società in parola individuando il seguente signore: - dott. Giovan Battista De Dominicis .

DGR 6.3.18, n. 228 - Gestione della gravidanza a basso rischio ostetrico. Estensione dell'applicazione del progetto pilota alle Aziende ULSS e Aziende Ospedaliere della Regione del Veneto - DGR n. 568 del 21/4/2015. Deliberazione n. 1/CR del 11 gennaio 2018. (BUR n. 28 del 20.3.18)

Note

Viene estesa l'applicazione del progetto pilota relativo alla gestione della gravidanza a basso rischio alle Aziende ULSS e Aziende Ospedaliere della Regione del Veneto.

DGR 6.3.18, n. 229 - Approvazione della prosecuzione del "Progetto di Change Management" per l'anno 2018 quale strumento a supporto del processo di trasformazione del Servizio Socio-Sanitario del Veneto. L.R. n. 19 del 25/10/2016. DGR n. 114 del 7/2/2017. (BUR n. 28 del 20.3.18)

Note

S approva la prosecuzione del "Progetto di *Change Management*" per l'anno 2018 predisposto dalla Fondazione S.S.P., a supporto del processo di trasformazione del Servizio Socio-Sanitario del Veneto a seguito delle previsioni in materia recate dalla L.R. n. 19 del 25/10/2016.

Il Progetto ha il fine di supportare i soggetti coinvolti nel rinnovamento fornendo gli strumenti teorico metodologici per governare l'avvio delle nuove Aziende sanitarie e supportare la messa a regime della nuova organizzazione della sanità veneta.

DGR 6.3.18, n. 230 - Definizione della pesatura delle determinazioni dei soggetti coinvolti nella valutazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale di Azienda Zero e determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ed Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2018. (BUR n. 28 del 20.3.18)

Note

Viene stabilita la pesatura delle determinazioni dei soggetti coinvolti nella valutazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi assegnati al Direttore Generale di Azienda Zero ed inoltre vengono individuate le aree funzionali, con i relativi pesi, e i relativi obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per l'anno 2018 per le Aziende e gli Istituti del SSR.

DGR 6.3.18, n. 231 - Dgr 1122/2017: Linee guida di indirizzo per l'espletamento della funzione di internal audit di azienda zero e delle aziende sanitarie del veneto: Carta di revisione interna e nomina del Gruppo Tecnico e del Riferimento Scientifico. (BUR n. 28 del 20.3.18)

Note

Vengono approvate le Linee guida di indirizzo per l'espletamento della funzione di internal audit di Azienda Zero e delle aziende sanitarie del veneto: carta di revisione interna e prende atto delle nomine del gruppo tecnico e del riferimento scientifico in materia di Internal Audit.