

INDICE N. 198

PANORAMA STATALE

IMMIGRATI

MINISTERO DELL'INTERNO

Fondo nazionale per le politiche e i servizi dell'asilo. Decreto recante le modalità di presentazione delle domande di contributo da parte degli enti locali che prestano servizi finalizzati all'accoglienza di richiedenti e di titolari di protezione internazionale ed umanitaria, biennio 2016-2017. (GU n. 5 dell'8.1.16)

PREVIDENZA

MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

DECRETO 30 ottobre 2015 - Adeguamento del contributo annuo dello Stato in favore del Fondo di previdenza del clero e dei ministri di culto delle confessioni religiose diverse dalla cattolica, relativo all'anno 2014. (GU n. 7 dell'11.1.16)

PRIVATO SOCIALE

MINISTERO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

DECRETO 25 novembre 2015 - Scioglimento della «Il Farfallone cooperativa sociale onlus », in Malnate e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 5 dell'8.1.16)

SANITÀ

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 9 dicembre 2015 - Riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS di diritto pubblico «Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata – CROB», in Rionero in Vulture, per la disciplina di «oncologia». (GU n. 4 del 7.1.16)

DECRETO 9 dicembre 2015 - Riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS di diritto privato «Associazione Oasi Maria SS.», in Troina, per la disciplina di «ritardo mentale e involuzione cerebrale senile». (GU n. 4 del 7.1.16)

DECRETO 9 dicembre 2015 - Riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS di diritto pubblico «Centro neurolesi Bonino Pulejo», in Messina, per la disciplina di «Neuroscienze nell'ambito della prevenzione, del recupero e del trattamento delle gravi cerebro lesioni acquisite». (GU n. 4 del 7.1.16)

DECRETO 9 dicembre 2015 - Riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS di diritto privato «Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli», in Brescia, per la disciplina di «malattie psichiatriche». (GU n. 4 del 7.1.16)

DECRETO 9 dicembre 2015 - Conferma del riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS di diritto privato all'Istituto di ricerche farmacologiche «Mario Negri», in Milano, per la disciplina «Farmacologia e sperimentazione clinica sulle malattie neurologiche, rare ed ambientali».(GU n, 5 dell'8.1.16)

DECRETO 9 dicembre 2015 - Conferma del riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS di diritto pubblico all'«Istituto neurologico Carlo Besta», in Milano, per la disciplina di «Malattie del sistema nervoso nell'adulto e nel bambino».(GU n, 5 dell'8.1.16)

DECRETO 9 dicembre 2015 - Conferma del riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS di diritto privato «Eugenio Medea» dell'Associazione «La Nostra Famiglia», in varie sedi. (GU n, 5 dell'8.1.16)

DECRETO 9 dicembre 2015 - Conferma del riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS di diritto privato all'«Istituto Auxologico Italiano » per la disciplina di «Medicina della riabilitazione», sottospecialità «Patologie auxo-endocrino-metaboliche, neuro cardiovascolari e dell'invecchiamento» in vari sedi. (GU n, 5 dell'8.1.16)

DECRETO 9 dicembre 2015 - Conferma del riconoscimento del carattere scientifico, dell'IRCCS di diritto pubblico all'«Istituto delle Scienze Neurologiche», presso l'azienda USL di Bologna e relative sedi per la disciplina di «scienze neurologiche». (GU n. 6 del 9.1.16)

DECRETO 9 dicembre 2015 - Conferma del riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS di diritto pubblico all'«Azienda ospedaliera universitaria San Martino - Istituto nazionale per la ricerca sul cancro», in Genova per la disciplina di «oncologia». GU n. 6 del 9.1.16)

DECRETO 9 dicembre 2015 - Conferma del riconoscimento del carattere scientifico, dell'IRCCS di diritto pubblico all'«Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori Fondazione G. Pascale», relativamente alla sede di Napoli, per la disciplina di «oncologia». GU n. 6 del 9.1.16)

DECRETO 9 dicembre 2015 - Conferma del riconoscimento del carattere scientifico, dell'IRCCS di diritto privato all'«Istituto Neurologico Mediterraneo Neuromed», in Pozzilli, per la disciplina di «neuroscienze». GU n. 6 del 9.1.16)

PANORAMA REGIONALE

AGRICOLTURA SOCIALE

LAZIO

DGR 22.12.15, n. 757 - Approvazione del progetto: "Polo per l'Economia Sociale, welfare generativo e agricoltura sociale attraverso il recupero e il rilancio dell'area di Castel di Leva". (BUR n. 1 del 5.1.16)

AMMINISTRAZIONE REGIONALE

LAZIO

Determinazione del Segretario Generale 22 dicembre 2015, n. 795 - Ricerca di professionalità per il conferimento dell'incarico di componente dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) del Consiglio regionale del Lazio. (BUR n. 1 del 5.1.16)

ANZIANI

PIEMONTE

DGR 9.12.15, n. 30-2567 - Sottoscrizione della Regione Piemonte di una dichiarazione d'impegno collaborativo con la rete dei Siti di Riferimento (Reference Site) del Partenariato Europeo per l'innovazione in tema di invecchiamento sano e attivo (European Innovation Partnership - Active and Healthy Ageing). (BUR n. 1 dell'8.1.15)

BILANCIO

CALABRIA

L.R. 28.12.15, n. 32 - Bilancio di previsione finanziario della regione Calabria per gli anni 2016-2018

EMILIA-ROMAGNA

L.R. 29.12.15, n. 24 Bilancio di previsione della regione Emilia-Romagna 2016-2018

LAZIO

L.R. 31.12.15, n. 17 - Legge di stabilità regionale 2016. (BUR n. 105 del 31.12.15)

L.R. 31.12.15, n. 18 - Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2016-2018. (BUR n. 105 del 31.12.15)

L.R. 31.12.15, n. 16 - Rendiconto generale della Regione Lazio per l'esercizio finanziario 2014. (BUR n. 105 del 31.12.15)

MOLISE

L.R. 28.12.15, n. 20 – Autorizzazione all'esercizio provvisorio del bilancio di previsione per l'esercizio finanziario per l'anno 2016 (BUR n. 42 del 31.12.15)

TOSCANA

L.R. 28.12.15, n. 81 - Legge di stabilità per l'anno 2016. (BUR n. 57 del 29.12.15T)

L.R. 28.12.15, n. 82 - Disposizioni di carattere finanziario. Collegato alla legge di stabilità per l'anno 2016. (BUR n. 57 del 29.12.15T)

L.R. 28.12.15, n. 83 - Bilancio di previsione per l'anno finanziario 2016 e pluriennale 2016 - 2018. (BUR n. 57 del 29.12.15)

VALLE D'AOSTA

L.R. 11.12.15, n. 19 - Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Regione autonoma Valle d'Aosta (Legge di stabilità)

L.R. 11.12.15, n. 20 - Bilancio di previsione della Regione autonoma Valle d'Aosta

DIFESA DELLO STATO

LOMBARDIA

DGR 23.12.15, n. X/4650 - Modalità attuative per il funzionamento del comitato regionale per la legalità e la trasparenza dei contratti pubblici

DIPENDENZE

LAZIO

Determinazione 16 dicembre 2015, n. G15957 - Attuazione deliberazione di Giunta regionale del 27 ottobre 2015 n.585. Approvazione del progetto operativo della Comunità Montana del Velino, in qualità di capofila del distretto socio-sanitario RI/5, relativo alla Misura 5 "Contrasto alle dipendenze" del Piano Sociale di Zona 2015. Impegno di spesa a favore della omunità Montana del Velino di euro 20.000,00 sul capitolo H41908 del Bilancio regionale – Esercizio finanziario 2015 Missione 12, programma 04, aggregato 1.04.01.02.000. (BUR n. 105 del 31.12.15)

EDILIZIA

BASILICATA

DGR 22.12.15, n. 1673 - Legge 9 dicembre 1998, n. 431 - D.M. 29.01.2015 - L.R. 18 dicembre 2007 n. 24, art. 29 - Ripartizione tra i comuni delle risorse residue a valere sul Fondo statale e del Fondo regionale per il sostegno all'accesso alle abitazioni in locazione relativo all'anno 2015. (BUR n. 1 dell'8.1.16)

ENTI LOCALI

PIEMONTE

DGR 23.12.15, n. 1-2692 - L.R. 29 ottobre 2015, n. 23 "Riordino delle funzioni amministrative conferite alle province in attuazione della legge 7 aprile 2014 n. 56": approvazione accordo e relativi allegati ai sensi dell'art. 10 commi 1 e 6; approvazione ricognizione personale da trasferire ai sensi dell'art. 8, comma 3; fissazione decorrenza esercizio delle funzioni ai sensi dell'art. 11. (BUR n. 52 del 31.12.15)

VENETO

DGR N. 1733 1.12.1, 15 - Determinazione della nuova dotazione organica della giunta regionale ai sensi della legge regionale 29 ottobre 2015, n. 19 recante "disposizioni per il riordino delle funzioni amministrative provinciali". (BUR n. 125 del 3e1.12.15)

FAMIGLIA

ABRUZZO

DGR 16.12.15, n. 51/2 - Piano regionale degli interventi in favore della famiglia. Anno 2015, in attuazione della L.R. 2.5.1995, n. 95.

LOMBARDIA

DGR 29.12.15, n. X/4703 - Determinazione in ordine al fondo per le politiche della famiglia. (BUR n. 53 del 31.12.15)

GIOVANI

ABRUZZO

L.R. 28.12.15 n. 42 - Interventi a sostegno di giovani già ospiti di strutture di accoglienza e ulteriori disposizioni finanziarie. **L.R. 28.12.15, n. 83** - Bilancio di previsione per l'anno finanziario 2016 e pluriennale 2016 - 2018. (BUR n. 57 del 29.12.15)

BASILICATA

DGR 22.12.15, n. 1686 - Adozione linee guida per l'esecuzione del programma attuativo regionale della garanzia giovani. (BUR n. 1 dell'8.1.16)

DGR 22.12.15, n. 1694 - Convenzione MLPS - Regione Basilicata - Italia Lavoro SpA del 16.10.2015 per l'attuazione del programma FixO - YEI - "Azioni in favore dei giovani NEET in transizione istruzione - lavoro": approvazione "Avviso pubblico rivolto alle istituzioni scolastiche secondarie di secondo grado statali per diventare soggetti attuatori delle azioni previste da garanzia giovani nell'ambito del programma Fixo-Yei - Regione Basilicata". (BUR n. 1 dell'8.1.16)

LAZIO

Determinazione 22 dicembre 2015, n. G16519 - DGR n. 511 del 28 ottobre 2011. Piano Annuale "Interventi a favore dei Giovani". Azione n.1 "Creazione di spazi attrezzati provinciali". Approvazione Progetto "Spazi attrezzati, potenziamento e sviluppo FabLab Lazio" realizzazione e affido agli Enti strumentali regionali (Lazio Innova S.p.A., Bic Lazio S.p.A. e Lait S.p.A.). E.F.2015. (BUR n. 105 del 31.12.15)

IMMIGRATI

CAMPANIA

DGR n. 784 23.12.15 - Accordo per la programmazione e lo sviluppo di un sistema di interventi finalizzati a favorire l'integrazione sociale e l'inserimento lavorativo dei migranti regolarmente presenti in Italia. istituzione di capitoli di entrata e di spesa (BUR n. 79 del 28.12.15)

EMILIA-ROMAGNA

DGR 22.6.15, n. 755 - Approvazione del quattordicesimo programma assistenziale a favore di cittadini stranieri-ex art.22 comma 15 l.449/97- di cui alle delibere dell'Assemblea legislativa n.84/2012 e n. 134/2013. (BUR n, 342 del 30.12.15)

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

MARCHE

DGR 30.11.15, n. 1070 - Programmazione delle attività sociali e a valenza socio-sanitaria anno 2015, fonti di finanziamento e criteri di riparto. Modifiche alle deliberazioni della Giunta regionale n. 1758/2010, n. 47/2015, n. 143/2015, n. 328/2015 e n. 441/2015.

Note

Viene approvato l'allegato A "Programmazione delle attività sociali e a valenza socio-sanitaria anno 2015, fonti di finanziamento e criteri di riparto", che forma parte integrante e sostanziale della presente deliberazione (a cui si rinvia) , relativo alle risorse per le attività sociali e a valenza socio-sanitaria anno 2015.

LAVORO

LAZIO

Determinazione 22 dicembre 2015, n. G16567 - Attuazione della D.G.R. del 14 dicembre 2015, n. 739 "Approvazione schema di convenzione tra Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali e Regione Lazio per regolare i relativi rapporti e obblighi in relazione alla gestione dei servizi e delle politiche attive del lavoro nel territorio della Regione Lazio in attuazione dell'articolo 11 del decreto legislativo 14 settembre 2015, n. 150 "Disposizioni per il riordino della normativa in materia di servizi per il lavoro e di politiche attive, ai sensi dell'articolo 1, comma 3, della legge 10 dicembre 2014, n. 183". Approvazione schema di convenzione tra Regione e Città metropolitana di Roma Capitale e Enti di area vasta. (BUR n. 105 del 31.12.15)

MINORI

BASILICATA

DGR 15.12.15, n. 1641 .- Consolidamento sperimentazione del modello di intervento P.I.P.P.I. (Programma di Interventi per la Prevenzione dell'istituzionalizzazione dei minori) per l'annualità 2016-2017. Approvazione dello schema di Protocollo d'Intesa tra Regione Basilicata e Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. (BUR n. 54 del 31.12.15)

EMILIA-ROMAGNA

DGR 30.11.15, n. 1989 - Art. 15 L. 241/1990 e s.m. Approvazione dell' Accordo di collaborazione tra la Regione Emilia-Romagna e Alma Mater Studiorum – Università di Bologna, Dipartimento di scienze dell'educazione "Giovanni Maria Bertin" per la realizzazione di attività di monitoraggio sul tema delle linee di indirizzo a favore dell'adolescenza, di cui alla D.G.R. n. 590/2013. Variazione di bilancio

MARCHE

DGR 4.12.15, n. 1084 - L.R. 20/2002 e relativo regolamento attuativo - Deroga temporanea ai parametri di capienza previsti per strutture per minori a seguito del flusso straordinario di minori stranieri non accompagnati.

MOLISE

DGR 14.12.1615, n. 701 - Programma di interventi per la prevenzione dell'istituzionalizzazione (P.I.P.P.I. 5). ambito territoriale sociale di Riccia- Boiano. (BUR n. 43 del 31.,12.15)

NON AUTOSUFFICIENTI

LAZIO

Determinazione 16 dicembre 2015, n. G15912 - Concorso finanziario della Regione agli oneri sostenuti dai Comuni del Lazio per la partecipazione alla spesa per gli utenti ricoverati in residenze sanitarie assistenziali, annualità 2015. Impegno di € 13.234.231,77 sul cap. H41940 - macroaggregato 12.02 1.04.01.02.000 Esercizio finanziario 2015. (BUR n. 2 del 7.1.16)

Determinazione 16 dicembre 2015, n. G15907 - Concorso finanziario della Regione agli oneri sostenuti dai Comuni del Lazio per la partecipazione alla spesa per gli utenti ricoverati in strutture riabilitative di mantenimento, annualità 2015. Impegno di € 2.081.171,59 sul cap. H41940 - macroaggregato 12.02 1.04.01.02.000 esercizio finanziario 2015. (BUR n. 2 del 7.1.16)

Determinazione 31 dicembre 2015, n. G17471 - Attuazione D.G.R. 233/2012 - Programma regionale degli interventi in favore di persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), copertura del servizio di assistenza domiciliare, componente sociale. Impegno di spesa di Euro 2.891.067,00, a gravare sul Cap. H41903 macroaggregato 12 02 1.04.01.02.000 esercizio finanziario 2015. (BUR n. 3 del 12.1.16)

Note

VENETO

DGR n. 1837 9.12.15, Progetto regionale "sollievo" a favore delle persone affette da decadimento cognitivo approvato con dgr 1873 del 15 ottobre 2013 e con dgr 2677 del 29 dicembre 2014. indicazioni su utilizzo delle risorse. (BUR n. 1 del 5.1.16)

PERSONE CON DISABILITA'

LAZIO

Determinazione 22 dicembre 2015, n. G16529 - DGR 511/2013 - Attuazione dell'Accordo adottato dalla Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 24 gennaio 2013 sui tirocini di inserimento o reinserimento finalizzati alla riabilitazione e all'inclusione sociale - Approvazione progetto formativo/inserimento denominato Banca dati gestione rifiuti del Lazio. (BUR n. 105 del 31.12.15)

TOSCANA

DGR 29.12.15, n. 1329 - Approvazione nuovo "Atto di indirizzo per la predisposizione dei progetti di Vita Indipendente". Revoca Delibere n. 146 del 27 febbraio 2012 e n. 68 del 4 febbraio 2013. Assegnazione risorse annualità 2016.

POLITICHE SOCIALI

EMILIA-ROMAGNA

DGR 26.10.15, n. 1594 - Approvazione modifica statutaria dell'ASP "Eppi-Manica-Salvatori" con sede ad Argenta (FE). (BUR n. 342 del 30.12.15)

DGR 6.10.15, n. 1465 - Approvazione modifica statutaria dell'ASP "Azalea" con sede a Castel San Giovanni (PC) (BUR n. 3423 del 30.12.15)

LAZIO

DGR 29.12.15, n. 771 - Modifica ed integrazioni alla deliberazione di Giunta Regionale del 4 agosto 2015, n. 414. Commissariamento dell'IPAB Centro Geriatrico "Giovanni XXIII" di Viterbo. (BUR n. 2 del 7.1.16)

POVERTA' INCLUSIONE SOCIALE

CALABRIA

L.R. 28.12.15, n. 35 - Norme per i servizi di trasporto pubblico locale

PRIVATO SOCIALE

LAZIO**Determinazione 24 dicembre 2015, n. G16882**

"Programma Nazionale per l'attuazione della Iniziativa Europea per l'Occupazione dei Giovani - Approvazione del 'Piano di Attuazione regionale'" di cui alla deliberazione della Giunta regionale 23 aprile 2014, n. 223 - Approvazione delle Linee guida per la realizzazione della sperimentazione della procedura di individuazione, messa in trasparenza e validazione delle competenze acquisite attraverso i progetti di Servizio Civile, nell'ambito del Programma Garanzia Giovani. (BUR n. 1 del 5.1.16)

PIEMONTE

Comunicato dell'Assessorato alla Sanità, Livelli essenziali di assistenza, Edilizia sanitaria della Regione Piemonte

Elenco degli Organismi a scopo non lucrativo ai sensi dell'art. 2 comma 2 septies del D.Lgs. 19.06.1999 n. 229. (BUR n. 52 del 31.12.15)

VENETO

DGR N. 2008 23.12.15, - Disposizioni in materia di tassa automobilistica. l.r.27 aprile 2015, n.6, art. 3. esenzione per i veicoli adibiti al trasporto di anziani e disabili di proprietà delle organizzazioni di volontariato. (BUR n. 125 del 31.12.15)

PROGRAMMAZIONE

TOSCANA

DCR 21.12.15, n. 89 - Documento di economia e finanza regionale 2016. (BUR. n. 57 del 29.12.15)

PROGRAMMAZIONE SOCIALE

CAMPANIA

DGR 29.12.15, n. 869 - Piano sociale regionale 2013-2015, approvazione ai sensi dell'articolo 20 della legge regionale 23 ottobre 2007, n. 11. (BUR n. 2 dell'11.1.16)

UMBRIA

DGR 3.8.15, n. 948 - Atto di programmazione anno 2015 ai sensi dell'art. 357 della legge regionale 9 aprile 2015, n. 11, Testo unico in materia di Sanità e servizi sociali e riparto del Fondo nazionale per le politiche sociali - anno 2015. (BUR n.66 del 13.12.15)

PROGRAMMAZIONE SOCIO-SANITARIA

EMILIA-ROMAGNA

DAL 21.12.15, n. 52 - Documento di economia e finanza regionale DEFR 2016 con riferimento alla programmazione 2016-2018. (Proposta della Giunta regionale in data 29 ottobre 2015, n. 1632). (BUR n. 342 del 30.12.15)

LOMBARDIA

DGR. 29.12.1, n. X/4702 - Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2016 (BUR n. 1 del 7.12.16)

SANITÀ

ABRUZZO

PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA - 10.12.2015, N. 119 - Attivazione Programma regionale screening neonatale fibrosi cistica - L. 23 dicembre 1993, n. 548 e L.R. del 16.09.1997, n. 102.

BASILICATA

DGR 3.11.15, n. 1413 - Art. 12 della L.R. n. 5/2015. Indirizzi per la definizione dei tetti di spesa alle strutture private accreditate eroganti prestazioni di assistenza ospedaliera e di specialistica ambulatoriale ex art. 25 della L. n. 833/1978. Con parere della IV Commissione Consiliare Permanente. (BUR n. 54 del 31.12.15)

DGR 1.12.15, n. 1564 - Art. 1, comma 4, della Legge 3 agosto 2007, n. 120 - "Disposizioni in materia di attività libero professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria" come modificato dal D.L. n. 158 del 13.9.2012. Approvazione linee guida per l'esercizio della libera professione intramuraria del personale dipendente della Dirigenza Medica, Veterinaria e del ruolo sanitario delle Aziende del SSR. (BUR n. 54 del 31.12.15)

DGR 22.12.15, n. 1670 - Accordo di programma integrativo per il settore degli investimenti sanitari – approvazione del programma regionale degli investimenti del SSR e dell'articolato contrattuale dell'AdP integrativo, da sottoscrivere tra il Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze e la Regione Basilicata. (BUR n. 1 dell'8.1.16)

DGR 22.12.15, n. 1671- Recepimento dell'accordo Stato - Regioni del 25 marzo 2015, Rep. Atti n. 58/CSR, su "Criteri per le visite di verifica dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi dei centri di procreazione medicalmente assistita (PMA), di cui ai decreti legislativi n. 191/2007 e n. 16/2010, e per la formazione e qualificazione dei valutatori addetti alle verifiche". (BUR n. 1 dell'8.1.16)

LAZIO

Decreto del Commissario ad Acta 29 dicembre 2015, n. U00605 - Ripartizione del Fondo Sanitario Regionale ai sensi dell'art. 2 comma 2-sexies lett. d), del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni. (BUR n. 2 del 7.1.16)

DPGR 31.12.5, n. T00284 - Nomina del Commissario Straordinario dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 2.- (BUR n. 3.1.115)

DPGR 31.12.15, n. T00285 - Nomina del Commissario Straordinario dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 1. (BUR n. 3 del 12-1-16)

Decreto del Commissario ad Acta 30 dicembre 2015, n. U00606 - Attuazione dei Programmi Operativi 2013-2015 approvati con il DCA n. U00247/14, come successivamente modificati ed intergrati, tra l'altro, dal DCA n. U00373/15. Istituzione delle AA.SS.LL. "Roma 1" e "Roma 2". Soppressione delle AA.SS.LL. "Roma A", "Roma B", "Roma C" e "Roma E". Ridenominazione delle AA.SS.LL. "Roma D" come "Roma 3", "Roma F" come "Roma 4", "Roma G" come "Roma 5" e "Roma H" come "Roma 6".(BUR n. 3 del 12-1-16)

LOMBARDIA

DGR 23.12.15 - n. X/4662 - Indirizzi regionali per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia 2016 - 2018 (BUR n. 1 del 4.1.16)

MARCHE

DGR 15.12.15, n. 1094 - Rischio clinico e sicurezza dei pazienti e delle cure: Approvazione del Sistema Regionale di monitoraggio dei piani di miglioramento aziendali successivi agli eventi sentinella. (BUR n. 117 del 29.12.15)

DGR 15.12.15, n. 1097 - Rischio clinico e sicurezza dei pazienti e delle cure - Approvazione di atto di indirizzo alle Aziende del SSR per la Prevenzione delle cadute di persone assistite. (BUR n. 117 del 29.12.15)

DGR 15.12.15, n. 1098 - Linee di indirizzo in materia di vigilanza sui dispositivi medici, sui dispositivi medici impiantabili attivi e sui dispositivi medico-diagnostici in vitro. (BUR n. 117 del 29.12.15)

DGR 15.12.15, n. 1109 - Case di Cura private multispecialistiche accreditate nella Regione Marche. Intesa con Associazione Aiop e singole Case di Cura sugli aspetti attuativi e gestionali dell'Accordo per l'anno 2014 (DGR n. 280/2014) e Accordo per l'anno 2015.(BUR n. 117 del 29.12.15)

MOLISE

Determinazione Dirigenziale n. 7915 Del 23-12-2015 - Approvazione Catalogo Regionale delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale. (BUR n. 43 del 31.12.15)

PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE COMMISSARIO AD ACTA PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO DI RIENTRO DAI DISAVANZI DEL SETTORE SANITARIO.

Decreto n. 75 del 26 novembre 2015 - Approvazione dello schema di contratto per l'acquisto di prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera da parte di strutture operanti in regime di accreditamento. (BUR n. 43 del 31.12.15)

Decreto n. 76 del 26 novembre 2015 - Approvazione dello schema di contratto per l'acquisto di prestazioni sanitarie di assistenza specialistica ambulatoriale da parte di strutture operanti in regime di accreditamento. (BUR n. 43 del 31.12.15)

Decreto n. 77 del 26 novembre 2015 - Approvazione dello schema di contratto per l'acquisto di prestazioni sanitarie di chirurgia ambulatoriale da parte di strutture operanti in regime di accreditamento. (BUR n. 43 del 31.12.15)

Decreto n. 78 del 26 novembre 2015 - Approvazione dello schema di contratto per l'acquisto di prestazioni sanitarie di riabilitazione ex art. 26 l. 833/78 da parte di strutture operanti in regime di accreditamento. (BUR n. 43 del 31.12.15)

Decreto n. 79 del 30 novembre 2015 - Definizione dei limiti massimi di finanziamento delle prestazioni sanitarie acquisibili dal Sistema Sanitario Regionale per l'annualità 2015, nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario della Regione Molise. – Provvedimenti. (BUR n. 43 del 31.12.15)

Decreto n. 81 del 10 dicembre 2015 Fascicolo Sanitario Elettronico – approvazione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali e del modulo per la concessione del consenso informato. (BUR n. 43 del 31.12.15)

PIEMONTE

DGR 9.12.15, n. 43-2578 - Piano regionale di interventi straordinari finalizzato a rispondere in modo appropriato ed efficiente alle necessita' sanitarie relative alla stagione invernale 2015 - 2016. (BUR n. 1 dell'8.1.15)

SICILIA

DASS 2.12.15 - Organizzazione e sviluppo della rete locale di cure palliative. (GURS n. 55 del 31.12.16)

TOSCANA

L.R 28.12.15, n. 84 - Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale. Modifiche alla l.r. 40/2005. (BUR n. 58 del 30.12.15)

UMBRIA

DGR 30.11.15, n. 1411 - Linee di indirizzo vincolanti per il percorso diagnostico terapeutico assistenziale riabilitativo del paziente anziano ospedalizzato per frattura di femore.

VALLE D'AOSTA

DGR 20,11,015, n. 1681 . Approvazione della convenzione tra l'ASL TO3 della Regione Piemonte, la Regione autonoma Valle d'Aosta e l'Azienda Usl della Valle d'Aosta per l'utilizzo e <l'implementazione del sistema informativo e banca dati di progetti, interventi e buone pratiche di prevenzione e promozione della salute (PRO.SA.).

VENETO

DGR 23.12.15, n. 1888 - Adozione del documento di indirizzo per le unità operative di pronto soccorso per il triage di accesso ed il triage infermieristico avanzato. (BUR n. 1 del 5.1.16)

DGR 23.12.15, n. 1905 - Disposizioni per l'anno 2016 in materia di personale del ssr, specialistica ambulatoriale interna e finanziamento dei contratti di formazione specialistica. (BUR n. 1 del 5.1.16)

DGR 23.12.15, n. 1912 - Indicazioni di trattamento con ossigenoterapia iperbarica. (BUR n. 1 del 5.1.16)

DGR 23.12.15, n. 1914 - Istituzione della rete reumatologica integrata ospedale-territorio. piano socio sanitario regionale (pssr) 2012-2016. deliberazione n. 78/cr del 28 settembre 2015. (BUR n. 1 del 5.1.16)

DGR 23.12.15, n. 1918 - Progetto regionale per la realizzazione di un programma finalizzato alla sensibilizzazione della popolazione sul tema della donazione di organi e tessuti e alla informazione rispetto alla opportunità di esprimere in vita il proprio assenso/dissenso alla donazione in vita al momento del rilascio/ rinnovo del documento d'identità presso le anagrafi comunali del veneto. (BUR n. 1 del 5.1.16)

DGR 23.12.15, n. 1921 - Recepimento dell'intesa tra il governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano del 5 novembre 2015 sul documento recante "piano nazionale per la prevenzione delle epatiti virali da virus b e c (PNEV)". (BUR n. 1 del 5.1.16)

DGR 23.12.15, n. 1923 - Specialistica ambulatoriale privata accreditata erogata nei confronti dei cittadini residenti nel veneto: assegnazione quote di budget per il biennio 2016 - 2017. (BUR n. 1 del 5.1.16)

TUTELA DEI DIRITTI

PIEMONTE

DD 28.12.15, n. 1069 - L.119/2013 e L.R.16/2009: assegnazione dei finanziamenti per le attività dei Centri antiviolenza e delle Case Rifugio in attuazione della D.G.R.n.30-2464 del 23.11.2015 .Spesa di euro 156.000,00 (fondi già impegnati sul cap.153010/2015: impegni n.4289 e n.4400). BUR n. 1 dell'8.1.16)

UMBRIA

DGR 31.8.15, n. 995 - D.G.R. n. 1635 del 19 dicembre 2012 recante “Bando congiunto per la concessione di contributi per la realizzazione di interventi a favore delle vittime di tratta e grave sfruttamento: programmi di emersione e prima assistenza ex art. 13 legge 228/2003 - Avviso 7/2012: programmi di assistenza ed integrazione sociale ex art. 18 D.lgs. 286/1998 - Avviso 13/2012”. Presa d’atto della Quarta proroga degli atti di concessione ex art. 13 legge 228/2003, progetto “Non Si Tratta 2013” ed ex art. 18 D.lgs 286/1998, progetto “Fuori dal Labirinto 2013”. (BUR n.66 del 13.12.15)

PANORAMA STATALE

Gazzette Ufficiali pervenute al 15 GENNAIO 2016 arretrati compresi

IMMIGRATI

MINISTERO DELL'INTERNO

Fondo nazionale per le politiche e i servizi dell'asilo. Decreto recante le modalità di presentazione delle domande di contributo da parte degli enti locali che prestano servizi finalizzati all'accoglienza di richiedenti e di titolari di protezione internazionale ed umanitaria, biennio 2016-2017. (GU n. 5 dell'8.1.16)

Con decreto del Ministro dell'interno del 7 agosto 2015 è stato adottato un avviso pubblico recante le modalità di presentazione delle domande di contributo da parte degli enti locali che prestano o intendono prestare, nel biennio 2016-2017, servizi di accoglienza in favore di richiedenti e titolari di protezione internazionale e umanitaria con scadenza alle ore 12,00 del 14 gennaio 2016, attraverso procedura informatica di trasmissione delle domande.

Considerato che sono pervenute numerose richieste da parte di enti territoriali finalizzate ad ottenere la proroga del suindicato termine, atteso che permane la necessità di ampliare, quanto più possibile, la rete degli enti locali che erogano servizi di accoglienza nell'ambito dello SPRAR e valutato, altresì, che il termine di presentazione delle domande scade a ridosso delle festività natalizie, con notevoli difficoltà per gli enti locali interessati a predisporre gli atti necessari, si è ritenuto di dover accogliere la richiesta di proroga del termine di presentazione delle domande.

Il nuovo termine è fissato alle ore 12,00 del 14 febbraio 2016.

PREVIDENZA

MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

DECRETO 30 ottobre 2015 - Adeguamento del contributo annuo dello Stato in favore del Fondo di previdenza del clero e dei ministri di culto delle confessioni religiose diverse dalla cattolica, relativo all'anno 2014. (GU n. 7 dell'11.1.16)

IL MINISTRO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

DI CONCERTO CON

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA

E DELLE FINANZE

Vista la legge 22 dicembre 1973, n. 903;

Visto l'art. 21, secondo comma, della citata legge n. 903 del 1973, che prevede l'erogazione di un contributo annuo complessivo dello Stato in favore del Fondo di previdenza del clero e dei ministri di culto delle confessioni religiose diverse dalla cattolica;

Visto l'art. 4, secondo comma, del decreto-legge 22 dicembre 1981, n. 791, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 febbraio 1982, n. 54, il quale stabilisce che il suddetto contributo, a decorrere dal 1° gennaio 1982, è modificato, con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, con la stessa periodicità e nella stessa misura dell'aumento percentuale che ha dato luogo alle variazioni degli importi delle pensioni per perequazione automatica;

Tenuto conto che, dalla rilevazione elaborata dall'INPS, comunicata con nota del 6 luglio 2015, la percentuale di aumento medio delle pensioni erogate dal predetto Fondo per l'anno 2014 è pari all'1,1%;

Tenuto conto che l'art. 11 del decreto-legge 22 dicembre 1981, n. 791, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 febbraio 1982, n. 54, prevede, a favore del menzionato Fondo, un contributo a carico dello Stato pari a € 1.032.914,00;

Ravvisata l'esigenza di specificare nel presente provvedimento sia l'ammontare del contributo di cui all'art. 21 della citata legge n. 903 del 1973, come determinato ai sensi dell'art. 4, secondo comma, del decreto-legge 22 dicembre 1981, n. 791, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 febbraio 1982, n. 54, sia l'ammontare del contributo di cui all'art. 11 del medesimo decreto-legge;

Visto l'art. 1, comma 2, lett. a), della legge 13 novembre 2009, n. 172;

Decreta:

1. Il contributo a carico dello Stato di cui all'art. 21, secondo comma, della legge 22 dicembre 1973, n. 903, a valere sul capitolo 4356 dello stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali - Centro di responsabilità «Politiche previdenziali», è aumentato, a decorrere dal 1° gennaio 2014, da € 7.924.084,93 a € 8.011.249,86;

2. Il contributo di cui all'art. 11 del decreto-legge 22 dicembre 1981, n. 791, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 febbraio 1982, n. 54, resta stabilito in € 1.032.914,00

PRIVATO SOCIALE

MINISTERO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

DECRETO 25 novembre 2015 - Scioglimento della «Il Farfallone cooperativa sociale onlus», in Malnate e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 5 dell'8.1.16)

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

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

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

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

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

Visto il D.P.C.M. del 5 dicembre 2013 n. 158, recante il regolamento di organizzazione del Ministero dello sviluppo economico, per le competenze in materia di vigilanza sugli enti cooperativi;

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

Visti gli ulteriori accertamenti che hanno confermato l'impossibilità per la cooperativa medesima di raggiungere lo scopo mutualistico;

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

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

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

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

Decreta:

Art. 1.

La società cooperativa «Il Farfallone cooperativa sociale Onlus» con sede in Malnate (VA) (codice fi scale 03166220131), è sciolta per atto d'autorità ai sensi dell'art. 2545 -*septiesdecies* c.c.

Art. 2.

Considerati gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal *curriculum vitae*, è nominato commissario liquidatore il dott. Domenico Tria, nato ad Acquaviva delle Fonti (BA) il 5 ottobre 1963 (codice fi scale TRIDNC63R05A048I), domiciliato in Comabbio (VA), via Sotto Campagna n. 75/4.

Art. 3.

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

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

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

Roma, 25 novembre 2015

Il direttore generale: MOLETI

SANITÀ

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 9 dicembre 2015 - Riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS di diritto pubblico «Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata – CROB», in Rionero in Vulture, per la disciplina di «oncologia». (GU n. 4 del 7.1.16)

Art. 1.

1. È confermato il riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS di diritto pubblico “Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata – CROB” con sede in via Padre Pio 1, Rionero in Vulture (PZ) per la disciplina di “oncologia”.

2. Il riconoscimento è soggetto a revisione, ai sensi dell'art. 15 del decreto legislativo 16 ottobre 2003 n. 288, all'esito dell'invio dei dati aggiornati circa il possesso dei requisiti e della documentazione necessaria ai fini della conferma. Roma, 9 dicembre 2015

DECRETO 9 dicembre 2015 - Riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS di diritto privato «Associazione Oasi Maria SS.», in Troina, per la disciplina di «ritardo mentale e involuzione cerebrale senile». (GU n. 4 del 7.1.16)

Art. 1.

1. È confermato il riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS di diritto privato “Associazione Oasi Maria SS.” con sede in Troina (EN), via Conte Ruggero n. 73, per la disciplina “ritardo mentale e involuzione cerebrale senile”.

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

Roma, 9 dicembre 2015

Il Ministro: LORENZIN

DECRETO 9 dicembre 2015 - Riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS di diritto pubblico «Centro neurolesi Bonino Pulejo», in Messina, per la disciplina di «Neuroscienze nell'ambito della prevenzione, del recupero e del trattamento delle gravi cerebro lesioni acquisite». (GU n. 4 del 7.1.16)

Art. 1.

1. È confermato il riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS di diritto pubblico “Centro neurolesi Bonino Pulejo” con sede legale a Messina, via Palermo ss 113, c.da Casazza, per la disciplina di “Neuroscienze nell'ambito della prevenzione, del recupero e del trattamento delle gravi cerebrolesioni acquisite”.

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

Roma, 9 dicembre 2015

Il Ministro: LORENZIN

DECRETO 9 dicembre 2015 - Riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS di diritto privato «Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli», in Brescia, per la disciplina di «malattie psichiatriche». (GU n. 4 del 7.1.16)

Art. 1.

1. È confermato il riconoscimento del carattere scientifico per la disciplina di «malattie psichiatriche» dell'IRCCS di diritto privato «Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli » della

Provincia Lombardo Veneta Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio - Fatebenefratelli con sede legale in Brescia, Via Pilastroni, 4.

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

Roma, 9 dicembre 2015

Il Ministro: LORENZIN

DECRETO 9 dicembre 2015 - Conferma del riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS di diritto privato all'Istituto di ricerche farmacologiche «Mario Negri», in Milano, per la disciplina «Farmacologia e sperimentazione clinica sulle malattie neurologiche, rare ed ambientali».(GU n, 5 dell'8.1.16)

Art. 1.

1. È confermato il riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS di diritto privato Istituto di Ricerche Farmacologiche «Mario Negri» con sede in Milano, via G. La Masa 19 (sede legale), in Bergamo, via Stezzano 87 e in Ranica (BG) presso il Centro di ricerche cliniche per malattie rare Aldo e Cele Daccò, per la disciplina «farmacologia e sperimentazione clinica sulle malattie neurologiche, rare ed ambientali».

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

Roma, 9 dicembre 2015

Il Ministro: LORENZIN

DECRETO 9 dicembre 2015 - Conferma del riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS di diritto pubblico all'«Istituto neurologico Carlo Besta», in Milano, per la disciplina di «Malattie del sistema nervoso nell'adulto e nel bambino».(GU n, 5 dell'8.1.16)

Art. 1.

1. È confermato il riconoscimento del carattere scientifico della Fondazione IRCCS di diritto pubblico «Istituto neurologico Carlo Besta» con sede legale in Milano, via Celoria, 11, per la disciplina di «Malattie del sistema nervoso nell'adulto e nel bambino».

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

Roma, 9 dicembre 2015

Il Ministro: LORENZIN

DECRETO 9 dicembre 2015 - Conferma del riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS di diritto privato «Eugenio Medea» dell'Associazione «La Nostra Famiglia», in varie sedi. (GU n, 5 dell'8.1.16)

Art. 1.

È confermato il riconoscimento del carattere scientifico per la disciplina di «Medicina della riabilitazione» dell'IRCCS di diritto privato «Eugenio Medea» dell'Associazione «La Nostra Famiglia», con sede in Ponte Lambro (Como), via Don Luigi Monza n. 1 (sede legale), in Bosisio Parini (Lecco), via Don Luigi Monza n. 20, ed è riconosciuto il carattere scientifico nella medesima disciplina per le seguenti sedi:

Conegliano (Treviso) - Via Costa Alta n. 7; Pieve di Soligo (Treviso) - Via Monte Grappa n. 96; Pasi di Prato (Udine) - Via Cialdini, 29; San Vito al Tagliamento (Pordenone) - Via della Bontà, 7; Udine - Presidio Ospedaliero «Santa Maria della Misericordia» - Piazzale S.M. della Misericordia, 15, limitatamente all'attività di tipo ambulatoriale; Brindisi - ex complesso ospedaliero «A. Di Summa» - Piazza A. Di Summa snc.

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

Roma, 9 dicembre 2015

Il Ministro: LORENZIN

DECRETO 9 dicembre 2015 - Conferma del riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS di diritto privato all'«Istituto Auxologico Italiano » per la disciplina di «Medicina della riabilitazione», sottospecialità «Patologie auxo-endocrino-metaboliche, neuro cardiovascolari e dell'invecchiamento» in vari sedi. (GU n. 5 dell'8.1.16)

Art. 1.

1. È confermato il riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS di diritto privato «Istituto Auxologico Italiano» per la disciplina di «Medicina della riabilitazione », sottospecialità «patologie auxo-endocrino-metaboliche, neurocardiovascolari e dell'invecchiamento» per le seguenti sedi:

Istituto scientifico Ospedale S. Luca, via Spagnoletto, 3, Milano, con sedi distaccate presso il Polo di neuro riabilitazione di via Mercalli e presso il Centro di ricerca e cura dell'invecchiamento di via Mosè Bianchi, Milano; Istituto scientifico Ospedale S. Michele, via Ariosto, 13, Milano, con sede distaccata presso il Centro di ricerche e tecnologie biomediche di Cusano Milanino (MI); Istituto scientifico Ospedale S. Giuseppe, Strada Cadorna, 90, Piancavallo (Verbania), con sede distaccata presso Villa Caramora (Verbania); Centro diagnostico Meda, corso della Resistenza, 23, Milano.

È altresì esteso il riconoscimento del carattere scientifico nella suddetta disciplina alle seguenti sedi: Ospedale Capitanio, via Mercalli, 28, Milano; Centro diagnostico e di ricerche San Carlo, via Pier Lombardo, 22, Milano; Centro diagnostico e di ricerche di Pioltello (Milano), via San Francesco angolo strada Cassanese.

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

Roma, 9 dicembre 2015

Il Ministro: LORENZIN

DECRETO 9 dicembre 2015 - Conferma del riconoscimento del carattere scientifico, dell'IRCCS di diritto pubblico all'«Istituto delle Scienze Neurologiche», presso l'azienda USL di Bologna e relative sedi per la disciplina di «scienze neurologiche». (GU n. 6 del 9.1.16)

Art. 1.

1. È confermato il riconoscimento del carattere scientifico, per la disciplina «scienze neurologiche», dell'IRCCS di diritto pubblico «Istituto delle scienze neurologiche», con sede legale presso l'Azienda USL di Bologna in Via Castiglione n. 29, relativamente alle seguenti sedi operative e corrispondenti unità operative:

Ospedale Bellaria in Bologna Via Altura n. 1/8 e n. 3:

Unità Operativa Complessa «Clinica Neurologica»;

Unità Operativa Semplice «Neurologia Degenze»;

Unità Operativa Complessa «Neurologia OB»;

Unità Operativa Complessa «Medicina Riabilitativa OB»;

Unità Operativa Complessa «Neuropsichiatria Infantile»;

Unità Operative Semplice d'Istituto «Riabilitazione Sclerosi Multipla»;

Unità Operativa Complessa «Neurochirurgia OB»;

Unità Operativa Semplice «Neurochirurgia Pediatrica»;

Unità Operativa Semplice «Neurooncologia»;

Unità Operativa Semplice d'Istituto «Centro riferimento Neurochirurgia dell'Ipofisi»;

Unità Operativa Complessa «Anestesia e Rianimazione OB»;

Unità Operativa Semplice «Anestesia Polispecialistica»;

Unità Operativa Semplice “Neuroanestesia”;
 Unità Operativa Complessa “Neuroradiologia”;
 Unità Operativa Semplice d’Istituto “Neuroradiologia Pediatrica”.
 Ospedale Maggiore in Bologna Largo Nigrisoli n. 2:
 Unità Operativa Complessa “Neurochirurgia d’urgenza e del trauma”;
 Unità Operativa Complessa “Neurologia OM”;
 Unità Operativa Semplice “Stroke Unit”;
 Unità Operativa Semplice “Neuroradiologia OM”.
 Corte Roncati - Polo Funzionale delle Disabilità – in Bologna Via S. Isaia n. 90:
 Unità Operativa Complessa “Medicina Riabilitativa Infantile”.

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

Roma, 9 dicembre 2015

Il Ministro: LORENZIN

DECRETO 9 dicembre 2015 - Conferma del riconoscimento del carattere scientifico dell’IRCCS di diritto pubblico all’«Azienda ospedaliera universitaria San Martino - Istituto nazionale per la ricerca sul cancro», in Genova per la disciplina di «oncologia». GU n. 6 del 9.1.16)

Art. 1.

1. È confermato il riconoscimento del carattere scientifico dell’IRCCS di diritto pubblico “Azienda ospedaliera universitaria San Martino - Ist Istituto nazionale per la ricerca sul cancro” con sede in Genova, Largo Rosanna Benzi n. 10, per la disciplina di “oncologia”.

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

Roma, 9 dicembre 2015

Il Ministro: LORENZIN

DECRETO 9 dicembre 2015 - Conferma del riconoscimento del carattere scientifico, dell’IRCCS di diritto pubblico all’«Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori Fondazione G. Pascale», relativamente alla sede di Napoli, per la disciplina di «oncologia». GU n. 6 del 9.1.16)

Art. 1.

1. È confermato il riconoscimento del carattere scientifico dell’IRCCS di diritto pubblico “Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori Fondazione G. Pascale” relativamente alla sede di Napoli, via Mariano Semmola, per la disciplina di “oncologia”.

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

Roma 9 dicembre 2015

Il Ministro: LORENZIN

DECRETO 9 dicembre 2015 - Conferma del riconoscimento del carattere scientifico, dell’IRCCS di diritto privato all’«Istituto Neurologico Mediterraneo Neuromed», in Pozzilli, per la disciplina di «neuroscienze». GU n. 6 del 9.1.16)

Art. 1.

1. È confermato il riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS di diritto privato "Istituto neurologico mediterraneo neuromed" con sede legale in Pozzilli (IS) via Atinense 18, per la disciplina di "neuroscienze".

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

Roma, 9 dicembre 2015

Il Ministro: LORENZIN

PANORAMA REGIONALE

Bollettini Ufficiali regionali pervenuti al 13 GENNAIO 2016, arretrati compresi

AGRICOLTURA SOCIALE

LAZIO

DGR 22.12.15, n. 757 - Approvazione del progetto: "Polo per l'Economia Sociale, welfare generativo e agricoltura sociale attraverso il recupero e il rilancio dell'area di Castel di Leva". (BUR n. 1 del 5.1.16)

Note

INTRODUZIONE NORMATIVA

Lo statuto della Regione Lazio, in particolare, all'art. 7 comma 1, dispone che la Regione, ispirandosi al principio di solidarietà, persegue l'obiettivo della tutela delle fasce più deboli della popolazione, promuovendo e sostenendo iniziative e attività di utilità sociale;;

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

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

La legge regionale del 9 settembre 1996, n. 38 “Riordino, programmazione e gestione degli interventi e dei servizi socioassistenziali nel Lazio” e successive modificazioni;

Legge regionale del 27 giugno 1996, n. 24, “Disciplina delle Cooperative Sociali” e successive modificazioni;

La legge regionale del 6 agosto 1999, n. 14 “Organizzazione delle funzioni a livello regionale e locale per la realizzazione del decentramento amministrativo”;

Decreto legislativo del 24 marzo 2006, n. 155, “Disciplina dell’impresa sociale, a norma della legge 13 giugno 2005, n. 118”;

La Regione, in attuazione dei principi sanciti dall’art. 7 dello statuto regionale, ha istituito con la legge finanziaria del 17 febbraio 2005 n. 9, art. 13, commi nn. 5 e 6, un apposito fondo denominato “Fondo per l’incentivazione dell’impresa sociale al fine di promuovere interventi per il sostegno e la qualificazione delle imprese sociali all’interno del territorio regionale”.

Con la DGR del 20 aprile 2012 è stata disposta l’“Approvazione del Progetto "Rafforzare le Imprese Sociali nelle direzioni della sostenibilità e della qualità dei servizi di interesse pubblico" proposto dalla Finanziaria laziale di sviluppo S.p.A. - FILAS, finanziato con le economie annualità 2005 - 2006 - 2007 - 2008 del "Fondo per l'incentivazione dell'impresa sociale".

L.R. 9/2005, art. 13” “Incentivi per l’impresa sociale”;

LE PRIORITA’ DELLA REGIONE

Tra le priorità della Regione Lazio vi è quella di promuovere l’innovazione e lo sviluppo di imprese sociali emergenti e di cooperative già costituite, migliorando la qualità dei prodotti e dei servizi offerti, contribuendo allo snellimento dei processi di valorizzazione dei prodotti e dei servizi erogati conformandoli agli *standard* e agli indicatori europei di settore attraverso concrete misure di sostegno per la realizzazione di servizi e prodotti qualificati tali da fornire l’adozione di soluzioni organizzative orientate alla competitività e al miglioramento continuo.

LE CONSEGUENTI NECESSITA’

Viene ravvisata la necessità di predisporre anche interventi mirati alla creazione di imprese sociali e di *start-up* soprattutto nelle aree urbano rurali e rurali, avvalendosi dell’intervento di incubatori e acceleratori d’impresa tali da creare in modo sistematico incentivi alla buona imprenditorialità sociale e all’occupazione finalizzando per la realizzazione di un progetto articolato il totale delle economie risultanti dai finanziamenti dal 2005 al 2008 previsti dalla citata legge regionale del 17 febbraio 2005, n. 9, art. 13, senza quindi oneri aggiuntivi per l’amministrazione .

Viene altresì considerata la necessità di promuovere la sperimentazione di modelli innovativi per l’offerta di servizi a sostegno dell’occupabilità delle persone fragili e della migliore qualità della vita di prossimità e in grado di coordinare le risorse umane e finanziarie messe a disposizione a livello locale e di collegarsi altresì alle analoghe esperienze rilevate in altre regioni italiane e a livello europeo.

LE RACCOMANDAZIONI IN EUROPA

Le raccomandazioni del Comitato Economico Sociale Europeo sull’imprenditoria sociale e impresa sociale, nell’esaminare le possibili iniziative da adottare per promuovere l’imprenditoria sociale, auspicano di inquadrare questa forma di imprenditoria nel più ampio concetto di impresa sociale, considerato che è essenziale garantire un adeguato sostegno in tutte le diverse fasi del suo ciclo di vita.

IL RUOLO DELL’IRAS

Con la nota del Presidente Istituti Riuniti Assistenza Sociale di Roma (IRAS) del 1 ottobre 2014 prot. n. 2249, acquisita agli atti, si propone alla Regione Lazio l’utilizzo delle strutture e dei terreni site in Roma via Castel di Leva 406/416 per la realizzazione di servizi socio assistenziali.

IL RILANCIO DELL'AREA CASTEL DI LEVA

Il progetto denominato “Polo per l'Economia Sociale, welfare generativo e agricoltura sociale prevede il recupero e il rilancio dell'area di Castel di Leva”. parte integrante della presente delibera, di rilevante interesse regionale nella materia sociale.

il suindicato progetto, propone di recuperare, valorizzare e rilanciare l'area agricola di Castel di Leva attraverso la creazione del “Polo per l'Economia Sociale, welfare generativo e agricoltura sociale”.

L'APPROVAZIONE DEL PROGETTO

Viene approvato il Progetto “Polo per l'Economia Sociale, welfare generativo e agricoltura sociale” attraverso il recupero e il rilancio dell'area di Castel di Leva, allegato alla presente deliberazione e di essa facente parte integrante, finalizzando alla realizzazione dello stesso il totale delle economie risultanti dai finanziamenti per gli anni 2005-2006-2007-2008, della L.R. n.9/2005 – Art 13 “Incentivi per l'impresa sociale” senza quindi oneri aggiuntivi per l'amministrazione;

Allegato

Polo per l'Economia Sociale, welfare generativo e agricoltura sociale attraverso il recupero e il rilancio dell'area di Castel di Leva

Premessa

E' stato ampiamente sperimentato che le attività agricole permettono di realizzare percorsi terapeutici, riabilitativi e di integrazione lavorativa di persone svantaggiate. Una vasta letteratura soprattutto di provenienza anglosassone dà conto di tali risultati.

Del resto era già noto da tempo che l'agricoltura fosse un contesto inclusivo di soggetti fragili. Una prima caratteristica che rende l'agricoltura un contesto potenzialmente inclusivo di soggetti con difficoltà riguarda l'organizzazione aziendale.

L'impresa agricola si caratterizza, infatti, per una duttilità ed una versatilità che sono difficilmente riscontrabili in unità produttive di altri settori. Inoltre, le attività che si svolgono in campagna possono essere scelte tra un ventaglio molto ampio di possibilità che include attività in pieno campo e al coperto, di coltivazione e di allevamento, a ciclo breve o a ciclo lungo, ecc.

Le stesse modalità con cui può essere svolto un processo produttivo sono molteplici e nella prospettiva di un'agricoltura che punti a conseguire risultati sociali – qual è appunto il coinvolgimento attivo di persone con svantaggio nei lavori agricoli - è possibile riattivare tecniche di produzione che in una logica meramente economica risulterebbero inefficienti.

Molti altri aspetti rendono l'attività agricola assolutamente unica nei percorsi di inclusione di soggetti deboli: il senso di responsabilità che matura quando ci si prende cura di organismi viventi; i ritmi di produzione non incalzanti; la non aggressività delle piante e di molti animali da allevamento; la varietà dei lavori, quasi mai ripetitivi. Queste peculiarità caratterizzano l'agricoltura sociale, la cui pratica non è nuova nel nostro paese.

La recente approvazione della Legge 18 agosto 2015, n. 141 “Disposizioni in materia di agricoltura sociale” implica l'approvazione di una serie di adempimenti che non rendono più rinviabile l'elaborazione di una specifica normativa regionale che recuperi e ribadisca i concetti e le disposizioni contenuti nella legge nazionale e valorizzi le esperienze significative presenti nel Lazio per fornire un valido supporto allo sviluppo e alla promozione dell'agricoltura sociale nella nostra Regione, anche nel quadro della Strategia Europa 2020.

Finalità

In questo contesto la creazione del **“Polo per l'Economia Sociale, welfare generativo e agricoltura sociale”**, ha come finalità, non solo il recupero, la valorizzazione e rilancio dell'area agricola di Castel di Leva (Roma), ma diviene un **modello di intervento** che anticipa la proposta normativa da sottoporre al Consiglio Regionale, alla luce delle seguenti linee di indirizzo:

1. **Promozione di inclusione sociale** attraverso percorsi integrati e multidimensionali di inclusione lavorativa attiva delle persone maggiormente vulnerabili, (persone con disabilità, ai sensi dell'Art 1 Comma 1 della legge 68/1999; persone svantaggiate, ai sensi dell'Art. 4 Comma 9 della legge 381/91; vittime di violenza o grave sfruttamento e a rischio di discriminazione; altri soggetti

comunque presi in carico dai servizi sociali). Inserimento socio-lavorativo di minorenni in età lavorativa, inseriti in progetti in ambito educativo e di riabilitazione sociale.

2. Sviluppo di prestazioni e servizi socio-sanitari - abilitativi in affiancamento a percorsi terapeutici e riabilitativi, anche attraverso l'ausilio di animali, la coltivazione delle piante e altre pratiche tipiche dell'agricoltura, con particolare attenzione alla valorizzazione della persona vulnerabile come portatrice di competenze e specificità piuttosto che come elemento improduttivo da compensare. Saranno, in tal senso, finalizzati protocolli di ricerca e sperimentazione innovativi in collaborazione con Università ed Enti al fine di misurare l'impatto terapeutico delle pratiche adottate (si pensi al trattamento degli autismi, all'inclusione delle persone con dipendenze...)

3. Integrazione con i programmi in materia di sostegno alle famiglie e lotta alla povertà, adottando modelli basati sullo sviluppo di capacità individuali e comunitarie e destinati a specifici gruppi target con particolare focalizzazione sulla vulnerabilità dei nuclei familiari in presenza di minori e delle madri sole con bambini, promuovendo iniziative integrate attraverso l'agricoltura.

4. Interconnessione fra produzione, ricerca e formazione:

a. *nel campo dell'innovazione agricola*, ad es. con la riscoperta di antichi sementi e/o modalità di produzione che mettano a disposizione del consumatore prodotti che ne esaltino le qualità organolettiche e che recuperino sapori perduti e stimolando la ricerca di pratiche agricole con il supporto di nuove tecnologiche in linea con la strategia indicata dalle linee programmatiche di Europa 2020;

b. *nel campo dell'innovazione sociale*, sperimentando forme di erogazione di servizi e di sviluppo di reti civili in linea con le Sfide Sociali definite dall'UE.

5. Accorciamento della filiera produttiva attraverso

a. la promozione del consumo a Km zero con la diffusione della conoscenza dei luoghi di produzione dell'agricoltura sociale;

b. il sostegno a "farmer market" autorganizzati dai produttori locali;

c. la diffusione di specifici marchi dedicati;

d. il supporto all'attivazione di laboratori di trasformazione dei prodotti agricoli coltivati/allevati nei pressi dei luoghi di trasformazione;

e. il sostegno alla diffusione commerciale degli stessi, anche attraverso canali dedicati su supporti web (internet, social media, ecc.) e app per la telefonia mobile.

6. Sostegno ai prodotti

a. *etici*, intesi come risultato di processi di produzione ispirati alla Responsabilità Sociale ed alla cura dell'ambiente e delle comunità

b. *salutari*, intesi come selezione e promozione della produzione e distribuzione di tutti quegli alimenti che hanno effetti positivi sulla salute individuale o che non comportano effetti negativi.

7. Supporto alle attività di agricoltura sociale attraverso azioni di accompagnamento e assistenza tecnica per l'attuazione dei commi 5 e 6 dell'art. 2 della Legge 141/2015, lo sviluppo di forme di integrazione del reddito agricolo con le risorse provenienti dalle attività di turismo sociale, educative (agri nidi, fattorie didattiche, parchi – gioco dedicati a temi ambientali e naturalistici, ecc.) e di accoglienza, ai sensi delle diverse normative vigenti, nonché attraverso lo sviluppo di imprese sociali innovative.

8. Integrazione fra agricoltura sociale ed energie rinnovabili attraverso

a. l'implementazione delle buone prassi di abbassamento dei livelli di inquinamento per la produzione di energia con la creazione di centrali di energia a biomasse atte all'autoconsumo e/o la vendita di energia per la creazione di reddito;

b. la promozione nelle aziende agricole di punti di conferimento di materiale vegetale idoneo a tale scopo o a scopi comunque legati all'energia e all'agricoltura (compost, attivatori biologici, biomasse, pellet etc).

9. **Valutazione strutturale degli esiti degli interventi** attraverso metodologie articolate e multi-criterio ispirate agli orientamenti europei in materia di misurazione dell'efficacia e dell'impatto sociale.

10. **Sviluppo di modelli innovativi** di programmazione colturale, distributiva e produttiva in applicazione dei principi dell'**economia circolare e della sostenibilità** dei singoli contributi puntando all'eliminazione virtuale dei rifiuti .

Articolazione

1 – Valorizzazione del sito

A - Custodia e manutenzione dell'area e dei manufatti

B - Avvio della produzione agricola

C – Avvio di laboratori di Trasformazione

D –Avvio di laboratori di produzione Laboratori

E - Mappatura dei prodotti dell'Agricoltura Sociale nel Lazio e stesura di un catalogo finalizzato alla

valorizzazione dell'offerta.

F - Commercializzazione diretta e creazione di un Hub informatico

2 – Individuazione del metodo, dei criteri e dei soggetti interessati alla creazione di una fondazione di comunità

A- Animazione territoriale e tematica

B- Individuazione degli interlocutori della fondazione

C- Costruzione della fondazione

D- Definizione del ruolo e delle azioni in capo alla fondazione

3 Individuazione della partnership che realizzerà le attività prima elencate attraverso l'approccio "*bottom-up*", cioè con il pieno protagonismo delle realtà territoriali che costituiranno un partenariato con il compito di elaborare e realizzare a livello locale una strategia di sviluppo pilota, innovativa, multisettoriale e integrata.

Si dovrà quindi curare la concreta e fattiva partecipazione degli attori coinvolgibili nelle attività da realizzare a Castel di Leva non escludendo nessuno dei possibili partecipanti ma favorendo, al tempo stesso, la selezione di un partenariato in grado di realizzare e consolidare le iniziative previste.

4 Elaborazione di un bando di manifestazione di interesse per la costituzione del partenariato; i soggetti proponenti il raggruppamento dovranno dimostrare di avere le capacità, l'esperienza e la professionalità necessaria per la programmazione e gestione dell'area di Castel di Leva, promuovendo l'approccio dal basso e la progettazione intersettoriale; quindi, sviluppo agricolo sostenibile ed inclusione sociale devono essere gli assi su cui si basa una visione di sviluppo di quel territorio nel suo complesso, in tutte le sue componenti economiche, comprese le valenze sociali e ambientali, tenendo conto delle vocazioni esistenti.

5 Sostegno alla costituzione di un Ente gestore, che potrà avere la forma di Fondazione di Comunità o di Contratto di Rete oppure di altra forma giuridica che salvaguardi due caratteristiche distintive, la Rete e la cooperazione, intesi come strumenti capaci di promuovere il confronto, lo scambio di informazioni, metodi e soluzioni e favorendo il passaggio delle innovazioni.

Tutto ciò al fine di definire un **Modello di gestione** delle iniziative di agricoltura sociale da realizzare nella Regione Lazio che diventi un punto di riferimento per il sistema delle politiche di sviluppo sostenibile e di lotta all'emarginazione sociale.

AMMINISTRAZIONE REGIONALE

LAZIO

Determinazione del Segretario Generale 22 dicembre 2015, n. 795 - Ricerca di professionalità per il conferimento dell'incarico di componente dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) del Consiglio regionale del Lazio. (BUR n. 1 del 5.1.16)

Note

Viene approvato l'“Avviso di ricerca di professionalità per la nomina di un componente dell'Organismo indipendente di valutazione del Consiglio regionale del Lazio” di cui all'allegato A alla presente determinazione;

“Avviso di ricerca di professionalità per la nomina di un componente dell'Organismo indipendente di valutazione del Consiglio regionale del Lazio”

Art. 1

Indizione della procedura di ricerca della professionalità

1. E' indetta la procedura, mediante avviso pubblico, di ricerca di professionalità per la nomina di un componente dell'Organismo indipendente di valutazione (OIV) del Consiglio regionale del Lazio secondo le modalità di cui al presente avviso.

Art. 2

Requisiti di partecipazione

1. Ai sensi dell'articolo 115 ter, comma 1, dell'allegato A alla deliberazione dell'Ufficio di presidenza 29 gennaio 2003, n. 3 “Regolamento di Organizzazione del Consiglio Regionale” e successive modifiche, di seguito denominato Regolamento, possono presentare domanda per la nomina di cui all'articolo 1, i soggetti che siano in possesso dei seguenti requisiti:

- a) cittadinanza italiana o di uno dei Paesi appartenenti all'Unione europea;
- b) età non superiore a quella prevista dalla normativa vigente per il collocamento in quiescenza ad eccezione dei magistrati ordinari, amministrativi e contabili, degli avvocati e dei procuratori dello Stato purché l'incarico sia a titolo gratuito;
- c) laurea magistrale, laurea specialistica o laurea quadriennale, se conseguita nel previgente ordinamento, in ingegneria gestionale, economia e commercio, scienze politiche o giurisprudenza o lauree equivalenti. Per coloro che sono in possesso di altra laurea magistrale, specialistica o del vecchio ordinamento, è richiesto, inoltre, un titolo di studio post universitario in materia di organizzazione e di personale della pubblica amministrazione, del management, della pianificazione e del controllo di gestione, o della misurazione e valutazione delle performance. Sono validi i titoli equivalenti rilasciati in altri paesi dell'Unione europea. In alternativa al titolo di studio post universitario per coloro che sono in possesso di altra laurea magistrale, specialistica o del vecchio ordinamento, è richiesta un'esperienza di cui alla lettera d) di almeno cinque anni;
- d) esperienza di almeno tre anni, in posizioni di responsabilità, anche presso aziende private, nel campo del management, della pianificazione e del controllo di gestione, dell'organizzazione e della gestione del personale, della misurazione e valutazione della performance e dei risultati, ovvero nel campo giuridico – amministrativo, tenendo anche conto dei compiti che derivano dall'applicazione della legge 6 novembre 2012, n. 190 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione” e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- e) in relazione alla natura e ai compiti del Consiglio regionale, di adeguate competenze e capacità manageriali e relazionali, dovendo promuovere i valori del miglioramento continuo della performance e della qualità del servizio, nonché della trasparenza e della integrità;
- f) ottima e comprovata conoscenza della lingua inglese e, se di cittadinanza non italiana, di una eccellente e comprovata conoscenza della lingua italiana;
- g) buone e comprovate conoscenze informatiche.

2. Al fine di salvaguardare la caratteristica di indipendenza dell'OIV, non possono essere nominati componenti dell'OIV coloro che:

- a) esercitano funzioni amministrative e gestionali nel Consiglio regionale o nella Giunta regionale, nonché coloro che sono assegnati presso le strutture di diretta collaborazione di cui al titolo II del Regolamento e al titolo II del Regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 (Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale);

- b) ricoprono ruoli o comunque incarichi presso società o enti controllati dalla Regione;
- c) rivestono incarichi pubblici elettivi o cariche in partiti politici o in organizzazioni sindacali ovvero che abbiano rapporti continuativi di collaborazione o di consulenza con le predette organizzazioni ovvero che abbiano rivestito simili incarichi o cariche o che abbiano avuto simili rapporti nei tre anni precedenti la nomina;
- d) hanno legami di parentela o affinità entro il quarto grado con i dirigenti delle strutture amministrative del Consiglio regionale o della Giunta regionale o con i soggetti di cui alla lettera c) del presente comma;
- e) si trovino, nei confronti dell'amministrazione, in una situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi propri, del coniuge, di conviventi, di parenti ed affini entro il secondo grado;
- f) siano stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale;
- g) ricoprono l'incarico di responsabile della struttura del Consiglio regionale o della Giunta regionale competente in materia di prevenzione della corruzione;
- h) abbiano riportato una sanzione disciplinare superiore alla censura;
- i) siano magistrati o avvocati dello Stato che svolgono le funzioni nell'ambito territoriale regionale;
- l) abbiano svolto non episodicamente attività professionale in favore o contro l'amministrazione regionale;
- m) siano stati motivatamente rimossi dall'incarico di componente di organismi di valutazione prima della scadenza del mandato;
- n) siano revisori dei conti della Regione Lazio;
- o) siano componenti di altri organismi di valutazione.

Art. 3

Elementi di valutazione

1. Ai fini della nomina dei componenti dell'OIV, costituiscono elementi di valutazione l'aver svolto studi o stage all'estero riconosciuti in Italia. Sono altresì valutabili i titoli di studio, nelle materie di cui all'articolo 2 comma 1, lettera c), conseguiti successivamente al diploma di laurea e rilasciati da istituti universitari italiani o stranieri o da primarie istituzioni formative pubbliche. Ai fini della ponderazione del titolo, è necessario distinguere, tra titoli conseguiti all'esito di un percorso formativo di durata comunque superiore a quella annuale (dottorato di ricerca, master di II livello, corsi di specializzazione) e altri titoli di specializzazione.

Art. 4

Presentazione delle domande

1. La domanda, redatta in carta semplice e debitamente sottoscritta, dovrà essere presentata nel termine perentorio del ventesimo giorno decorrente dal giorno successivo a quello di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino ufficiale della Regione Lazio, in una delle seguenti modalità:

- a) in plico chiuso inviato a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno al CONSIGLIO REGIONALE DEL LAZIO – SEGRETERIA GENERALE, Via della Pisana n. 1301, 00163 Roma, con indicazione sul retro della busta della seguente dicitura: “Avviso di ricerca di professionalità per la nomina di un componente dell'Organismo indipendente di valutazione del Consiglio regionale del Lazio”. In tal caso farà fede la data del timbro postale di accettazione;
- b) in plico chiuso indirizzato a: CONSIGLIO REGIONALE DEL LAZIO – SEGRETERIA GENERALE, Via della Pisana n. 1301, 00163 Roma, consegnato a mano presso l'accettazione corrispondenza del Consiglio regionale del Lazio, con indicazione sul retro della busta della seguente dicitura: “Avviso di ricerca di professionalità per la nomina di un componente dell'Organismo indipendente di valutazione del Consiglio regionale del Lazio”, dal lunedì al giovedì dalle ore 8,00 alle ore 17,30, il venerdì dalle ore 8,00 alle ore 16,00. In tal caso, fa fede la data del timbro di accettazione corrispondenza apposta dall'ufficio postale del Consiglio regionale del Lazio;
- c) in allegato alla e-mail inviata a mezzo di posta elettronica certificata, al seguente indirizzo: segreteria generale@cert.consreglazio.it L'oggetto della e-mail deve contenere la seguente dicitura:

“Avviso di ricerca di professionalità per la nomina di un componente dell’Organismo indipendente di valutazione del Consiglio regionale del Lazio”. In tal caso fa fede la data e l’ora di invio risultante dalla ricevuta di consegna del certificatore.

2. Nei casi di presentazione della domanda con le modalità di cui al comma 1, lettere b) e c), il termine orario entro il quale presentare la domanda è, rispettivamente, quello dell’orario di chiusura dell’accettazione corrispondenza e quello delle ore 23,59.

3. Qualora il termine per la presentazione della domanda cada in un giorno festivo, lo stesso è prorogato di diritto al giorno seguente non festivo.

4. Nella domanda di cui al comma 1 i candidati devono riportare, a pena di esclusione, le proprie generalità e il recapito per le eventuali comunicazioni e, nel rispetto delle disposizioni di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 "Disposizioni legislative in materia di documentazione amministrativa", la dichiarazione di non trovarsi in situazioni di inconfirabilità e l’indicazione delle eventuali cause di incompatibilità con l’impegno a definirle in caso di nomina.

5. Il Consiglio regionale del Lazio non assume alcuna responsabilità per la mancata ricezione della domanda dovuta a cause non imputabili all’amministrazione.

6. Le domande presentate oltre il termine di cui ai commi 1 e 2 non sono prese in considerazione.

Art. 5

Curriculum

1. Al fine di consentire la valutazione dei titoli e degli elementi di valutazione di cui agli articoli 2 e 3, i candidati devono allegare alla domanda di cui all’articolo 4 il proprio curriculum vitae, debitamente sottoscritto in ogni sua pagina, ed i relativi allegati nel rispetto delle disposizioni di cui al d.p.r. 445/2000 in materia di autocertificazione e di dichiarazioni sostitutive a pena di esclusione.

Art. 6

Nomina

1. Ai sensi dell’articolo 115 bis del Regolamento, i componenti dell’OIV sono nominati dall’Ufficio di presidenza con propria deliberazione, nel rispetto, di norma, del principio delle pari opportunità, durano in carica tre anni e possono essere rinnovati nella carica una sola volta.

2. Ai fini della nomina del componente dell’OIV, si tiene conto dei requisiti professionali posseduti dai candidati, accertati attraverso una valutazione comparativa dei curriculum e di un eventuale colloquio. La deliberazione dell’Ufficio di presidenza di cui al comma 1, è trasmessa al Dipartimento della funzione pubblica unitamente al curriculum del candidato, alla dichiarazione relativa all’assenza di cause di incompatibilità. È altresì trasmessa una relazione motivata dalla quale risultino le ragioni della scelta effettuata dall’amministrazione con riferimento ai requisiti valutati, gli esiti della procedura comparativa espletata e il compenso previsto per lo svolgimento dell’incarico.

Art. 7

Compenso

1. Ai sensi di quanto stabilito alla lettera b), del numero 3) del dispositivo della deliberazione dell’Ufficio di presidenza 21 novembre 2013, n. 81, a ciascun componente dell’OIV spetta il compenso onnicomprensivo annuo lordo di diciannovemila euro.

Art. 8

Revoca e decadenza dall’incarico

1. L’Ufficio di presidenza, in caso di gravi inadempienze da parte dell’OIV, può, con provvedimento motivato, ai sensi dell’articolo 115 ter, comma 4, del Regolamento, deciderne lo scioglimento anticipato.

2. I componenti dell’OIV che ingiustificatamente sono assenti a tre sedute consecutive, sono, ai sensi dell’articolo 115 sexies, comma 3, dichiarati automaticamente decaduti. La decadenza è pronunciata dall’Ufficio di presidenza.

Art. 9

Trattamento dei dati personali

1. Ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 i dati personali forniti dai candidati saranno utilizzati dal Consiglio regionale del Lazio per il procedimento di conferimento dell'incarico ed eventualmente trattati con strumenti informatici anche per l'eventuale gestione del rapporto derivante dall'incarico.

Il Segretario generale

F.to cons. Stefano Toschei

ANZIANI

PIEMONTE

DGR 9.12.15, n. 30-2567 - Sottoscrizione della Regione Piemonte di una dichiarazione d'impegno collaborativo con la rete dei Siti di Riferimento (Reference Site) del Partenariato Europeo per l'innovazione in tema di invecchiamento sano e attivo (European Innovation Partnership - Active and Healthy Ageing). (BUR n. 1 dell'8.1.15)

Note

Viene preso atto della partecipazione della Regione Piemonte alla Rete europea dei Siti di Riferimento sull'invecchiamento sano e attivo;

European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (EIP -AHA) Partenariato europeo di innovazione per l'invecchiamento sano e attivo Dichiarazione di Impegno tra

i Siti di riferimento e la Rete di Collaborazione dei Siti di Riferimento

(Reference Sites Collaborative Network)

Il Sito di riferimento per il partenariato di innovazione per l'invecchiamento sano e attivo della Regione Piemonte, si impegna ad affrontare le sfide poste da una popolazione che invecchia e sostiene l'obiettivo della Commissione Europea di aumentare l'aspettativa di vita dei cittadini europei di 2 anni entro l'anno 2020.

Per raggiungere questo obiettivo, si intende intraprendere attività che consentiranno tre obiettivi di successo per la nostra Regione e per l'Europa:

1. aiutare i cittadini europei a condurre una vita attiva, indipendente ed in salute nella fase dell'invecchiamento;
2. migliorare la sostenibilità e l'efficienza dei sistemi socio-sanitari;
3. rilanciare e incentivare la competitività dei mercati per i prodotti innovativi e i servizi che rispondono alle sfide dell'invecchiamento sia a livello europeo, sia globale, creando così nuove opportunità di mercato e lavoro.

Siamo consapevoli che la sanità costituisce una crescente preoccupazione per le politiche regionali ed europee, e che la collaborazione è un elemento essenziale per la condivisione di informazioni, risorse, conoscenze e buone pratiche, soprattutto per quanto riguarda tematiche pressanti, quali, per esempio, la mobilità dei pazienti all'interno dell'Unione.

In questo contesto, come Sito di Riferimento, condividiamo la volontà di lavorare insieme agli altri Siti e Regioni in Europa, in modo da facilitare una riflessione congiunta ed un'azione comune per la condivisione e la trasferibilità delle buone pratiche, per lo sviluppo e la contestualizzazione di strategie e politiche sanitarie e di modelli di offerta dei servizi.

Per raggiungere questi obiettivi riconosciamo i benefici di un lavoro congiunto e comune con la Rete Europea dei Siti di Riferimento.

Attraverso questa collaborazione con altri Siti di riferimento, nuovi Siti candidati e altre Regioni europee, si cercherà, con mutua e fattiva cooperazione, di sviluppare e promuovere aree di buone pratiche e soluzioni innovative che contribuiscano ad ottenere migliori risultati di salute per i nostri cittadini e a determinare una crescita economica sostenibile e la creazione di posti di lavoro.

Useremo il forum della Rete di Collaborazione tra Siti di riferimento per contribuire al dibattito generale con le istituzioni europee, al fine di ottimizzare le possibilità di condividere sistemi sanitari

solidi e sostenibili, nel rispetto delle diverse competenze e responsabilità nell'organizzazione diretta dei servizi sanitari afferenti ai singoli Stati Membri e alle Regioni.

Nel lavoro congiunto tra Reference Site, mireremo a:

- condividere reciprocamente esperienze nello sviluppo di strategie sanitarie e modelli di offerta dei servizi, con la prospettiva di elaborare approcci a buone pratiche basate sulle evidenze che possano essere trasversali per i Siti di riferimento e le regioni;
- identificare opportunità laddove lo sviluppo di approcci e soluzioni innovative possa contribuire a miglioramenti negli esiti di salute per i cittadini e a una crescita economica sostenibile;
- valutare se ogni buona pratica è pronta per essere applicata ad altri contesti europei, oppure se siano necessarie ulteriori valutazioni e sperimentazioni – per ottenere il meglio fra il meglio, per adottare e replicare le buone pratiche con un mandato forte o rimandare a ulteriori valutazioni laddove non ci siano ancora prove sufficienti;
- attraverso la nostra esperienza e conoscenza, lavorare con altre Regioni che abbiano intenzione di sviluppare pratiche e proporsi come Siti di riferimento;
- identificare e affrontare questioni trasversali rispetto ai 3 pilastri EIP-AHA e considerare come i diversi elementi possano essere combinati per fornire un quadro d'insieme;
- comunicare con la Commissione Europea e rispondere allo sviluppo di politiche europee da una prospettiva regionale;
- fornire alla Commissione una prospettiva regionale e locale sulla sanità, di alta qualità, e fornire assistenza, da una prospettiva sia operativa sia strategica, nel processo di sviluppo di nuove politiche, programmi ed iniziative, nell'ambito degli obiettivi della EIP-AHA;
- continuare a sviluppare collaborazioni già esistenti, o nuove, con i componenti della Rete di Siti di riferimento, laddove ci siano obiettivi condivisi e aree di comune interesse, con il fine di identificare progetti adatti alle necessità di sviluppare nuove soluzioni;
- collaborare su progetti congiunti, sia con risorse proprie, sia per formare partenariati in bandi per finanziamenti europei, includendo gli appalti precommerciali e gli appalti pubblici di soluzioni innovative;
- sviluppare e mantenere relazioni con altri forum europei quali ERRIN e CORAL, laddove ci siano benefici reciproci per le rispettive organizzazioni.

Inoltre, ci impegneremo ad elaborare e concordare un protocollo d'intesa tra i singoli Siti di riferimento e la Rete dei Siti di riferimento, entro 6 mesi, a decorrere dalla firma della presente Dichiarazione di Impegno, al fine di formalizzare i rapporti e gli obiettivi delineati con la presente Dichiarazione.

Il suddetto documento includerà la messa in atto degli accordi necessari di gestione e governo della rete che garantiscano la supervisione e il coordinamento. Concordiamo altresì di istituire un Comitato di Gestione e un Segretariato che rappresentino i Siti di riferimento, per sostenere l'avvio di azioni immediate, fino alla formalizzazione dell'accordo del protocollo d'intesa e nelle fasi successive.

La presente Dichiarazione di Impegno non comporta il conferimento ai partecipanti di diritti o obbligazioni legali, poiché non costituisce un accordo internazionale e non genera diritti e obbligazioni nel quadro del diritto internazionale.

Firmato per il SR / Regione

Data:

Firmato per conto della Rete di Collaborazione dei SR

Data:

BILANCIO

CALABRIA

L.R. 28.12.15, n. 32 - Bilancio di previsione finanziario della regione Calabria per gli anni 2016-2018

EMILIA-ROMAGNA

L.R. 29.12.15, n. 24 Bilancio di previsione della regione Emilia-Romagna 2016-2018

LAZIO

L.R. 31.12.15, n. 17 - Legge di stabilità regionale 2016. (BUR n. 105 del 31.12.15)

NB

Si riportano gli articoli ritenuti di maggior interesse per PANORAMA LEGISLATIVO ISTISSS, rinviando per il resto alla lettura integrale del provvedimento

Art. 1

(Leggi regionali di spesa e misure di controllo della spesa regionale)

1. Alla presente legge sono allegati:

a) l'elenco delle leggi regionali di spesa vigenti suddivise per missioni e programmi, con esclusione di quelle di cui alla lettera b), con l'indicazione dei relativi stanziamenti a valere sul bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2016-2018, in conformità al decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 (Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42) e successive modifiche;

b) l'elenco delle leggi regionali di spesa approvate nel corso della X legislatura, con l'indicazione per ciascuna legge del relativo stanziamento ed eventualmente del carattere continuativo degli oneri recati a valere sul bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2016-2018, in rapporto al bilancio a legislazione vigente.

2. In coerenza con quanto previsto dall'articolo 17 della legge 31 dicembre 2009, n. 196 (Legge di contabilità e finanza pubblica) e successive modifiche, l'autorizzazione di spesa stabilita da specifiche leggi regionali che prevedono l'attuazione di interventi vari si intende come limite massimo di spesa.

3. Ai fini dell'applicazione delle disposizioni di cui al comma 2, alla legislazione vigente alla data di entrata in vigore della presente legge, per l'individuazione dei limiti degli oneri finanziari si assumono i rispettivi stanziamenti iscritti nel bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2016-2018.

Art. 2

(Disposizioni in materia di addizionale regionale all'Imposta sul reddito delle persone fisiche - IRPEF)

1. All'articolo 2 della legge regionale 30 dicembre 2014, n. 17 (Legge di stabilità regionale 2015) sono apportate le seguenti modifiche:

a) al comma 1, le parole: "l'anno d'imposta 2015" sono sostituite dalle seguenti: "gli anni di imposta 2015 e 2016";

b) al comma 2, in fine, sono aggiunte le seguenti parole: "e per l'anno 2016 in 216.778.053 euro";

c) al comma 3, le parole: "l'anno d'imposta 2015" sono sostituite dalle seguenti: "gli anni di imposta 2015 e 2016".

2. Agli oneri di cui al presente articolo si provvede mediante il "Fondo per la riduzione strutturale della pressione fiscale", iscritto nel programma 03 "Gestione economica, finanziaria e di provveditorato" della missione 01 "Servizi istituzionali, generali e di gestione", la cui dotazione finanziaria è determinata, per l'anno 2016, ai sensi dell'articolo 8, comma 9, della legge regionale 30 dicembre 2013, n. 13 (Legge di stabilità regionale 2014) e nel rispetto di quanto ivi previsto, in euro 216.778.053,00.

Art. 3

(Ottimizzazione nella gestione delle disponibilità liquide a livello regionale)

1. Ai fini della tutela dell'unità economica e del coordinamento della finanza pubblica a livello regionale, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, i tesoriери o cassieri degli enti pubblici dipendenti dalla Regione di cui all'articolo 55 dello Statuto e delle società controllate dalla Regione provvedono a versare il 50 per cento delle disponibilità liquide depositate presso gli stessi su apposite contabilità speciali fruttifere aperte dalla Regione. Il versamento della quota rimanente deve essere effettuato alla data del 30 aprile 2016. Gli enti pubblici dipendenti dalla Regione e le società controllate provvedono al riversamento presso i tesoriери e cassieri delle somme depositate presso soggetti diversi dagli stessi tesoriери o cassieri entro il 31 marzo 2016. Sono fatti salvi eventuali versamenti già effettuati alla data di entrata in vigore della presente legge.
2. A fronte della conclamata e documentata impossibilità di riscuotere per l'intero crediti derivanti da qualsiasi titolo, ivi compresi i titoli esecutivi nascenti da sentenze passate in giudicato, tenuto conto degli aspetti oggettivi e soggettivi del debitore e previo parere dell'Avvocatura della Regione, le amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche) e successive modifiche, possono stipulare atti di transazione con i soggetti debitori, nella misura non inferiore al 45 per cento del credito originario.
3. La Regione garantisce l'operatività dei tesoriери o cassieri degli enti pubblici dipendenti e delle società controllate dalla Regione di cui al comma 1. Con deliberazione della Giunta regionale, previa comunicazione alla commissione consiliare competente, sono definite le modalità con cui gli enti pubblici dipendenti e le società controllate dalla Regione di cui al comma 1 provvedono ad adeguare la propria operatività alle disposizioni di cui al presente articolo.
4. All'articolo 2, comma 22, della legge regionale 30 dicembre 2014, n. 17 (Legge di Stabilità regionale 2015) sono introdotte le seguenti modifiche:
 - a) la parola: "2011" è sostituita dalla seguente: "2014";
 - b) dopo il primo periodo è aggiunto, in fine, il seguente: "Al fine di favorire il rispetto degli equilibri del bilancio regionale, la Giunta regionale è altresì autorizzata, previo parere favorevole della commissione consiliare competente, a porre in essere operazioni di fattorizzazione dei crediti di cui al periodo precedente, ad eccezione dei crediti derivanti dagli accertamenti di cui all'articolo 10 della legge regionale 29 aprile 2013, n. 2, in materia di esenzione alla compartecipazione dei cittadini alla spesa per prestazioni sanitarie, ovvero operazioni di finanziamento assimilabili, con espressa esclusione, in ogni caso, delle cartolarizzazioni, restando, comunque, inteso che i cessionari dei crediti dovranno essere individuati tramite procedure ad evidenza pubblica, con l'applicazione della normativa vigente."

Art. 4

(Organismo strumentale per gli interventi europei della Regione Lazio. Modifica all'articolo 62 della legge regionale 28 dicembre 2006, n. 27, relativo alla responsabilità sociale delle imprese)

1. Al fine di favorire la gestione finanziaria, il controllo e la rendicontazione e facilitare l'attuazione degli interventi finanziati dalle risorse europee, viene istituito, in conformità alla legislazione statale, l'organismo strumentale per gli interventi europei della Regione Lazio, avente ad oggetto esclusivo la gestione degli interventi europei, dotato di autonomia gestionale e contabile e privo di personalità giuridica senza oneri aggiuntivi sul bilancio regionale.
2. Sono trasferiti all'organismo strumentale di cui al comma 1 tutti i crediti regionali riguardanti le risorse europee e di cofinanziamento nazionale e tutti i debiti regionali agli aventi diritto riguardanti gli interventi europei, risultanti da obbligazioni giuridicamente perfezionate.
3. Il patrimonio dell'organismo strumentale di cui al comma 1 è costituito dal fondo di cassa e dai crediti e dai debiti concernenti gli interventi europei. Per lo svolgimento della propria attività, l'organismo si avvale delle strutture, dei beni ed esclusivamente del personale della Regione, che garantisce l'equilibrio finanziario, economico e patrimoniale dell'organismo medesimo per gli interventi europei.

4. Ove l'organismo strumentale di cui al comma 1 sia diretto da un dirigente, questi è scelto nei ruoli della Regione.

5. Per la gestione dell'organismo strumentale di cui al comma 1 è istituito un apposito conto di tesoreria intestato allo stesso organismo secondo le modalità di cui all'articolo 7 del decreto legislativo 7 agosto 1997, n. 279 (Individuazione delle unità previsionali di base del bilancio dello Stato, riordino del sistema di tesoreria unica e ristrutturazione del rendiconto generale dello Stato) e successive modifiche.

6. La Giunta regionale, sentita la commissione consiliare competente, con proprio atto provvede alla definizione dei criteri e delle modalità di funzionamento dell'organismo strumentale di cui al comma 1 nonché alla relativa disciplina del funzionamento in conformità a quanto previsto dalla normativa statale vigente e individua le misure organizzative necessarie ad assicurare l'attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo.

7. Ai fini di dare effettiva attuazione all'esercizio di controllo e vigilanza ai sensi dell'articolo 23 dello Statuto, la Giunta regionale trasmette semestralmente al Consiglio regionale una relazione dettagliata in merito allo stato di realizzazione dei programmi operativi regionali FESR, FSE e PSR nonché all'attività gestionale dell'organismo strumentale di cui al comma 1. Tale relazione deve contenere specifiche indicazioni sui bandi e sugli affidamenti previsti per il semestre successivo e i relativi criteri di

elaborazione. Entro quindici giorni dalla ricezione della relazione, la commissione consiliare competente può esprimere un parere non vincolante e formulare le relative osservazioni.

8. Al comma 9 dell'articolo 62 della l.r. 27/2006 dopo le parole: "delle imprese" sono aggiunte le seguenti: "che si avvale di una segreteria tecnica nell'ambito dell'osservatorio di competenza".

Art. 5

(Disposizioni varie in materia sanitaria e socio-assistenziale)

1. Dopo il comma 2 dell'articolo 10 della legge regionale 29 aprile 2013, n. 2

(Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2013) è inserito il seguente: "2 bis. In osservanza del recupero forzoso delle somme dovute, è prevista per i casi con importi superiori a euro 500,00 la possibilità di rateizzazione. La Giunta regionale, con propria deliberazione da adottare entro quindici giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, previa acquisizione del parere della commissione consiliare competente, definisce i criteri e le modalità di rateizzazione."

2. Fermi restando gli obblighi di pubblicità previsti dalla normativa statale vigente, in attuazione dei principi di trasparenza e pubblicità, la Regione, il Consiglio regionale e le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere pubblicano sui propri siti istituzionali l'elenco delle ditte appaltatrici e dei soggetti beneficiari dei finanziamenti destinati agli interventi di edilizia e di tecnologie sanitarie con l'aggiornamento dello stato di avanzamento dei lavori fino al loro completamento.

3. Al fine di favorire percorsi riabilitativi e di reinserimento, la Regione istituisce il servizio permanente di interesse regionale inerente alla reintegrazione familiare e sociale, supervisionata dai competenti uffici regionali, del paziente post-comatoso, per il cui svolgimento si avvale anche della collaborazione di associazioni di volontariato operanti nel settore. Agli oneri di cui al presente comma si provvede, a decorrere dall'annualità 2016, mediante l'istituzione nel programma 02 "Interventi per la disabilità" della missione 12 "Diritti sociali, politiche sociali e famiglie" del fondo denominato "Finanziamento del servizio di reintegrazione familiare supervisionata del paziente post-comatoso", nel quale confluiscono le risorse pari ad euro 400.000,00, a valere su ciascuna annualità del triennio 2016-2018, del Programma 11 "Altri servizi generali" della Missione 01 "Servizi istituzionali, generali e di gestione". A decorrere dall'annualità 2019, alla dotazione del fondo suddetto si provvede con legge regionale di bilancio ai sensi dell'articolo 38, comma 1, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 (Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42) e successive modifiche.

4. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale integra la propria deliberazione del 23 dicembre 2004, n. 1305 (Autorizzazione all'apertura ed al funzionamento delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale che prestano servizi socio-assistenziali. Requisiti strutturali ed organizzativi integrativi rispetto ai requisiti previsti dall'articolo 11 della l.r. n. 41/2003) definendo i criteri autorizzativi per il funzionamento ed i requisiti strutturali ed organizzativi dell'istituendo servizio.

Art 6

(Disposizioni in materia di aziende sanitarie locali)

1. Sono istituite le seguenti aziende sanitarie locali (ASL):

a) Azienda sanitaria locale "Roma 1", istituita dalla fusione delle Aziende sanitarie locali "Roma A" e "Roma E", di cui alla legge regionale 16 giugno 1994, n. 18 (Disposizioni per il riordino del servizio sanitario ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere) e successive modifiche;

b) Azienda sanitaria locale "Roma 2", istituita dalla fusione delle Aziende sanitarie locali "Roma B" e "Roma C", di cui alla l. r. 18/1994.

2. L'Azienda sanitaria locale "Roma D" assume la denominazione di Azienda sanitaria locale "Roma 3"; l'Azienda sanitaria locale "Roma F" assume la denominazione di Azienda sanitaria locale "Roma 4"; l'Azienda sanitaria locale "Roma G" assume la denominazione di Azienda sanitaria locale "Roma 5"; l'Azienda sanitaria locale "Roma H" assume la denominazione di Azienda sanitaria locale "Roma 6".

3. Nel rispetto della deliberazione consiliare 3 dicembre 2015, n. 15 (Documento di Economia e Finanza Regionale 2016 – Anni 2016-2018) e in coerenza con quanto previsto dal piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione, secondo i programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, dal 1 luglio 2017, le ASL di cui ai commi 1 e 2 sono rideterminate come segue:

ASL RM1 e ASL RM2 per il territorio di Roma capitale e ASL RM3 e ASL RM4 per il restante territorio della Città metropolitana di Roma Capitale.

4. Sono abrogate le seguenti disposizioni:

a) il comma 24 dell'articolo 2 della legge regionale 30 dicembre 2014, n. 17, relativo a disposizioni per la razionalizzazione e la riduzione della spesa sanitaria;

b) il numero 3) del comma 1 dell'articolo 6 della l.r. 18/1994.

5. La disposizione abrogata dal comma 4, lettera a), continua ad applicarsi agli atti e ai rapporti giuridici sorti sulla base della stessa nonché ai conseguenti atti di esecuzione.

6. Le disposizioni di cui ai commi 1 e 5 non comportano nuovi oneri a carico del bilancio regionale."

7. Decorso un anno dalle fusioni di cui ai commi 1 e 3 le ASL danno atto nella nota integrativa al bilancio dei risparmi derivanti dalla procedura di accorpamento.

Art. 7

(Disposizioni attuative della legge 7 aprile 2014, n. 56 "Disposizioni sulle città metropolitane, sulle province, sulle unioni e fusioni di comuni" e successivo riordino delle funzioni e dei compiti di Roma Capitale, della Città metropolitana di Roma Capitale e dei comuni. Disposizioni in materia di personale)

1. Al fine di ridurre entro il 31 dicembre 2016 i livelli di governo e dare attuazione alla l. 56/2014 e successive modifiche, il presente articolo dispone la riallocazione delle funzioni non fondamentali della Città metropolitana di Roma Capitale e delle province nonché a determinare le modalità di assegnazione delle risorse umane, patrimoniali e finanziarie connesse.

2. Le funzioni non fondamentali in materia di servizi sociali e istruzione scolastica, formazione professionale, servizi e politiche attive per il lavoro, agricoltura, ivi inclusa caccia e pesca, sanità veterinaria, turismo, beni, servizi e attività culturali e viabilità, già esercitate dalla Città metropolitana di Roma Capitale e dalle province alla data di entrata in vigore della presente legge e

non riconferite nei commi da 3 a 7, sono esercitate dalla Regione, anche mediante forme di delega, avvalimento e convenzione nelle quali sono individuate le risorse finanziarie necessarie a garantire le spese per il personale nonché le spese per il funzionamento degli uffici e dei beni mobili strumentali allo svolgimento della funzione amministrativa, nelle more dell'approvazione della disciplina relativa al conferimento di ulteriori funzioni e compiti amministrativi in capo a Roma Capitale e ai comuni nonché alla Città metropolitana di Roma Capitale. Detta disciplina, relativa al conferimento di ulteriori funzioni e compiti amministrativi in capo a Roma Capitale e ai comuni, è approvata entro e non oltre il 28 febbraio 2016.

3. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 1, comma 44, lettera e), della l. 56/2014, la Città metropolitana di Roma Capitale e le province esercitano le funzioni ed i compiti amministrativi concernenti:

- a) l'assistenza agli alunni con disabilità frequentanti la scuola media superiore;
- b) l'assistenza ai disabili sensoriali ai sensi dell'articolo 5, comma 2, del decreto legge 18 gennaio 1993, n. 9 (Disposizioni urgenti in materia sanitaria e socioassistenziale), convertito, con modificazioni, dalla legge 18 marzo 1993, n. 67 e successive modifiche;
- c) la promozione di iniziative a carattere sociale e culturale per la prevenzione della violenza di genere, il concorso alla programmazione della rete degli interventi, la realizzazione, il finanziamento ed il coordinamento dei servizi preposti alla tutela e alla protezione delle donne vittime di violenza e dei loro figli, in concorso con lo Stato, la Regione ed i comuni, in conformità alla legge regionale 19 marzo 2014, n. 4 (Riordino delle disposizioni per contrastare la violenza contro le donne in quanto basata sul genere e per la promozione di una cultura del rispetto dei diritti umani fondamentali e delle differenze tra uomo e donna);
- d) il concorso alla programmazione della rete dei servizi territoriali, la promozione e la realizzazione delle azioni a carattere sociale e culturale per l'accoglienza e l'inclusione dei cittadini immigrati, dei richiedenti asilo, dei rifugiati e dei titolari di protezione internazionale, umanitaria e sociale nonché dei loro familiari, in concorso con lo Stato, la Regione ed i comuni.

4. Fermo restando l'esercizio da parte della Città metropolitana di Roma Capitale e delle province delle funzioni e dei compiti amministrativi in materia di viabilità ai sensi dell'articolo 1, commi 44 e 85, lettera b), della l. 56/2014, la Regione esercita le funzioni e i compiti amministrativi concernenti la manutenzione ordinaria e straordinaria della rete viaria regionale.

5. Alle province e alla Città metropolitana di Roma Capitale è delegata la gestione, previa convenzione con la Regione, delle strutture di cui all'articolo 18, comma 1, lettera a), della legge regionale 25 febbraio 1992, n. 23 (Ordinamento della formazione professionale) e successive modifiche, nonché la stipula delle convenzioni di cui all'articolo 33 della l.r. 23/1992.

6. Alle province e alla Città metropolitana di Roma Capitale è delegata la gestione, previa convenzione con la Regione, delle istituzioni formative di cui all'articolo 7, comma 1, lettere a) e c), della legge regionale 20 aprile 2015, n. 5 (Disposizioni sul sistema educativo regionale di istruzione e formazione professionale), nonché l'assegnazione delle risorse di cui all'articolo 7, comma 5, della l.r. 5/2015.

7. Fermo restando l'esercizio da parte della Città metropolitana di Roma Capitale delle funzioni e dei compiti amministrativi in materia di beni, servizi e attività culturali ai sensi dell'articolo 1, comma 44, lettera e), della l. 56/2014, alle province è delegata la gestione, previa convenzione con la Regione, delle strutture e servizi culturali e scientifici già istituiti dalle stesse.

8. La Giunta regionale, sentite la commissione consiliare competente e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nonché previa verifica con la Città metropolitana di Roma capitale e le province interessate, individua con propria deliberazione, da adottarsi entro il termine tassativo di trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, la struttura regionale subentrante nell'esercizio delle funzioni e dei compiti amministrativi non fondamentali, le risorse umane, finanziarie, strumentali e patrimoniali connesse all'esercizio degli stessi, nonché gli enti pubblici dipendenti cui sono assegnate le risorse umane in soprannumero. Le risorse di cui al primo periodo sono assegnate nel rispetto dei seguenti criteri:

a) individuazione del personale delle province con rapporto di lavoro a tempo indeterminato da trasferire ai sensi dell'articolo 1, comma 89, della l. 56/2014, secondo i criteri previsti dall'articolo 4 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 26 settembre 2014 (Criteri per l'individuazione dei beni e delle risorse finanziarie, umane, strumentali e organizzative connesse con l'esercizio delle funzioni provinciali) e dal decreto ministeriale di cui all'articolo 1, comma 423, della legge 23 dicembre 2014, n. 190 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato "legge di stabilità 2015");

b) individuazione dei beni mobili e immobili sulla base degli inventari provinciali trasmessi in attuazione di quanto previsto dall'articolo 2, comma 2, del d.p.c.m. 26 settembre 2014.

9. Il personale della polizia provinciale in soprannumero e collocato in mobilità ed inserito nel portale "Mobilità.gov", di cui al decreto del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione del 14 settembre 2015, è riallocato nelle province e nella Città metropolitana di Roma Capitale per lo svolgimento delle funzioni di polizia connesse alle funzioni non fondamentali oggetto di riordino con il presente articolo, in attuazione del capo 2, primo punto, dell'Accordo sancito nella Conferenza unificata del 5 novembre 2015. Ai relativi oneri si provvede nell'ambito delle risorse stanziato dal comma 14.

10. La Regione subentra nell'esercizio delle funzioni e dei compiti amministrativi alla data di pubblicazione della deliberazione della Giunta regionale di cui al comma 8.

Fino alla data di subentro, le funzioni oggetto di trasferimento ai sensi del presente articolo continuano ad essere esercitate dalla Città metropolitana di Roma Capitale e dalle province, ai sensi dell'articolo 1, comma 89, della l. 56/2014 e dell'articolo 7, comma 2, del d.p.c.m. 26 settembre 2014.

11. Ai sensi dell'articolo 1, commi 2 e 3, della presente legge, la Regione provvede al finanziamento delle funzioni e dei compiti amministrativi di cui ai commi 3, 5 e 6, nel limite delle risorse finanziarie previste dalla legislazione vigente, quali risultanti alla data di adozione della deliberazione di cui al comma 8 che confluiscono nel fondo unico denominato "Fondo per la riallocazione delle funzioni amministrative a livello locale", da istituirsi nel programma 01 "Relazioni finanziarie con le altre autonomie territoriali" della missione 18 "Relazioni con le altre autonomie territoriali e locali".

12. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale provvede all'individuazione delle risorse di cui al comma 11 e, previo parere della commissione consiliare competente, stabilisce i criteri di ripartizione del fondo di cui al medesimo comma.

13. Entro il termine di cui al comma 8, sono consegnati a ciascun ente subentrante interessato, con appositi elenchi, gli atti concernenti le funzioni e i compiti amministrativi da esercitare, relativi a procedimenti in corso, ad eccezione di quelli che abbiano comportato assunzione di impegno di spesa a carico del bilancio regionale per l'esercizio finanziario in corso alla data del predetto termine.

14. Fermo restando quanto stabilito dall'Accordo per la ricollocazione del personale degli enti di area vasta e della Città metropolitana di Roma Capitale, stipulato nell'ambito dell'Osservatorio regionale in data 2 novembre 2015, a decorrere dall'anno 2016, per la copertura della spesa relativa al trattamento economico fondamentale e accessorio del personale delle province e della Città metropolitana di Roma Capitale trasferito o ricollocato presso la Regione ai sensi di quanto previsto dal presente articolo e dall'articolo 1, comma 424, della l. 190/2014, quantificato in complessivi 20,36 milioni di euro, si provvede per euro 13,6 milioni mediante le risorse di parte corrente iscritte, a valere sul triennio 2016-2018, nell'ambito del programma 10 "Risorse umane" della missione 01 "Servizi istituzionali, generali e di gestione" e per euro 3 milioni ed euro 3,76 milioni mediante le risorse di parte corrente iscritte, a valere sul triennio 2016-2018, rispettivamente, nei programmi 01 "Fondo di riserva" e 03 "Altri fondi" della missione 20 "Fondi ed accantonamenti", che confluiscono nell'ambito del medesimo programma 01 della missione 10.

15. In applicazione di quanto previsto dall'articolo 1, comma 96, lettera a), della l. 56/2014, le risorse di cui al comma 14, destinate al trattamento economico accessorio, vanno a costituire

specifici fondi separati per la contrattazione decentrata destinati esclusivamente al personale trasferito o ricollocato.

16. La retribuzione di posizione e di risultato del personale con qualifica dirigenziale, nonché i compensi per la produttività e le indennità accessorie del personale del comparto di cui al comma 14, rimangono determinati negli importi goduti precedentemente al trasferimento o alla ricollocazione presso la Regione e non possono essere incrementati fino all'applicazione del contratto collettivo decentrato integrativo sottoscritto conseguentemente al primo contratto collettivo nazionale di lavoro stipulato dopo la data di entrata in vigore della presente legge.

17. Fermo restando l'ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio del personale dirigenziale e non, a decorrere dagli accordi negoziali relativi all'anno 2015, previo accordo di contrattazione collettiva decentrata con le organizzazioni sindacali rappresentative rispettivamente del personale non dirigenziale del comparto Regioni ed autonomie locali e dell'Area II della dirigenza, le risorse stabili del "Fondo per la retribuzione di posizione e di risultato della dirigenza" di cui all'articolo 26, comma 1, lettera a), del contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) del 23 dicembre 1999, sono ridotte di un ulteriore dieci per cento con corrispondente incremento delle risorse stabili del "Fondo per le politiche di sviluppo delle risorse umane e per la produttività del personale non dirigente" di cui all'articolo 15 del CCNL del 1° aprile 1999, come integrato dall'articolo 4 del CCNL del 5 ottobre 2001 comparto Regioni ed autonomie locali.

18. Le disposizioni di cui al comma 17 si applicano al personale della Giunta regionale, del Consiglio regionale e degli enti regionali.

19. Al finanziamento delle funzioni e dei compiti amministrativi di cui al comma 4 si fa fronte mediante l'istituzione nel programma 05 "Viabilità e infrastrutture stradali" della missione 10 "Trasporti e diritto alla mobilità" di un apposito fondo, denominato: "Fondo per l'esercizio delle funzioni e dei compiti amministrativi concernenti la viabilità regionale", nel quale confluiscono le risorse in conto capitale pari ad euro 5 milioni per ciascuna delle annualità 2016 e 2017 iscritte, a valere sulle medesime annualità, nel medesimo programma 05 della missione 10.

20. Al finanziamento delle funzioni e dei compiti amministrativi di cui al comma 7 si fa fronte mediante l'istituzione nel programma 02 "Attività culturali e interventi diversi nel settore culturale" della missione 05 "Tutela e valorizzazione dei beni e attività culturali" di un apposito fondo, denominato "Fondo per l'esercizio delle funzioni e dei compiti amministrativi concernenti i beni, i servizi e le attività culturali", nel quale confluiscono le risorse pari ad euro 1 milione per ciascuna delle annualità 2016 e 2017 iscritte, a valere sulle medesime annualità, nel fondo speciale di parte corrente di cui al programma 03 "Altri fondi" della missione 20 "Fondi ed accantonamenti".

21. Agli oneri relativi alle spese di funzionamento conseguenti all'incremento del personale trasferito o ricollocato presso la Regione ai sensi del presente articolo si provvede per euro 1 milione, a decorrere dall'annualità 2016, mediante le risorse di parte corrente iscritte, a valere sul triennio 2016-2018, nel programma 03 "Gestione economica, finanziaria, programmazione e provveditorato" della missione 01 "Servizi istituzionali, generali e di gestione" e per euro 1 milione, a valere su ciascuna annualità 2016 e 2017, mediante le risorse in conto capitale iscritte, a valere sulle medesime annualità, nel programma 06 "Ufficio tecnico" della missione 01 "Servizi istituzionali, generali e di gestione".

22. La programmazione e la gestione dei servizi e delle politiche attive per il lavoro sono esercitate dalla Regione previa convenzione stipulata con il Ministero del lavoro e delle politiche sociali in attuazione dell'articolo 15, comma 3, del decreto legge 19 giugno 2015, n. 78 (Disposizioni urgenti in materia di enti territoriali. Disposizioni per garantire la continuità dei dispositivi di sicurezza e di controllo del territorio. Razionalizzazione delle spese del Servizio sanitario nazionale nonché norme in materia di rifiuti e di emissioni industriali), convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125, e degli articoli 11 e 33, del decreto legislativo 14 settembre 2015, n. 150 (Disposizioni per il riordino della normativa in materia di servizi per il lavoro e di politiche attive, ai sensi dell'articolo 1, comma 3, della legge 10 dicembre 2014, n. 183).

La Regione definisce, con successive convenzioni con la Città metropolitana di Roma Capitale e con le province, le modalità e i principi comuni di gestione amministrativa dei servizi e delle politiche attive del lavoro. Per quanto di competenza degli enti di cui al primo periodo, si applica l'Accordo sancito il 30 luglio 2015 in Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano in materia di politiche attive del lavoro.

23. Alle risorse di cui ai commi 11, 19, 20 e 22 possono concorrere le risorse iscritte nell'ambito dei programmi operativi della programmazione 2014-2020, finanziati dai fondi strutturali comunitari, previa verifica della coerenza con le linee di intervento in essi previste. Fermo restando quanto previsto al primo periodo, il concorso delle suddette risorse non può essere inferiore all'importo pari ad euro 10 milioni annui in riferimento agli interventi di cui al comma 3, lettere c) e d).

24. A seguito del trasferimento delle funzioni, la Regione, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, adotta una o più proposte di legge e modifiche di piani e programmi per adeguare la legislazione e la programmazione di settore. Provvede, altresì, alla disciplina unitaria dei procedimenti amministrativi.

25. Le proposte di cui al comma 24 sono adottate nel rispetto dei seguenti principi generali e criteri:

- a) semplificazione dei procedimenti amministrativi in modo da ridurre il numero delle fasi procedurali e delle amministrazioni interessate, nel rispetto delle competenze riservate allo Stato;

- b) assegnazione della generalità delle funzioni ai comuni, salvo quelle che, per assicurarne l'esercizio unitario, debbano essere riservate alla Città metropolitana di Roma Capitale;

- c) individuazione tassativa, per le funzioni di cui alla lettera b) e per quelle fondamentali della Città metropolitana di Roma Capitale e delle province, dei compiti amministrativi che, per assicurarne l'esercizio unitario, sono riservate alla Regione.

26. Sono abrogate tutte le disposizioni incompatibili con il presente articolo.

Art. 8

(Miglioramento e razionalizzazione dei sistemi di gestione dei servizi pubblici)

1. La Regione riquifica la spesa del sistema di gestione dei servizi pubblici al fine di garantire il miglioramento della qualità dei servizi resi e di liberare risorse da destinare alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza e, in particolare, a programmi di salute territoriali e alla fornitura di farmaci innovativi.

2. La Giunta regionale, in attuazione del comma 1, può procedere all'internalizzazione mediante affidamento in house di servizi connessi all'erogazione di prestazioni all'utenza, con l'obiettivo di riduzione della spesa non inferiore al dieci per cento rispetto a quella certificata nell'anno 2013.

3. Entro trenta giorni dalla data di approvazione della presente legge la Giunta regionale, con propria deliberazione, previo parere della commissione consiliare competente in materia di bilancio, partecipazione, demanio e patrimonio, programmazione economico-finanziaria, individua i servizi oggetto di internalizzazione.

4. I risparmi derivanti dai processi di internalizzazione sono destinati al potenziamento dei seguenti programmi di salute:

- a) programmi di screening della donna e dei minori;
- b) sperimentazione di farmaci innovativi oncologici;
- c) programmi di screening neonatale per le patologie metaboliche;
- d) prescrizione dei farmaci biologici.

5. Gli enti e le società in house della Regione organizzano i servizi di cui al comma 1 ricorrendo alle proprie risorse di personale e, laddove queste non lo consentano per comprovati motivi oggettivi da riportare nella relativa deliberazione di Giunta autorizzativa, possono essere autorizzate dalla Giunta regionale ad attivare procedure di reclutamento rivolte prioritariamente alle seguenti tipologie:

- a) soggetti svantaggiati ai sensi dell'articolo 4 della legge 8 novembre 1991, n. 381 (Disciplina delle cooperative sociali), che sono stati impiegati presso i servizi oggetto di internalizzazione per un periodo non inferiore ai ventiquattro mesi, alla data del 31 dicembre 2014;

b) personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato alla data del 31 dicembre 2014, che non può essere ricollocato ai sensi dell'articolo 1, comma 614, della legge 23 dicembre 2014, n. 190 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato "legge di stabilità 2015"), delle società controllate dalle province e dalla Città metropolitana di Roma Capitale, ancorché in fase di scioglimento o in liquidazione o per le quali sussistano i presupposti per lo scioglimento e la messa in liquidazione.

6. Per l'attività di reclutamento si procede nel limite massimo del trenta per cento della riduzione di spesa di cui al comma 2, fermo restando il rispetto delle disposizioni ordinamentali in materia nonché dei vincoli finanziari finalizzati al contenimento delle spese di personale, con particolare riguardo a quelli posti dall'articolo 1, commi 557 e seguenti, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato "legge finanziaria 2007") e successive modifiche, senza, comunque, nuovi oneri aggiuntivi a carico della finanza pubblica regionale.

Art. 9

(Disposizioni varie)

1. Al fine di favorire la salvaguardia della tutela occupazionale, per il personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato delle società totalmente controllate dalle province e dalla Città metropolitana di Roma Capitale che non può essere ricollocato ai sensi dell'articolo 1, comma 614, della legge 23 dicembre 2014, n. 190 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - legge di stabilità 2015), ancorché in fase di scioglimento o in liquidazione alla data del 31 dicembre 2014 al momento dell'entrata in vigore della presente legge, è costituito un elenco, della durata massima di due anni eventualmente da prorogare, da cui le società controllate, direttamente o indirettamente, dalla Regione possono individuare, in caso di nuove assunzioni, personale da assumere, previo atto di indirizzo della Regione medesima, nei limiti dei profili disponibili nell'elenco ed in funzione delle professionalità ricercate, con preferenza per il personale delle società totalmente controllate dalle province e dalla Città metropolitana di Roma Capitale che è stato assunto previo espletamento di procedure selettive pubbliche.

2. L'atto di indirizzo di cui al comma 1 è volto a favorire l'acquisizione di personale prima di avviare nuove procedure di reclutamento di risorse umane da parte delle società controllate dalla Regione, nel rispetto dell'articolo 18 del decreto legge 25 giugno 2008, n. 112 (Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria) convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133.

3. In ogni caso, le assunzioni previste dai commi 1 e 2 sono subordinate al rispetto dei vincoli in materia di spesa del personale previsti dall'articolo 1, comma 557, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - legge finanziaria 2007) e successive modifiche, e comunque senza oneri a carico della finanza pubblica regionale.

4. Fermo restando quanto previsto dai commi 1, 2 e 3 allo scopo di garantire l'occupabilità del personale a tempo indeterminato delle società totalmente controllate dalle province in fase di liquidazione, beneficiari della NASpi al momento dell'entrata in vigore della presente legge, la Regione riconosce un contributo *una tantum* pari a 35.000 euro. Detto importo è riconosciuto entro il limite delle risorse stanziato dalla Regione pari a 1,4 milioni di euro per l'anno 2016, ai sensi dell'articolo 1, commi 2 e 3, della presente legge. Le risorse sono ripartite tra i suddetti beneficiari nel corso dell'anno 2016 per il sostegno ad attività progettuali finalizzate all'inserimento lavorativo della persona disoccupata.

5. Agli oneri di cui ai commi 1, 2, 3 e 4 si provvede mediante le risorse pari ad euro 1.400.000,00 iscritte, per l'anno 2016, nel programma 03 "Altri fondi" della missione 20 "Fondi e accantonamenti" le quali confluiscono, a valere sulla medesima annualità, nel programma 02 "Formazione professionale" della missione 15 "Politiche per il lavoro e la formazione professionale".

6. Ai sensi del decreto legislativo 4 maggio 2001, n. 207 (Riordino del sistema delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, a norma dell'articolo 10 della l. 8 novembre 2000, n. 328 - IPAB) entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge si provvede ad avviare il processo di riordino e trasformazione delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB).

7. Dopo il comma 3 dell'articolo 15 della legge regionale 29 dicembre 2014, n. 15 (Sistema cultura Lazio: Disposizioni in materia di spettacolo dal vivo e di promozione culturale) è inserito il seguente:

“3 bis. In fase di prima applicazione del regolamento di cui al comma 2, le domande di cui al comma 3, relative ad interventi da attuare e quindi finanziare nell'esercizio finanziario 2016, devono essere presentate entro sessanta giorni dalla data di pubblicazione del regolamento stesso.”.

8. Al comma 1 dell'articolo 11 della l.r. 15/2014 le parole: “presso l'assessorato competente in materia di cultura” sono abrogate e sostituite dalle seguenti: “presso l'Agenzia regionale del turismo.”.

9. La Regione, al fine di agevolare la partecipazione delle comunità locali alla tutela e valorizzazione del territorio, rafforzare il rapporto tra la pubblica amministrazione e i cittadini e favorire misure di carattere sociale, incentiva il ricorso al “baratto amministrativo”.

10. Per le finalità di cui al comma 9 la Regione, nel rispetto della normativa di riferimento, concede gli spazi finanziari verticali prioritariamente agli enti locali che adottano uno specifico regolamento con il quale definiscono i criteri e le modalità di applicazione delle disposizioni di cui all'articolo 24 del decreto legge 12 settembre 2014, n. 133 (Misure urgenti per l'apertura dei cantieri, la realizzazione delle opere pubbliche, la digitalizzazione del Paese, la semplificazione burocratica, l'emergenza del dissesto idrogeologico e per la ripresa delle attività produttive), convertito, con modificazioni, dalla legge 11 novembre 2014, n. 164.

11. Al fine di garantire interventi che migliorino la qualità della vita delle persone in condizioni di disabilità, riducendone la dipendenza fisica ed economica, nonché l'emarginazione sociale, garantendo il mantenimento all'interno del proprio contesto di vita, è istituito il “Fondo per il finanziamento di progetti di assistenza personale autogestita”.

12. Possono presentare domanda di finanziamento dei progetti a valere sul fondo di cui al comma 11, le persone con disabilità in situazione di gravità, come individuate dalla legge 5 febbraio 1992, n. 104 (Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate) e successive modifiche, le persone in permanente grave limitazione dell'autonomia personale non derivante da patologie strettamente connesse ai processi di invecchiamento che siano residenti della Regione nonché i rappresentanti legali dei predetti soggetti nel caso di disabili psico-relazionali.

13. Con deliberazione della Giunta regionale, da adottarsi entro la data del 31 gennaio 2016, sono stabiliti i termini per la presentazione delle domande di finanziamento, i criteri e le modalità di assegnazione delle risorse per il finanziamento dei progetti di vita indipendente, nonché il sistema di controlli al fine di garantire una corretta utilizzazione delle risorse.

14. Agli oneri di cui ai commi da 11 a 13 si provvede mediante l'istituzione nel programma 02 “Interventi per la disabilità” della missione 12 “Diritti sociali, politiche sociali e famiglia”, del “Fondo per il finanziamento di progetti di assistenza personale autogestita” nel quale confluiscono le risorse pari ad euro 500.000,00, a valere sull'annualità 2016, derivanti dal programma 11 “Altri servizi generali” della missione 01 “Servizi istituzionali, generali e di gestione”. A decorrere dall'anno 2017 si provvede nell'ambito della legge di stabilità regionale, ai sensi del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 (Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42) e successive modifiche e relativi principi applicativi.

15. Alle risorse di cui al comma 14 concorrono le risorse iscritte nell'ambito dei programmi operativi della programmazione 2014-2020, finanziati dai fondi strutturali comunitari, previa verifica della coerenza con le linee di intervento in essi previste, in misura non inferiore all'importo pari ad euro 1 milione annui.

16. Ai sensi dell'articolo 30 dello Statuto i consiglieri regionali hanno diritto di ricevere tutte le notizie, le informazioni ed i documenti utili all'espletamento del proprio mandato, in possesso degli uffici del Consiglio e della Giunta regionale.

17. I consiglieri regionali hanno diritto, altresì, ad ottenere dagli uffici degli enti pubblici dipendenti, delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli organismi istituiti dalla Regione o che comunque esercitano funzioni e compiti ad essa conferiti, tutte le informazioni ed i documenti utili all'espletamento del proprio mandato.

18. Agli uffici di cui ai commi 16 e 17 è fatto obbligo di rispondere alle istanze dei consiglieri entro quindici giorni dalla data di ricezione della richiesta. L'esame dei documenti e l'estrazione di copia è gratuito e non è soggetto al rimborso del costo di riproduzione.

19. Fatti salvi i casi di segreto o di divieto di divulgazione espressamente previsti dalla legge, i consiglieri regionali hanno diritto di prendere visione ed estrarre copia di atti e documenti anche se qualificati dalla legge come riservati, con l'obbligo di mantenerne la riservatezza.

20. Al comma 2 dell'articolo 9 della legge regionale 13 aprile 2012, n. 2 (Interventi regionali per lo sviluppo del cinema e dell'audiovisivo) e successive modifiche, è aggiunto, in fine, il seguente periodo: "Successivamente alla ricezione della comunicazione dell'accoglimento della sovvenzione, è fatto obbligo ai soggetti che risultino beneficiari degli interventi di cui al comma 1 di presentare alla direzione regionale competente in materia di cultura, a pena di esclusione, un'analitica e documentata rendicontazione delle spese corredata da copie conformi agli originali delle fatture quietanziate dai rispettivi mandati o estratti relativi ai bonifici."

21. Il comma 103 dell'articolo 2 della legge regionale 14 luglio 2014, n. 7, relativo a disposizioni per il sostegno delle attività produttive, è abrogato.

22. Per il solo anno 2016 il termine per la presentazione delle domande per la concessione dei contributi previsti dalla legge regionale 21 gennaio 1988, n. 7 (Incentivi a consorzi di imprese industriali ed artigiane operanti in insediamenti produttivi) e successive modifiche, è fissato al 31 marzo 2016 per consentire l'erogazione del relativo finanziamento nello stesso anno.

23. Dopo la lettera b-bis) del comma 1 dell'articolo 2 della legge regionale 20 maggio 2002, n. 12 (Promozione della costituzione dell'azienda stradale Lazio-Astral S.p.A.) e successive modifiche, sono aggiunte le seguenti:

"b-ter) esercita le funzioni ed i compiti amministrativi in materia di infomobilità, di reti di trasporto pubblico e locale e di riordino, attivazione, completamento e gestione, ai sensi della normativa vigente, dei sistemi di bigliettazione anche elettronica;

b-quater) esercita le attività necessarie per la gestione e valorizzazione del proprio patrimonio immobiliare."

24. La lettera e) della tabella B (canoni relativi alle utenze di acqua pubblica - anno 2014), di cui all'articolo 8, comma 1, della legge regionale 30 dicembre 2013, n. 13 (Legge di stabilità regionale 2014), è così modificata:

e) verde pubblico, attrezzature sportive, piscicoltura

Canone €/modulo € 365,87

Canone minimo € € 200,00

25. Dopo la lettera c) del comma 4 dell'articolo 8 della legge regionale 21 ottobre 1997, n. 34 (Tutela degli animali di affezione e prevenzione del randagismo) e successive modifiche, sono inserite le seguenti:

"c bis) costi di gestione che non devono superare lo standard di costo nazionale a parità di struttura e di numero di cani ospitati;

c ter) numero di adozioni in relazione al numero dei cani ospitati e stato del benessere animale da verificarsi anche tramite i livelli di mortalità."

26. Ai fini dell'accesso alle prestazioni sociali e socio-sanitarie agevolate nonché alla definizione del livello di compartecipazione delle medesime, a decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge, gli enti erogatori dei servizi finanziati con risorse regionali individuano, fatta salva la valutazione della condizione economica complessiva del nucleo familiare di cui all'Indicatore di

situazione economica equivalente (ISEE), ulteriori criteri di selezione, in conformità a quanto previsto ai sensi dell'articolo 2, comma 1, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 5 dicembre 2013, n. 159 (Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente - ISEE), finalizzati a favorire l'accesso agevolato ai predetti servizi da parte dei nuclei familiari in cui sono presenti portatori di handicap nonché da parte di nuclei familiari per i quali l'indennità istituita ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18 (Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili) ed il trattamento pensionistico di invalidità concorrono per il 50 per cento ed oltre alla determinazione della condizione economica complessiva del nucleo familiare di cui all'ISEE.

27. Dopo l'articolo 8 della legge regionale 13 gennaio 2005, n. 1 (Norme in materia di polizia locale) è inserito il seguente:

“Art. 8 bis

(Trattamenti infortunistici integrativi del personale dei corpi e dei servizi di polizia locale)

1. La Regione, previa intese con l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL), al fine di garantire al personale dei corpi e dei servizi di polizia locale adeguati trattamenti infortunistici integrativi, ha la facoltà di stipulare apposite convenzioni con il suddetto ente.

2. Agli oneri di cui al presente articolo, valutati in euro 300.000,00, si provvede, per l'anno 2016, mediante l'incremento del programma 01 “Polizia locale e amministrativa” della missione 03 “Ordine pubblico e sicurezza” e la corrispondente riduzione, a valere sulla medesima annualità, del Programma 11 “Altri servizi generali” della Missione 01 “Servizi istituzionali, generali e di gestione”. A decorrere dall'anno 2017 si provvede nell'ambito della legge di stabilità regionale, ai sensi del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 (Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42) e successive modifiche e relativi principi applicativi.”.

28. Al comma 13 dell'articolo 1 della legge regionale 11 agosto 2008, n. 14, relativo a disposizioni per lo sviluppo economico e sociale dei piccoli comuni, sono apportate le seguenti modifiche:

a) al primo periodo le parole: “a favore delle piccole realtà locali” sono sostituite dalle seguenti: “a favore dei comuni, ivi comprese le piccole realtà locali con popolazione fino a cinquemila abitanti, a cui è destinata una specifica percentuale del fondo da definire con la delibera della Giunta regionale di cui al secondo periodo.”;

b) al primo periodo le parole: “dei comuni con popolazione fino a cinquemila abitanti” sono soppresse.

29. Gli oneri relativi al trattamento accessorio posti a carico della Regione per il personale temporaneamente assegnato ad altre pubbliche amministrazioni sulla base di protocolli o accordi per lo svolgimento di funzioni di interesse regionale, sono compensati con gli incrementi delle risorse del fondo per le politiche di sviluppo delle risorse umane e per la produttività, o con specifiche indennità, ai sensi dell'art. 15 comma 1 lettera k) del contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) del 1 aprile 1999, certificati nel rispetto della normativa nazionale vigente in materia di contenimento dei costi della contrattazione collettiva, da utilizzarsi secondo la disciplina dell'articolo 17 del C.C.N.L. del 1 aprile 1999.

30. Il trattamento accessorio del personale di cui all'articolo 21, comma 2, lettera b), del regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 nonché di quello di cui all'articolo 15 quater, comma 1, lettera b) e comma 3, della deliberazione dell' Ufficio di presidenza del 29 gennaio 2003, n. 3, è corrisposto, con oneri a carico del bilancio regionale, sulla base di quanto definito in sede di contrattazione decentrata, ai sensi dell'articolo 37, comma 4, lettera e), della legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6.

33. La Regione eroga la somma di euro 250.000,00 per l'acquisto di libri a favore degli studenti universitari con reddito ISEE non superiore a euro 20.000,00 che frequentano corsi universitari, corsi di aggiornamento e master dell'università. A tale finanziamento si provvede a valere sulle

risorse finanziarie nella missione 04 “Istruzione diritto allo studio”, programma 4 “Istruzione universitaria”.

Allegato A

L.R. 31.12.15, n. 18 - Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2016-2018. (BUR n. 105 del 31.12.15)

L.R. 31.12.15, n. 16 - Rendiconto generale della Regione Lazio per l'esercizio finanziario 2014. (BUR n. 105 del 31.12.15)

MOLISE

L.R. 28.12.15, n. 20 – Autorizzazione all’esercizio provvisorio del bilancio di previsione per l’esercizio finanziario per l’anno 2016 (BUR n. 42 del 31.12.15)

TOSCANA

L.R. 28.12.15, n. 81 - Legge di stabilità per l’anno 2016. (BUR n. 57 del 29.12.15T)

Note

Si riportano gli articoli aventi attinenza con le politiche sociali

Capo II

Misure per l’equità e la tutela sociale

Art. 19

Progetto “Spesa per tutti” e redistribuzione eccedenze alimentari.

Modifiche alla l.r. 32/2009

1. Dopo l’articolo 3 della legge regionale 25 giugno 2009, n. 32 (Interventi per combattere la povertà ed il disagio sociale attraverso la redistribuzione delle eccedenze alimentari), è aggiunto il seguente:

“Art. 3 bis

Progetto “Spesa per tutti”

1. La Regione, per le finalità di cui all’articolo 1 della presente legge istituisce il progetto “Spesa per tutti” e ne dà applicazione anche tramite accordi con la grande distribuzione organizzata.

2. Il progetto di cui al comma 1 consiste nell’applicazione di sconti dedicati a determinati beni, individuati fra quelli di prima necessità, a cittadini residenti in Toscana sulla base della loro condizione economica e può anche essere limitato a determinati giorni o fasce orarie.

3. L’applicazione degli sconti di cui al comma 2 può poggiare sulle anagrafiche già in possesso dei soggetti operanti nella grande distribuzione organizzata e sul sistema di fidelizzazione da questi utilizzato.

4. Possono accedere al progetto tutti i cittadini residenti in Toscana con un reddito annuo lordo inferiore ai 20 mila euro, tale cifra è incrementata di 5 mila euro per ogni familiare a carico.

5. La Regione, per la realizzazione del progetto, ha una dotazione di 150.000 euro.

6. Il progetto è da intendersi sperimentale; entro dodici mesi dall’attivazione dello stesso, la Regione valuta il rapporto costi/benefici misurato a partire dalla somma investita ed il totale degli sconti applicati agli utenti, dandone informazione al Consiglio regionale, che si esprime sulla necessità di renderlo strutturale.”.

2. Dopo il comma 2 bis dell’articolo 4 della l.r. 32/2009 è aggiunto il seguente:

“2 ter. Per il programma pluriennale di cui all’articolo 3 ed il progetto di cui all’articolo 3 bis, è autorizzata la spesa di euro 200.000,00 per ciascuno degli anni 2016 e 2017, cui si fa fronte con gli stanziamenti della Missione 12 “Diritti sociali, politiche sociali e famiglia”, Programma 04 “Interventi per i soggetti a rischio di esclusione sociale”, Titolo 1 “Spese correnti” del bilancio di previsione 2016 – 2018, annualità 2016 e 2017.”.

Art. 20

Violenza di genere.

Modifiche all'articolo 46 della l.r. 86/2014

1. Al comma 1 dell'articolo 46 della l.r. 86/2014 le parole: "per l'anno 2015" sono sostituite dalle seguenti:

"per ciascuno degli anni 2015 e 2016".

2. Il comma 2 dell'articolo 46 della l.r. 86/2014 è sostituito dal seguente:

"2. Agli oneri di cui al comma 1, si fa fronte per l'anno 2015 con gli stanziamenti dell'UPB 234 "Programmi ed azioni per il sostegno dell'inclusione sociale – Spese correnti" del bilancio di previsione 2015, e per l'anno 2016 con gli stanziamenti della Missione 12 "Diritti sociali, politiche sociali e famiglia", Programma 04 "Interventi per i soggetti a rischio di esclusione sociale",

Titolo 1 "Spese correnti" del bilancio di previsione 2016 – 2018, annualità 2016.".

Capo III

Disposizioni diverse

L.R. 28.12.15, n. 82 - Disposizioni di carattere finanziario. Collegato alla legge di stabilità per l'anno 2016. (BUR n. 57 del 29.12.15T)

Note

Si riportano gli articoli aventi attinenza con le politiche sociali

Capo I

Disposizioni di carattere finanziario

Art. 1

Centomila orti in toscana

1. La Regione, in collaborazione con i Comuni di Firenze, Bagno a Ripoli, Siena, Livorno, Grosseto e Lucca, definisce e sperimenta un modello di orto urbano da diffondere sul territorio regionale, nella cui gestione sono coinvolte prioritariamente strutture associative costituite da giovani.

2. La Regione concede ai comuni contributi per la realizzazione di orti urbani secondo il modello di cui al comma 1.

3. Le modalità e la durata della sperimentazione, nonché le modalità operative per l'erogazione dei contributi, sono disciplinati con deliberazione della Giunta regionale.

4. Le attività di cui ai commi 1 e 3, sono svolte con il supporto tecnico di Ente terre regionali toscane.

5. Per l'attuazione di quanto previsto ai commi 1 e 3, è autorizzata la spesa di euro 950.000,00 per l'anno 2016 e di euro 1.000.000,00 per ciascuno degli anni 2017 e 2018.

6. All'onere di spesa di cui al comma 5, si fa fronte con gli stanziamenti della Missione 16 "Agricoltura, politiche agroalimentari e pesca", Programma 01 "Sviluppo del settore agricolo e del sistema agroalimentare" del bilancio di previsione 2016 - 2018, annualità 2016, 2017

e 2018 secondo la seguente articolazione per importi e per anno: anno 2016

- euro 850.000,00 Titolo 2 "Spese in conto capitale"

- euro 100.000,00 Titolo 1 "Spese correnti"

anno 2017

- euro 900.000,00 Titolo 2 "Spese in conto capitale"

- euro 100.000,00 Titolo 1 "Spese correnti"

anno 2018

- euro 900.000,00 Titolo 2 "Spese in conto capitale"

- euro 100.000,00 Titolo 1 "Spese correnti".

compensi erogati.

Art. 3

Misure di contenimento della spesa per il personale delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale

1. Gli enti e le aziende del servizio sanitario regionale adottano misure di riduzione delle spese, in linea con le previsioni già contenute nella legge regionale 27 dicembre 2012, n. 81 (Misure urgenti di razionalizzazione della spesa sanitaria. Modifiche alla l.r. 51/2009, alla l.r. 40/2005 e alla l.r. 8/2006), nella legge regionale 24 dicembre 2013, n. 77 (Legge finanziaria per l'anno 2014) e nella legge regionale 29 dicembre 2014, n. 86 (Legge finanziaria per l'anno 2015) e, in particolare, procedono all'adozione di misure per il contenimento della spesa per il personale che, in conformità a quanto sancito dall'articolo 2, comma 71, della legge 3 dicembre 2009, n. 191 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato "legge finanziaria 2010"), nonché dall'articolo 17, comma 3, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98 (Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria), convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, e fermo restando quanto disposto

dall'articolo 2, comma 73, della l. 191/2009, siano idonee a garantire che la spesa stessa non superi, a livello di area vasta, il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 per cento.

2. Al fine di cui al comma 1, si considerano anche le spese per il personale con rapporto di lavoro a tempo determinato, con contratto di collaborazione coordinata e continuativa o che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile o con convenzioni.

3. Ai fini dell'applicazione del comma 2, le spese per il personale sono considerate al netto:

a) per l'anno 2004, delle spese per arretrati relativi ad anni precedenti per rinnovo dei contratti collettivi nazionali di lavoro;

b) per l'anno 2016, delle spese derivanti dai rinnovi

4. Sono comunque fatte salve, e sono escluse, sia per l'anno 2004, sia per l'anno 2016, le spese di personale totalmente a carico di finanziamenti comunitari o privati, nonché le spese relative alle assunzioni a tempo determinato e ai contratti di collaborazione coordinata e continuativa per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'articolo 12 bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421).

Art. 4

Budget economici per la farmaceutica e i dispositivi medici

1. Fermi restando i principi di cui all'articolo 14 della legge regionale 29 dicembre 2010, n. 65 (Legge finanziaria per l'anno 2011) e all'articolo 124 della legge regionale 27 dicembre 2011, n. 66 (Legge finanziaria per l'anno 2012), tenuto conto delle ulteriori misure di razionalizzazione del settore, adottate sia a livello locale, sia nazionale, e nel rispetto di quanto previsto dalla normativa statale, la Giunta regionale definisce, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, l'obiettivo di contenimento della spesa per l'anno 2016 per i farmaci e i dispositivi medici.

Art. 5

Contributo a favore delle famiglie con figli minori disabili

1. La Regione, al fine di sostenere le famiglie con figli disabili minori di anni diciotto, istituisce un contributo annuale per il triennio 2016 – 2018 pari ad euro 700,00, a favore delle famiglie in possesso dei requisiti di cui al comma 4, per ogni minore disabile ed in presenza di un'accertata sussistenza nel disabile della condizione di handicap grave di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 (Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate).

2. Ai fini dell'erogazione del contributo è considerato minore anche il figlio che compie il diciottesimo anno di età nell'anno di riferimento del contributo.

3. I contributi di cui al comma 1. sono concessi dal comune di residenza del richiedente a seguito di istanza presentata entro il 30 giugno di ciascun anno di riferimento del contributo. L'istanza di concessione del contributo è presentata dalla madre o dal padre del minore disabile, o da chi esercita la patria potestà. I contributi concessi sono comunicati alla Regione che provvede ai relativi pagamenti.

4. Requisiti per la concessione del contributo sono i seguenti:

- a) il genitore che presenta domanda deve far parte del medesimo nucleo familiare del figlio minore disabile per il quale è richiesto il contributo;
- b) sia il genitore, sia il figlio minore disabile devono essere residenti in Toscana, in modo continuativo da almeno ventiquattro mesi, in strutture non occupate abusivamente, dalla data del 1° gennaio dell'anno di riferimento del contributo;
- c) il genitore che presenta domanda e il figlio minore disabile devono far parte di un nucleo familiare convivente con un valore dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) non superiore ad euro 29.999,00;
- d) il genitore che presenta la domanda non deve avere riportato condanne con sentenza definitiva per reati di associazione di tipo mafioso, riciclaggio ed impiego di denaro, beni o altra utilità di provenienza illecita di cui agli articoli 416 bis, 648 bis e 648 ter del codice penale.

5. Le istanze di concessione dei benefici sono redatte secondo uno schema-tipo approvato con decreto del dirigente regionale competente per materia e sono corredate da certificato comprovante l'handicap grave di cui all'articolo 3, comma 3, della l. 104/1992 e dall'attestazione ISEE aggiornata in corso di validità.

La modulistica è pubblicata sul sito istituzionale della Regione.

6. Agli oneri di cui al presente articolo, stimati in euro 1.500.000,00 per ciascuno degli esercizi 2016, 2017 e 2018 si fa fronte con gli stanziamenti della Missione 12 "Diritti sociali, politiche sociali e famiglia", Programma 05 "Interventi per le famiglie", Titolo 1 "Spese correnti" del bilancio di previsione 2016 - 2018.

L.R. 28.12.15, n. 83 - Bilancio di previsione per l'anno finanziario 2016 e pluriennale 2016 - 2018. (BUR n. 57 del 29.12.15)

VALLE D'AOSTA

L.R. 11.12.15, n. 19 - Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Regione autonoma Valle d'Aosta (Legge di stabilità)

L.R. 11.12.15, n. 20 - Bilancio di previsione della Regione autonoma Valle d'Aosta

DIFESA DELLO STATO

LOMBARDIA

DGR 23.12.15, n. X/4650 - Modalità attuative per il funzionamento del comitato regionale per la legalità e la trasparenza dei contratti pubblici

Note

Viene approvato l'allegato documento «Disciplina del funzionamento del Comitato Regionale per la legalità e la trasparenza dei contratti pubblici»;

Il Comitato Regionale per la Legalità e la Trasparenza dei Contratti Pubblici si avvale, anche d'intesa con i Direttori Generali di riferimento, delle Strutture regionali e del sistema regionale che si occupano di monitoraggio del contenzioso della Giunta e del sistema regionale e della raccolta ed elaborazione dei dati dei contratti pubblici di Regione Lombardia e del sistema regionale;

Viene riconosciuta ai componenti del Comitato una somma fissa annua per l'appartenenza al collegio, il cui ammontare è di euro 9.450,00 aumentata per il Presidente di euro 2.340,00;

DIPENDENZE

LAZIO

Determinazione 16 dicembre 2015, n. G15957 - Attuazione deliberazione di Giunta regionale del 27 ottobre 2015 n.585. Approvazione del progetto operativo della Comunità Montana del Velino, in

qualità di capofila del distretto socio-sanitario RI/5, relativo alla Misura 5 "Contrasto alle dipendenze" del Piano Sociale di Zona 2015. Impegno di spesa a favore della comunità Montana del Velino di euro 20.000,00 sul capitolo H41908 del Bilancio regionale – Esercizio finanziario 2015 Missione 12, programma 04, aggregato 1.04.01.02.000. (BUR n. 105 del 31.12.15)

Note

Viene confermata anche per l'annualità 2015, il progetto operativo presentato nel 2014, per il "Contrasto alle dipendenze" Misura 5, così come richiesto dalla Comunità Montana del Velino, capofila del distretto socio-sanitario RI/5, acquisito al protocollo della Direzione Politiche Sociali, Autonomie, Sicurezza e Sport con nota del 10 dicembre 2015, n. 683815;

Viene impegnata la somma complessiva di euro 20.000,00, in favore della Comunità Montana del Velino.

Viene rinviata la verifica dell'impiego da parte della Comunità Montana del Velino delle risorse di che trattasi alla presentazione da parte dello stesso della rendicontazione delle spese sostenute dal distretto per la Misura 5 del Piano Sociale di Zona 2015 secondo i termini e le modalità all'uopo stabilite dal combinato disposto delle deliberazioni della Giunta regionale del 9 marzo 2012, n. 88 e del 25 marzo 2014, n. 136, fatta salva la facoltà da parte della competente struttura regionale di effettuare verifiche in itinere, sull'attuazione degli interventi previsti nel progetto operativo.

EDILIZIA

BASILICATA

DGR 22.12.15, n. 1673 - Legge 9 dicembre 1998, n. 431 - D.M. 29.01.2015 - L.R. 18 dicembre 2007 n. 24, art. 29 - Ripartizione tra i comuni delle risorse residue a valere sul Fondo statale e del Fondo regionale per il sostegno all'accesso alle abitazioni in locazione relativo all'anno 2015. (BUR n. 1 dell'8.1.16)

Note

Vengono ripartite le residue risorse statali del Fondo nazionale per il sostegno all'accesso alle abitazioni in locazione, di cui all'art. 11 della Legge 9.12.1998, n. 431, attribuite alla Regione Basilicata per l'anno 2015 con D.M. 29.01.2015, e le risorse stanziare per il fondo integrativo regionale di cui all'art. 29 della L.R. 24/2007 nel limite di complessivi € 184.210,44, secondo quanto riportato nella tabella seguente, nella quale è indicata, per ciascun Comune.

ENTI LOCALI

PIEMONTE

DGR 23.12.15, n. 1-2692 - L.R. 29 ottobre 2015, n. 23 "Riordino delle funzioni amministrative conferite alle province in attuazione della legge 7 aprile 2014 n. 56": approvazione accordo e relativi allegati ai sensi dell'art. 10 commi 1 e 6; approvazione ricognizione personale da trasferire ai sensi dell'art. 8, comma 3; fissazione decorrenza esercizio delle funzioni ai sensi dell'art. 11. (BUR n. 52 del 31.12.15)

Allegato A

ACCORDO IN APPLICAZIONE DELL'ART. 10, COMMI 1 E 6, DELLA LEGGE REGIONALE N. 23/2015 "RIORDINO DELLE FUNZIONI AMMINISTRATIVE CONFERITE ALLE PROVINCE IN ATTUAZIONE DELLA LEGGE 7 APRILE 2014 N. 56 (DISPOSIZIONI SULLE CITTA' METROPOLITANE, SULLE PROVINCE, SULLE UNIONI E SULLE FUSIONI DI COMUNI)"

TRA

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE PIEMONTE

I PRESIDENTI DELLE PROVINCE PIEMONTESI

E IL SINDACO DELLA CITTA' METROPOLITANA DI TORINO

Premesso che nella seduta del 4 dicembre 2015 dell'Osservatorio regionale (istituito con D.G.R. n. 2-

406 del 13.10.2014) si è preso atto della complessità della rilevazione di tutti i dati necessari all'avvio a far data dal 1.1.2016 dell'esercizio delle funzioni oggetto di riordino con L.R. n. 23/2015, in particolare rispetto alle funzioni riallocate in capo alla Regione, e dell'estrema compressione dei tempi, e si è pertanto concordato che si procederà alla definizione e stipula entro il 31.12.2015 di un accordo fra gli enti in cui saranno individuati gli elenchi nominativi del personale trasferito, i dati relativi ai beni ed alle risorse finanziarie, strumentali e organizzative strettamente indispensabili per il primo avvio della gestione delle funzioni, nonché concordate modalità di gestione dei rapporti in corso atte a garantire la continuità nell'esercizio delle funzioni, rinviando a successivi accordi integrativi il completamento della rilevazione e la più puntuale regolamentazione dei connessi rapporti;

considerato che in osservanza dell'art. 10, comma 2, della L.R. n. 23/2015, con DGR n. 1-2405 del 16 novembre 2015 si è provveduto a recepire l'accordo quadro con cui sono stati definiti i criteri per la determinazione dei contingenti numerici di personale:

- a) da trasferire per le funzioni riallocate alla Regione;
- b) da trasferire per le funzioni confermate o delegate alle Province e alla Città Metropolitana;
- c) da trasferire ai sensi del comma 3 dell'art. 10, per le funzioni generali di supporto tecnico, contabile, legale, giuridico e amministrativo, nel rispetto del tetto complessivo del 10% della spesa per tali funzioni, con la precisazione che il 60% del 10% del personale provinciale e della Città Metropolitana è individuato con avviso per manifestazione di interesse al trasferimento presso la Regione ed il 40% del 10% è individuato dagli enti di area vasta e dalla Città metropolitana mediante procedura di selezione per svolgere le funzioni generali di supporto alle funzioni riconferite a tali enti.

Ai sensi dell'art. 12, comma 4, della L.R. n. 23/2015, il personale di cui alle lettere b) e c), per quest'ultima fattispecie limitatamente al 40% del 10%, verrà distaccato presso le Province e la Città Metropolitana, previa sottoscrizione di apposite convenzioni per la gestione del rapporto di lavoro e previo confronto con le organizzazioni sindacali;

dato atto che il predetto accordo quadro, sottoscritto digitalmente dal Presidente della Regione Piemonte, dal Sindaco della Città metropolitana di Torino e dai Presidenti delle province piemontesi, si è perfezionato in data 30.11.2015;

dato atto che le Province e la Città metropolitana hanno provveduto all'individuazione degli elenchi nominativi del personale, in osservanza dei criteri definiti nell'accordo quadro sopra citato, da trasferire alla Regione ai sensi e per gli effetti degli artt. 10 e 12 della L.R. n. 23/2015;

dato atto che con riferimento al contingente di personale delle funzioni trasversali riferito al 60% del 10%, art. 10, comma 3, con verbale in data 16 dicembre 2015, la Commissione allo scopo istituita ha concluso la fase istruttoria pervenendo alla formulazione di elenchi provvisori di personale in corrispondenza dei profili e delle figure professionali oggetto dell'avviso, sulla base dei criteri dell'accordo quadro recepito con DGR n. 1-2405 del 16 novembre 2015. Detto elenco è stato trasmesso al Direttore competente in materia di personale al fine di comporre anche sulla base delle risultanze delle procedure di selezione svolte dagli enti di area vasta il quadro definitivo del personale da trasferire in Regione e da distaccare nelle Province e Città Metropolitana, osservando il criterio del tetto complessivo di spesa del 10% previsto in legge per tali funzioni;

dato atto che, a seguito di appositi incontri tecnici per l'attuazione delle disposizioni degli artt. 10, comma 3, e 12 della L.R. n.23/2015, si è provveduto alla definitiva determinazione numerica e nominativa del personale che svolge funzioni generali di supporto da trasferire;

dato atto che gli elenchi nominativi di tutto il personale da trasferire, in osservanza dei criteri definiti nell'accordo quadro di cui al comma 2 dell'art. 10, sono indicati nei prospetti allegati al presente atto per formarne parte integrante e sostanziale, distinti per ogni singola Provincia e Città Metropolitana (Allegati 1-8, 9 e 10);

ritenuto opportuno, in questa fase di prima attuazione e per le motivazioni indicate nella seduta dell'Osservatorio regionale del 4.12.2015, pervenire all'elaborazione di un accordo che individui le disposizioni generali e comuni riferite ai diversi aspetti applicativi degli articoli 10, 12, 13 e 14 della L.R. n. 23/2015;

precisato che detto accordo potrà successivamente essere integrato da distinti accordi, atti a disciplinare in modo differenziato eventuali situazioni diversificate presenti in ogni Provincia e Città Metropolitana, nonché aspetti procedurali di dettaglio inerenti la compiuta definizione degli adempimenti di cui agli artt. 13 e 14 della L.R. n. 23/2015 che nel presente accordo sono stati delineati con regole a carattere generale;

precisato altresì che nell'accordo si dà evidenza delle fattispecie di cui all'art. 10, commi 4 e 5 della L.R. n. 23/2015, per gli aspetti di spesa corrispondenti;

Tutto ciò premesso,

le parti convengono sui seguenti punti:

1. CONTINGENTI DI PERSONALE

I contingenti di personale da trasferire sono così composti e compresi negli **Allegati dall'1 all'8**, con riferimento alle Province piemontesi e alla Città metropolitana di Torino:

a) personale addetto alle FUNZIONI RIALLOCATE ALLA REGIONE

b) personale addetto alle FUNZIONI CONFERMATE O DELEGATE ALLE PROVINCE E

ALLA CITTÀ METROPOLITANA (personale trasferito in Regione e distaccato alle Province e alla Città metropolitana)

c) personale DA TRASFERIRE PER LE FUNZIONI TRASVERSALI (nella percentuale del 60% del 10% ricollocato direttamente presso la Regione Piemonte e nella percentuale del 40% del 10 % da distaccare alle Province e Città metropolitana a supporto delle funzioni riconferite agli stessi enti).

Ai sensi dell'art. 10, comma 5, della L.R. n. 23/2015, nell'**Allegato 9** è nominativamente individuato il personale che svolge le funzioni di polizia amministrativa locale dotato di qualifica di agente/ufficiale PG e/o di PS (ivi compresi i funzionari addetti ai Servizi Antisofisticazioni Vinicole – SAV) connesse alle funzioni confermate, delegate o riallocate alla Regione, ai fini dell'avvalimento dell'attività degli stessi da parte della Regione per le funzioni ad essa riallocate o da parte delle Province per le funzioni confermate o delegate.

Ai sensi dell'art. 10, comma 6 nell'**Allegato 10** è nominativamente individuato il personale escluso dal trasferimento ai sensi dell'art. 12, comma 2 della L.R. n. 23/2015 per cui è previsto il collocamento a riposo entro il 31 dicembre 2016 e per il quale la Regione attiva forme di avvalimento.

2. DISPOSIZIONI INERENTI IL TRASFERIMENTO DEL PERSONALE NEI RUOLI REGIONALI

Ai sensi dell'art. 12, comma 1, della L.R. n. 23/2015 al personale dirigente e delle categorie delle province e della Città metropolitana trasferito alla Regione per lo svolgimento delle funzioni di cui agli artt. 2, 5, 8, 9 e all'art. 10, comma 3, si applica il trattamento economico e giuridico stabilito dall'art. 1, comma 96, lettera a) della L. n. 56/2014, con riferimento per il trattamento economico accessorio a quello stabilito dai rispettivi contratti decentrati vigenti alla data di entrata in vigore della legge medesima. Al personale trasferito viene riconosciuta la posizione economica relativa ai trattamenti accessori aventi natura fissa e continuativa, quali posizione organizzativa, alta professionalità e posizione dirigenziale. Al personale trasferito ai sensi dell'art. 10, comma 3 si applica la stessa regola a condizione che l'incarico rivestito integri la figura professionale per la quale il dipendente è trasferito.

I buoni pasto, sostitutivi del servizio di mensa, saranno erogati dall'amministrazione regionale.

In ogni caso verrà rimborsata agli enti utilizzatori la spesa eventualmente sostenuta al fine di garantire il servizio sostitutivo di mensa ai dipendenti nella fase transitoria.

Dalla data di trasferimento del personale, per quanto attiene l'ammontare delle risorse decentrate per il finanziamento delle voci per il trattamento economico accessorio nonché per la progressione

economica orizzontale, la Città metropolitana e le province, ai sensi dell'art. 12, comma 5 della L.R. n.23/2015, riducono del medesimo importo le risorse e i fondi di rispettiva competenza sulla base delle istruzioni

operative della Ragioneria Generale dello Stato.

I dipendenti distaccati (di cui al comma 4, dell'art. 12, della L.R. n. 23/2015) operano presso le strutture dell'Ente a cui afferiscono le funzioni da ciascuno svolte e dipendono funzionalmente dal dirigente della struttura stessa. L'adozione degli atti di gestione ordinaria e di organizzazione (atti di micro organizzazione) competono al dirigente responsabile della struttura cui il dipendente è assegnato. Le regole di gestione del rapporto di lavoro di tali dipendenti sono definite con le convenzioni tra la Regione e gli enti di utilizzo previste dallo stesso art. 12, comma 4.

La titolarità del rapporto di lavoro di tutti i dipendenti trasferiti nel ruolo separato transitorio della Giunta regionale è posta in capo alla Regione Piemonte; gli atti di gestione del rapporto che comportano

modifiche giuridiche ed economiche dello status del dipendente spettano alla direzione competente in materia di personale del ruolo della Giunta regionale.

2.1 INDICAZIONI OPERATIVE PER GARANTIRE LA CONTINUITA' DELL'AZIONE AMMINISTRATIVA

La Regione, le Province e la Città metropolitana di Torino si impegnano a garantire la continuità dei servizi rivolti alle persone e alle imprese, svolti nell'ambito delle funzioni oggetto di trasferimento, per tutto il periodo transitorio necessario alla piena attuazione del nuovo assetto istituzionale ed organizzativo, continuando ad applicare, per il tempo strettamente necessario ad adottare una nuova disciplina regionale, le attuali disposizioni e procedure promananti da norme regolamentari provinciali.

Nelle more del provvedimento per la nuova configurazione degli uffici della Regione, da assumersi da parte della Giunta regionale, ai sensi dell'art. 12, comma 8 L.R. n. 23/2015, sulla base delle proprie esigenze per lo svolgimento dei servizi e delle attività, il personale proveniente dalle Province e dalla Città metropolitana è assegnato alle rispettive direzioni regionali cui afferiscono le funzioni.

Ciascun direttore, in relazione alle necessità operative ed organizzative e ai fini di garantire continuità all'azione amministrativa, ha facoltà di delegare specifiche funzioni con relativa responsabilità di firma a responsabili di settore (ad integrazione delle competenze assegnate nelle specifiche declaratorie di settore) ovvero a dirigenti in staff assegnati alla direzione stessa.

In caso di difficoltà di gestione da parte della Regione Piemonte e da parte delle Province o della Città metropolitana di funzioni fra loro intrinsecamente connesse, a causa del limitato contingente di personale disponibile rispetto alle attività da svolgere, i direttori regionali competenti stabiliscono in accordo con i direttori interessati degli enti di area vasta o della Città metropolitana le modalità di gestione delle attività e i carichi di lavoro, ripartiti fra il personale riallocato in Regione e quello distaccato presso gli enti. Analoghi accordi saranno definiti per il personale trasferito alla Regione titolare di incarichi quali per esempio direzione lavori che devono essere svolti senza soluzione di continuità.

Parimenti, è ascritta a ciascun direttore regionale la possibilità di concordare con i direttori degli enti interessati indirizzi e disposizioni attuative di dettaglio, finalizzate all'ottimale gestione della funzione.

Per l'attuazione del comma 7 dell'art. 13 della L.R. 23/2015 il direttore regionale competente individua e mette a disposizione il necessario personale trasferito, tenuto conto della ricognizione dei procedimenti e delle attività in corso di cui ai commi 5 e 6 della legge comunicata dagli enti di area vasta. Le province e la Città metropolitana si avvalgono a titolo gratuito di tale personale formalizzandone l'utilizzo anche con legittimazione alla firma degli atti.

Con specifico riguardo alla funzione formazione professionale e orientamento delegata alla Città Metropolitana ai sensi dell'art. 5, comma 3 della L.R. n.23/2015, il direttore regionale competente è autorizzato ad adottare le misure organizzative necessarie ad assicurare la continuità

amministrativa, attribuendo gli opportuni incarichi ai dirigenti transitati nel ruolo separato della Regione e al personale anch'esso transitato nei ruoli della Regione, in un'ottica di reciprocità e con l'obiettivo di individuare le soluzioni più funzionali all'esercizio della funzione, con particolare riguardo alle attività suscettibili di essere gestite in forma unitaria ai fini della semplificazione e razionalizzazione dell'azione amministrativa, anche attraverso misure di ottimizzazione nella gestione del personale.

Riguardo ai nuovi procedimenti relativi alle funzioni amministrative di cui all'art. 8, comma 1 l.r. 23/2015 che saranno avviati a far data dal 1.1.2016, le Direzioni regionali competenti valuteranno caso per caso, secondo criteri di economicità, efficacia, imparzialità ed efficienza, in relazione al numero, alla complessità dei procedimenti e ai termini di conclusione degli stessi, ogni azione e misura necessaria da adottare, a conclusione della ricognizione dei procedimenti effettuata dalle province e dalla Città metropolitana come indicato al punto 5. A tale riguardo, la Giunta regionale emanerà un provvedimento ricognitivo dei procedimenti amministrativi di cui all'art.8, comma 1, individuando la disciplina applicabile, i termini di conclusione dei procedimenti e i responsabili di ciascun procedimento, allo scopo di assicurare la massima trasparenza e certezza a favore delle persone e delle imprese.

Al fine di consentire il completamento, ove possibile, delle attività in corso aventi rilevanza contabile e finanziaria, nonché il compimento degli adempimenti urgenti derivanti dalla novazione soggettiva dei contratti stipulati e dalle obbligazioni giuridiche a qualsiasi titolo assunte a tutto il 31 dicembre 2015, con riferimento alle funzioni oggetto di riallocazione in capo alla Regione ai sensi dell'art. 8 L.R. n.23/2015, è previsto un periodo transitorio fino al 31 marzo 2016 durante il quale:

a) le province e la Città Metropolitana di Torino utilizzano il personale transitato nei ruoli regionali di cui all'art. 12 L.R. n. 23/2015, in regime di avvalimento, senza corrispondere alcun rimborso a tale titolo alla Regione Piemonte;

b) i Dirigenti nonché il personale titolare di responsabilità di procedimento a tutto il 31 dicembre 2015 di cui alla lettera a) provvedono, secondo le competenze previste nei regolamenti di organizzazione dei Servizi e degli Uffici degli enti di provenienza e nell'ambito delle rispettive competenze a tale data, agli adempimenti contabili di cui al decreto legislativo n. 118 del 23 giugno 2011 (Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42), compreso il riaccertamento ordinario dei residui formati a tutto il 31 dicembre 2015, al recupero delle entrate, alla liquidazione delle spettanze dovute, nonché a tutti quegli atti che consentano la continuità dei servizi assunti e delle attività avviate a tutto il 31 dicembre 2015, d'intesa con le competenti strutture regionali.

La definizione dei reciproci rapporti finanziari a credito/debito tra la Regione e le province/Città Metropolitana di Torino è demandata a specifici accordi da approvarsi dai competenti organi dei rispettivi Enti.

2.2. FASE TRANSITORIA DI GESTIONE DEL PERSONALE CHE SVOLGE FUNZIONI RIALLOCATE ALLA REGIONE

Il personale trasferito che svolge le funzioni riallocate alla Regione per il periodo in cui continua ad operare presso l'ente di provenienza ai sensi del punto 3 del presente accordo svolge la propria prestazione lavorativa con le articolazioni orarie già fruite presso tale ente. La presenza viene rilevata con il sistema automatizzato dello stesso ente. La rilevazione, gestione ed elaborazione degli orari di presenza e delle assenze viene effettuata con gli stessi sistemi dell'ente. Il dipendente timbra con il tesserino dell'ente di provenienza per la bollatura dell'orario di lavoro. Le assenze sono autorizzate dal direttore regionale o dirigente da lui delegato. Nella fase a regime verranno applicate al predetto personale le articolazioni orarie regionali.

Le modificazioni del rapporto di lavoro, conseguenti ad aspettative e congedi, l'applicazione della disciplina dell'incompatibilità e della normativa disciplinare sono effettuate dai soggetti competenti della Regione, essendo il rapporto di lavoro in capo a tale ente.

L'ente di provenienza comunica alla Regione le seguenti autorizzazioni di assenze in corso alla data di trasferimento del dipendente e trasmette i relativi provvedimenti di autorizzazione e/o la documentazione prodotta per la richiesta:

- autorizzazione a fruire di congedi dei genitori;
- autorizzazione a fruire di permessi ex L. 104/1992;
- autorizzazione a fruire di permessi per mandato amministrativo;
- autorizzazione a fruire di permessi per studio 150 ore (e autorizzati per anno accademico o scolastico 2015/2016);
- autorizzazione a fruire di aspettative e congedi.

La Regione provvede alla presa d'atto e alla conferma delle stesse.

Sono comunicate alla Regione anche le quantità di aspettative e congedi già fruiti dal dipendente alla data di trasferimento.

L'ente comunica alla Regione gli eventuali incarichi autorizzati ed in atto alla data del trasferimento del dipendente, trasmettendo, altresì, gli atti di autorizzazione; la Regione effettua l'accertamento di insussistenza di conflitto di interessi e conferma l'autorizzazione, comunicando al soggetto in favore del quale è svolto l'incarico il cambio di datore di lavoro a cui va comunicato il compenso attribuito ai fini dell'inserimento nell'anagrafe delle prestazioni.

Il personale verrà informato circa le disposizioni di gestione del rapporto di lavoro presso la Regione e circa le modalità operative dettagliate per la gestione della prestazione lavorativa durante la fase transitoria con apposite note e con successivi incontri dedicati da parte dei direttori regionali cui viene assegnato il personale trasferito e dal direttore competente in materia di personale.

3. DISPOSIZIONI INERENTI I BENI, LE RISORSE STRUMENTALI E ORGANIZZATIVE (ARTT. 13 E 14, L.R. 23/2015)

Il personale trasferito in Regione continua ad operare nella sede dell'ente di provenienza con la dotazione strumentale in esercizio fino alla definizione dei rapporti tra l'ente e la Regione in sede di stipulazione di specifici accordi, ai sensi dell'art. 10 della L.R. n. 23/2015, con le singole Province/Città metropolitana sul trasferimento dei beni mobili e immobili e delle risorse strumentali dell'ente di provenienza, nel rispetto della L. 56/2014 e degli artt. 4-5 del d.p.c.m. del 26 settembre 2014.

In considerazione di diverse valutazioni economiche-organizzative connesse all'eccessiva onerosità dei pesi e delle spese inerenti tali beni o all'esigenza di razionalizzazione delle sedi regionali, finalizzata principalmente alla contrazione delle spese di gestione, resta salva la facoltà per la Regione di rinuncia al trasferimento e all'uso dei beni immobili nei quali opera il personale trasferito dalla Provincia/Città metropolitana, qualora risulti possibile dar corso all'allocatione del suddetto personale presso altre idonee sedi regionali in proprietà o in uso.

Tenuto conto di quanto previsto dall'articolo 8 della L.R. 23/2015, la Regione e le province, entro sei mesi dall'entrata in vigore della stessa legge, attueranno un piano di razionalizzazione e successiva risoluzione dei contratti di locazione e dismissione degli immobili in attuazione di quanto previsto all'art. 14, comma 1 della L.R. n. 23/2015 (*Razionalizzazione del patrimonio delle province*).

4. DISPOSIZIONI INERENTI I PROCEDIMENTI IN CORSO (ART. 13, L.R. 23/2015)

Relativamente alle funzioni che saranno riallocate in capo alla Regione ai sensi dell'art. 8, commi 1 e 2, a far data dal 1.1.2016 (art.11), l'art. 13 della L.R. n.23/2015 stabilisce che la Regione subentra, fra l'altro, nella titolarità dei rapporti attivi e passivi, compreso l'eventuale contenzioso, nonché nella definizione dei procedimenti già avviati.

Nella norma sono altresì regolate le ipotesi in cui determinati procedimenti rimangono di competenza delle singole province e della Città metropolitana, derogando alla regola generale.

Nella seduta dell'Osservatorio regionale del 4.12.2015, come previsto dall'art. 13, comma 2, L.R. n.23/2015, sono stati definiti criteri e modalità per consentire alle singole province e alla Città metropolitana di effettuare la ricognizione dei procedimenti e delle attività in corso, compreso il

relativo contenzioso, ai fini del trasferimento delle funzioni amministrative ex provinciali riallocate in capo alla Regione.

In particolare, sono stati individuati i dati necessari per una efficace presa in carico dei procedimenti (denominazione del procedimento, eventuale disciplina regolamentare specifica, termini di conclusione, numeri dei procedimenti in corso, responsabili di ciascun procedimento, eventuali responsabili dell'istruttoria) stabilendo una graduale scansione temporale per la trasmissione degli stessi, differenziata in relazione ai termini di conclusione dei procedimenti, tenuto conto dei numerosi adempimenti posti a carico degli enti provinciali necessari a garantire il passaggio delle funzioni a far data dal 1.1.2016 senza soluzioni di continuità.

Si è, inoltre, concordata una clausola residuale di garanzia, volta a stabilire che eventuali dubbi interpretativi nella individuazione dei procedimenti in corso vengano affrontati e risolti attraverso contatti diretti tra le strutture competenti dei rispettivi enti; nel caso in cui dovessero permanere divergenze interpretative, le questioni saranno sottoposte all'esame della struttura tecnica a supporto dell'Osservatorio regionale per un tentativo di composizione e definizione.

Allo scopo di assicurare un'efficace presa in carico dei procedimenti in corso, di cui la Regione assumerà la titolarità a partire dall'1.1.2016 e in scadenza al 31.1.2016, tenuto conto dei ristretti tempi di conclusione degli stessi e nelle more del provvedimento per la nuova configurazione degli uffici della Regione, da assumere a compimento dell'intero processo di riordino delle funzioni amministrative provinciali, il Consiglio regionale su proposta della Giunta ha previsto, con la deliberazione legislativa del 15 dicembre 2015 di approvazione della legge contenente disposizioni collegate alla manovra finanziaria per l'anno 2015, una proroga di trenta giorni dei termini di conclusione dei procedimenti in scadenza al 31.1.2016.

Conformemente a quanto stabilito nella seduta dell'Osservatorio regionale del 4.12.2015 riguardo al contenzioso in essere rispetto alle funzioni ricondotte alla competenza della Regione, il settore Avvocatura della Regione provvederà direttamente a richiedere i dati necessari (elenco delle cause in corso con indicazione delle scadenze processuali e del nominativo degli avvocati patrocinanti).

5. DISPOSIZIONI INERENTI LE MODALITA' DI AVVALIMENTO DA PARTE DELLA REGIONE DEL PERSONALE PROVINCIALE

La Regione si avvale del personale escluso dal trasferimento ai sensi dell'art. 12, comma 2; lo stesso personale, in relazione alle funzioni esercitate, opera con le modalità previste per il personale che segue le funzioni riallocate in regione o con quelle previste per il personale distaccato che svolge funzioni confermate, delegate o attribuite agli enti. Lo stesso personale mantiene l'articolazione oraria già fruita presso l'ente di provenienza in capo a cui rimane la titolarità del rapporto di lavoro del medesimo, compresa la titolarità degli atti relativi alla cessazione del rapporto di lavoro.

Ai fini di un corretto svolgimento delle funzioni di controllo e di vigilanza sulla preparazione e sul commercio dei prodotti vitivinicoli, di cui alla L.R. n.39/1980 e s.m.i., la direzione regionale competente si avvale di un contingente della polizia amministrativa locale, già addetto ai Servizi Antisofisticazioni Vinicole (SAV). A tale proposito saranno concordate con la Città metropolitana di Torino e le altre Province interessate appositi accordi, contenenti disposizioni attuative di dettaglio, per l'avvalimento di tale personale.

6. QUANTIFICAZIONE E RIPARTIZIONE DELLE RISORSE PER IL CONCORSO ALLE SPESE PER IL PERSONALE ADIBITO ALLE FUNZIONI IN MATERIA DI AMBIENTE E DI POLIZIA AMMINISTRATIVA LOCALE

In merito al concorso alle spese per il personale provinciale adibito alle funzioni fondamentali in materia di ambiente, la Regione Piemonte si fa carico di una quota pari al 40% della spesa massima teorica – pari a euro 4.950.000- riferita alla retribuzione complessiva di 302 dipendenti addetti a tali funzioni, in organico alle Province e alla Città Metropolitana di Torino al 1/1/2016.

La ripartizione di tale concorso alle spese avviene sulla base di successivi e specifici accordi.

La spesa complessiva relativa al personale addetto alle funzioni di polizia amministrativa locale, appartenente all'organico separato di ciascuna Provincia e della Città Metropolitana di Torino, è a

carico della Regione Piemonte in virtù dell'identificazione di n. 145 soggetti, di cui 11 pensionandi nel corso dell'anno 2016.

La spesa complessiva risulta comunque non superiore a euro 5.840.000, come già indicato nell'accordo quadro adottato dalla Giunta Regionale del Piemonte con DGR n. 1-2405 del 16 novembre 2015.

Tale spesa massima presunta viene suddivisa sulla base delle dotazioni organiche individuate dalle Province e dalla Città Metropolitana di Torino sia in sede di mappatura, sia nei successivi incontri finalizzati alla validazione degli elenchi nominativi, ed è riferita al personale addetto alle funzioni di polizia locale dotato di qualifica di PG e/o PS al 1/1/2016.

7. INDICAZIONI PER LA GESTIONE DEI SERVIZI PER L'IMPIEGO E DELLE POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO

Si dà atto che con DGR n. 29-2566 del 9.12.2015 la Giunta regionale ha approvato lo schema di convenzione tra il Ministero del Lavoro e delle politiche sociali e la Regione Piemonte finalizzata a regolare i rapporti ed i rispettivi obblighi in relazione alla gestione dei servizi per l'impiego e delle politiche attive del lavoro alla quale si fa rinvio per i relativi contenuti, con particolare riferimento alla fase di transizione verso un diverso assetto di competenze.

Torino,

Il Presidente della Regione Piemonte Il Sindaco della Città Metropolitana di Torino

.....
.....

Il Presidente della Provincia di Alessandria

.....
.....

Il Presidente della Provincia di Asti

.....
.....

Il Presidente della Provincia di Biella

.....
.....

Il Presidente della Provincia di Cuneo

.....
.....

Il Presidente della Provincia di Novara

.....
.....

Il Presidente della Provincia di Vercelli

.....
.....

Il Presidente della Provincia del Verbano Cusio

Ossola

.....
.....

VENETO

DGR N. 1733 1.12.1, 15 - Determinazione della nuova dotazione organica della giunta regionale ai sensi della legge regionale 29 ottobre 2015, n. 19 recante "disposizioni per il riordino delle funzioni amministrative provinciali". (BUR n. 125 del 3e1.12.15)

Note

PREMESSA

La Regione del Veneto con Legge regionale 29 ottobre 2015, n. 19, recante "*Disposizioni per il riordino delle funzioni amministrative provinciali*" ha dato attuazione a quanto previsto dalla Legge 7 aprile 2014, n. 56, meglio nota come Riforma Delrio, recante "*Disposizioni sulle città Metropolitane, sulle Province, sulle unioni e fusioni di Comuni*", laddove all'art.1, comma 89, era previsto un complesso processo di riordino, con il riconoscimento alla Regione di un ruolo di primo piano in merito alla riallocazione delle predette funzioni nelle materie di competenza regionale.

L'articolo 2 della citata legge n. 19/2015 prevede che le province, quali enti di area vasta, oltre alle funzioni fondamentali, continuano ad esercitare le funzioni già conferite dalla Regione del Veneto in attuazione del decentramento amministrativo, nonché le attività di polizia provinciale ad esse correlate. Il comma 2, in particolare, prevede che il personale provinciale, che esercita le funzioni

non fondamentali, continua a svolgerle nei limiti della dotazione finanziaria individuata dalla medesima legge e secondo la vigente legislazione.

Il successivo articolo 9 "*Disposizioni finali*" prevede la stipulazione di accordi tra la Regione e le singole province e la Città Metropolitana di Venezia con i quali potranno essere definiti gli standard dei servizi, le risorse umane e la dotazione di beni strumentali necessari all'attuazione della legge.

La Regione del Veneto assicurerà per gli anni 2015/2017 la copertura del costo del personale provinciale che alla data del 30 ottobre 2015 continua ad esercitare le funzioni non fondamentali, compreso il costo del personale addetto alle funzioni di polizia provinciale, personale che rimane inserito nelle dotazioni organiche provinciali e della Città Metropolitana di Venezia, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 9, comma 7, della legge n. 19/2015.

Con l'Accordo per la definizione delle procedure di ricollocazione del personale delle province e della Città Metropolitana di Venezia, sottoscritto in data 30 ottobre 2015 in sede di Osservatorio Regionale per l'attuazione della Legge n. 56/2014, di cui al Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 165 del 30 ottobre 2015, come ratificato dalla Deliberazione di Giunta Regionale n. 1521 del 3 novembre 2015, tra la Regione del Veneto, l'UPI Veneto, la Città Metropolitana di Venezia, l'ANCI Veneto, l'UNCEM e la Provincia di Belluno, è stato individuato il personale provinciale adibito alle funzioni non fondamentali oggetto di riordino ai sensi della citata L.R. n. 19/2015. Detto personale è stato quindi inserito nel Portale della Mobilità di cui al DM 14 settembre 2015 a cura della Regione.

L'articolo 2 del suddetto Accordo ha quindi previsto che il personale così come sopra individuato è trasferito con decorrenza 1° gennaio 2016 nei ruoli della Regione del Veneto.

LA DISPOSIZIONE

Si procede ad una nuova determinazione in senso ampliativo dell'attuale dotazione organica della Giunta Regionale, così come individuata da ultimo con deliberazione di Giunta Regionale n. 429 del 10 aprile 2013:

Dirigenti	Categoria D	Categoria C	Categoria B	Categoria A	Totale
248	1.146	727	583	0	2704

All'interno della nuova e unica dotazione organica regionale, il personale provinciale adibito alle funzioni non fondamentali e che verrà trasferito nei ruoli regionali a decorrere dal 1° gennaio 2016 manterrà ai sensi di quanto previsto dall'articolo 1, comma 96, lettera a), della Legge n. 56/2014, nonché dall'articolo 10 del DM 14 settembre 2015, la posizione giuridica ed economica, con riferimento alle voci del trattamento economico fondamentale e accessorio, in godimento all'atto del trasferimento, nonché l'anzianità di servizio maturata.

Le risorse destinate a finanziare le voci fisse e variabili del trattamento accessorio, nonché la progressione economica orizzontale, in base a quanto previsto dalle disposizioni contrattuali vigenti, vanno a costituire specifici fondi, destinati esclusivamente al personale trasferito. I compensi di produttività, la retribuzione di risultato e le indennità accessorie di detto personale rimangono quindi determinati negli importi goduti antecedentemente al trasferimento e non possono essere incrementati fino all'applicazione del contratto collettivo decentrato integrativo che verrà sottoscritto conseguentemente al primo contratto collettivo nazionale di lavoro stipulato dopo l'entrata in vigore della Legge n. 56/2014.

FAMIGLIA

ABRUZZO

DGR 16.12.15, n. 51/2 - Piano regionale degli interventi in favore della famiglia. Anno 2015, in attuazione della L.R. 2.5.1995, n. 95.

Note**INTRODUZIONE NORMATIVA**

L.R. 2.5.1995, n. 95 “Provvidenze in favore della famiglia” e, in particolare, l’art. 3 che demanda al Consiglio regionale la programmazione delle attività, delle prestazioni e degli interventi in favore della famiglia, nel quadro più ampio della programmazione sociale e sanitaria regionale;

DCR n. 47/2 del 24.10.2006 e successive modificazioni e integrazioni, pubblicata sul BURAT n. 101 speciale del 22.11.2006, con cui sono stati determinati gli Ambiti Territoriali Sociali ai sensi della Legge 328 dell’8.11.2000;

Piano Sociale Regionale 2011/2013, approvato dal Consiglio regionale con verbale n. 75/1 del 25.3.2011, pubblicato nel BURAT n. 20 speciale del 30.3.2011;

LA DISPOSIZIONE

Viene approvato, in attuazione della L.R. 2.5.1995, n. 95, il “*Piano Regionale di interventi in favore della Famiglia. Anno 2015*”, così come proposto dalla Giunta regionale ed emendato nell’allegato A al presente atto, di cui forma parte integrante e sostanziale, e della “*Scheda di progetto*”, allegato B al presente atto, di cui forma parte integrante e sostanziale;

Segue Allegato

LOMBARDIA

DGR 29.12.15, n. X/4703 - Determinazione in ordine al fondo per le politiche della famiglia. (BUR n. 53 del 31.12.15)

Note**INTRODUZIONE NORMATIVA**

Secondo l’art. 2, comma 4, lett. b) dello Statuto d’autonomia della Regione Lombardia la Regione tutela la famiglia, come riconosciuta dalla Costituzione, con adeguate politiche sociali, economiche e fiscali, avendo particolare riguardo ai figli, alla funzione educativa e alla cura delle persone anziane.

le leggi regionali:

la l. r. 6 dicembre 1999, n. 23 «*Politiche regionali per la famiglia*»;

la l. r. 12 marzo 2008 n. 3 «*Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario*» ed in particolare l’articolo 11 che prevede che Regione Lombardia possa promuovere e sostenere unità di offerta innovative che comprendono altresì interventi di sostegno economico alle persone;

gli atti regionali

deliberazione del Consiglio regionale n. X/78 del 9 luglio 2013 «*Programma Regionale di sviluppo della X legislatura*», pubblicato sul BURL n. 30 del 23 luglio 2013 ed in particolare la parte che prevede espressamente l’ottimizzazione degli interventi di tutela dei minori e quelli, anche economici, di sostegno alla natalità e alla maternità;

d.g.r n. 2595 del 31 ottobre 2014 «*Nuova disciplina delle misure Nasko e Cresco conseguenti ai risultati della sperimentazione*» che al termine della sperimentazione delle misure a favore della natalità e maternità, dispone di intervenire, ampliando il raggio di azione degli strumenti attualmente vigenti, anche attraverso l’utilizzo delle risorse stanziare con decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali.

LE CRITICITA’

Avuto riguardo degli esiti del gruppo tecnico, interno alla Terza Commissione del Consiglio regionale, relativamente ai dati e alla relazione presentati dall’Assessore alla Famiglia, Solidarietà sociale e Volontariato relativi agli esiti della sperimentazione delle iniziative a favore della natalità e maternità, nonché della relazione presentata dall’Assessorato competente e fatta propria dalla Terza Commissione del Consiglio regionale, è emerso che le misure adottate da Regione Lombardia coprono solo parte del bisogno emerso del territorio e che pertanto si ritiene utile integrarle nel contesto complessivo dei servizi e degli interventi sociali erogati a livello territoriale, in stretto raccordo con gli enti locali e le realtà di volontariato e privato sociale operanti in questo contesto;

L’INCREMENTO DELLE RISORSE

A seguito delle azioni di rendicontazione trimestrale, da parte delle Asl, riguardanti l'impiego efficiente ed efficace della destinazione delle risorse nella risposta integrata e tempestiva dei bisogni delle donne e delle neo mamme in condizione di disagio socio-economico, si è ritenuto necessario con d.g.r n. 4152 del 8 ottobre 2015 «*Reddito di autonomia: determinazioni in merito a misure a sostegno della famiglia per favorire il benessere e l'inclusione sociale*» destinare ulteriori risorse, pari a 3.000.000 di euro per lo sviluppo dell'autonomia e del sostegno alla natalità, integrando la rete complessiva dei servizi e degli interventi sociali erogati a livello territoriale, in stretto raccordo con le Aziende Sanitarie Locali e la rete dei consultori.

GLI INTERVENTI A SOSTEGNO DELLA MATERNITA'

Viene ritenuto prioritario, in base ad una valutazione attuale dei bisogni, considerare gli interventi a sostegno della maternità/natalità in modo complessivo ed integrato, considerando come spesso il bisogno, soprattutto in un momento di vita quale quello della gravidanza e di primo anno di vita del bambino, sia nella maggior parte dei casi di tipo psicologico-sociale, soprattutto nel caso di minorenni e di donne sole in gravidanza.

In Lombardia nel 2015 sono aumentate le minorenni e le donne sole in stato di gravidanza e che pertanto è necessario intervenire con azioni a loro favore.

IL PERCORSO PERSONALIZZATO

Emerge la necessità di accompagnare, affiancare e sostenere la madre minorenni e la donna sola nelle diverse fasi del «ciclo di vita» che la gravidanza e la nascita del figlio determinano, con un percorso personalizzato ad hoc che veda il coinvolgimento di tutte le professionalità e i servizi presenti sul territorio per superare il momento di fragilità e difficoltà legata alla età, alla condizione familiare e alla nascita di un figlio.

LE RISORSE

Vengono destinate le risorse del Fondo per le politiche della famiglia per l'anno 2014, pari a euro 707.500,00 e di euro 141.500,00 a titolo di cofinanziamento, per un totale complessivo di euro 849.000 per assicurare le misure a sostegno della natalità per l'anno 2016, anche con particolare riferimento alle minorenni e alle donne sole in stato di gravidanza, che verranno attribuite alle Aziende Sanitarie Locali, in base ai seguenti indicatori, allegato A) parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

numero di minorenni residenti di età compresa tra i 15 e i 17 anni di età, cui è associato un peso pari al 30%;

numero di donne residenti di età compresa tra i 18 e i 49 anni (età fertile), cui è associato un peso ponderato pari al 30%;

numero di nati vivi cui è associato un peso ponderato pari al 30%;

numero di interruzioni di gravidanza cui è associato un peso ponderato pari al 10%;

I CRITERI DI ACCESSO

Vengono confermati i criteri di accesso, l'entità del contributo e le modalità di erogazione del contributo secondo le previsioni contenute nella d.g.r n. 2595 del 31 ottobre 2014, relativa alla iniziativa Nasko ;

Dato atto che dette risorse consentono di garantire il finanziamento degli interventi per il

GIOVANI

ABRUZZO

L.R. 28.12.15 n. 42 - Interventi a sostegno di giovani già ospiti di strutture di accoglienza e ulteriori disposizioni finanziarie. **L.R. 28.12.15, n. 83** - Bilancio di previsione per l'anno finanziario 2016 e pluriennale 2016 - 2018. (BUR n. 57 del 29.12.15)

Art. 1

(Oggetto e Finalità)

1. La presente legge intende garantire una accoglienza assistita ai giovani già ospiti di comunità educative o case famiglia, di seguito denominate strutture, che, una volta compiuta la maggiore età, sono costretti ad abbandonare le strutture di accoglienza e non hanno più alcuna rete sociale in grado di sostenerli ed aiutarli nel percorso di crescita ed autonomia.
2. La presente legge è volta a promuovere una serie di azioni che da un lato garantiscano l'assistenza materiale dei giovani (vitto, alloggio, igiene, cura della persona, cure mediche, tempo libero, sport) e dall'altro pianifichino una serie di interventi volti a valorizzare la piena autonomia dei soggetti attraverso una vera integrazione ed un pieno sviluppo di capacità e competenze per l'inserimento personale e professionale nella società.

Art. 2

(Definizioni)

1. Ai fini della presente legge si intendono per giovani ospiti coloro per i quali si sia reso necessario l'allontanamento dalla famiglia di origine o che siano costretti per altre ragioni a vivere temporaneamente al di fuori del nucleo familiare di appartenenza e che abbiano compiuto la maggiore età.

Art. 3

(Fasi di attuazione)

1. La presente legge è articolata in tre fasi d'intervento:
 - a) Fase 1-Accoglienza Assistita. Le Strutture garantiscono al giovane la piena assistenza rispetto a tutti i bisogni dello stesso (cura della persona, visite mediche, igiene personale, pasti, alloggio, consulenza psicologica, tempo libero e svago, sostegno scolastico);
 - b) Fase 2-Attivazione del Servizio Sportello. Le Strutture attivano presso la propria sede un servizio sportello settimanale per far conoscere alla popolazione giovanile tutte le opportunità a loro rivolte: garanzia giovani, servizio civile, tirocini formativi, interventi di formazione, apprendistato. Il servizio è composto da due aree di intervento principali: una prima area in modalità front office deputata ad offrire informazioni e consulenza sulle opportunità di carattere formativo ed occupazionale; una seconda area rappresentata dall'organizzazione di laboratori e colloqui finalizzata a conoscere e scoprire il potenziale di ciascun giovane coinvolto nel progetto;
 - c) Fase 3-Monitoraggio e Valutazione degli interventi. Lo stato di attuazione della presente legge è costantemente verificato e monitorato dalle strutture ospitanti, attraverso tecniche di indagine conoscitive finalizzate alla creazione di indicatori di qualità relativamente agli aspetti sociali, qualitativi e quantitativi. Le verifiche di monitoraggio (intermedie e finali) sono condotte sia nei confronti dei destinatari del progetto, sia nei confronti degli enti coinvolti: cooperative sociali, sportelli informagiovani, sportello lavoro.

Art. 4

(Destinatari)

1. La presente legge è rivolta a giovani già ospitati in strutture insistenti nel territorio abruzzese prossimi alla maggiore età e senza alternative percorribili.

Art. 5

(Strutture Ospitanti)

1. Le Strutture ospitanti devono essere in possesso di autorizzazione al funzionamento rilasciata dal Comune di appartenenza, di riconoscimento da parte della Regione Abruzzo, devono essere iscritte presso l'albo degli enti di servizio civile della Regione Abruzzo e rispondere ai bisogni dei bambini e degli adolescenti per i quali si sia reso necessario l'allontanamento dal contesto familiare di appartenenza.

Art. 6

(Integrazione con altre iniziative)

1. La legge può integrarsi con altre iniziative promosse da attori pubblici quali Garanzia Giovani e il Servizio Civile Regionale allo scopo di favorire il coinvolgimento dei giovani di età compresa tra 18 e 29 anni che non lavorano, non studiano e non si formano.

Art. 7

(Provvedimenti attuativi)

1. La Giunta regionale, con apposita delibera, provvede, nell'ambito del Dipartimento per la Salute e il Welfare, all'individuazione della Struttura competente ai fini della predisposizione dell'avviso pubblico per l'individuazione delle Strutture Ospitanti, e definisce i criteri e le modalità di partecipazione e di operatività del servizio sportello.

Art. 8

(Disposizioni finanziarie)

1. In fase di prima attuazione, agli oneri finanziari della presente legge, valutati per l'anno 2015 in euro 97.000,00 si fa fronte con lo stanziamento del capitolo di nuova istituzione denominato "Sostegno finanziario di specifiche azioni volte al reinserimento di giovani neo maggiorenni ospiti della case famiglie della regione" nell'ambito dell'U.P.B. 13.01.003. La copertura finanziaria è assicurata per l'anno 2015 con la seguente variazione di bilancio in termini di competenza e cassa:
 - a) U.P.B. 01.01.005 denominata "Funzionamento del Consiglio regionale" cap. 11102 in diminuzione di euro 97.000,00, a valere sulla U.P.B. 01.01.1104, cap. di spesa 4140/6 denominato "Sostegno finanziario di specifiche azioni volte al reinserimento di giovani neo maggiorenni ospiti della case famiglie della regione" del bilancio di previsione del Consiglio regionale 2015/2017, annualità 2015;
 - b) U.P.B. 13.01.003, capitolo di nuova istituzione denominato "Sostegno finanziario di specifiche azioni volte al reinserimento di giovani neo maggiorenni ospiti della case famiglie della regione", in aumento di euro 97.000,00.
2. Per l'anno 2015, per la realizzazione di interventi infrastrutturali, sono concessi i seguenti contributi straordinari:
 - a) al Comune di Penne (PE) l'importo pari a euro 150.000,00 per la riqualificazione di Piazza Luca da Penne;
 - b) al Comune di Atri (TE) l'importo pari a euro 90.000,00 per la sistemazione e riqualificazione delle intersezioni stradali della S.P. n. 553 in Atri capoluogo, Zona Porta Macelli;
 - c) all'Ente Fiera di Lanciano Polo Fieristico d'Abruzzo l'importo pari a euro 250.000,00 per la riqualificazione e adeguamento padiglione n. 2;
 - d) al Comune di Colledara (TE) l'importo pari a euro 150.000,00 per i lavori di messa in sicurezza della fermata S.P. n. 40 di Colledara, svincolo A/14 e dell'autostazione;
 - e) al Comune di Pescina (AQ), previa convenzione con l'Amministrazione Provinciale dell'Aquila, l'importo pari a euro 100.000,00 per lavori di messa in sicurezza della S.P. 17 bis in prossimità del casello autostradale;
 - f) al Comune di Rocca Pia (AQ) l'importo pari a euro 400.000,00 per lavori di manutenzione straordinaria della Strada Comunale "Casale - Chiarano" e strada "Sant'Egidio";
 - g) al Comune di Pianella (PE) l'importo pari a euro 240.000,00 per la riqualificazione del parco attrezzato;
 - h) al Comune di Rocca di Botte (AQ) l'importo pari a euro 100.000,00 per la messa in sicurezza della viabilità comunale del centro urbano;
 - i) al Comune di Crecchio (CH) l'importo pari a euro 100.000,00 per la messa in sicurezza della viabilità comunale del centro urbano;
 - j) al Comune di Borrello (CH) l'importo pari a euro 100.000,00 per la messa in sicurezza della viabilità comunale del centro urbano;

- 2) in diminuzione il capitolo di spesa 10.01.005 – 61665, denominato “Fondo unico regionale per la cultura” per euro 280.000,00;
- 3) in aumento capitolo di spesa 01.01.005 - 11102, denominato “Funzionamento del Consiglio Regionale” per euro 120.000,00 a valere sul capitolo di spesa 6121 denominato “Contributi per eventi L.R. 55/13” del bilancio di previsione 2015 del Consiglio regionale;
- 4) in aumento capitolo di spesa 10.01.004 – 61673 denominato “Contributo straordinario ai comuni sede dei teatri dei Marsi” per euro 10.000,00;
- 5) in diminuzione capitolo di spesa 10.01.005 - 61683 denominato “Interventi nel campo della pedagogia teatrale e della cinematografia” per euro 130.000,00;
- g) allo stato di previsione della spesa del bilancio pluriennale 2015 – 2017 sono apportate le ulteriori variazioni in termini di competenza e cassa per l’annualità 2015 riportate nell’Allegato “Prospetto A”.
5. Al bilancio di previsione per l’esercizio 2016 e al pluriennale per gli anni 2016-2018 del Consiglio regionale sono apportate le seguenti modifiche per competenza e cassa:
 - a) Missione 01.01.01 capitolo 1102.2 “Rimborso trattamento economico componenti di nomina regionale della sezione di controllo della corte dei conti” in diminuzione di euro 190.000,00;
 - b) Missione 20.01.01 capitolo 9401.6 “Fondo di riserva per le spese obbligatorie” in aumento di euro 190.000,00.
6. Al fine di far fronte alle esigenze della protezione civile regionale, a seguito degli eventi emergenziali che nei mesi di febbraio, marzo ed ottobre 2015 hanno colpito il territorio regionale è concesso alla stessa un contributo per euro 700.000,00. Al fine della gestione e dell’amministrazione del territorio, la Regione concede per l’anno 2015 un contributo straordinario di euro 40.000,00 in favore dell’Area marina protetta “Torre del Cerrano”. Allo scopo di consentire un organico intervento per lo sviluppo turistico abruzzese, il capitolo 242396, U.P.B. 09.02.001 è aumentato di euro 50.000,00, da destinare alla realizzazione di iniziative di propaganda e di promozione del turismo regionale. Al bilancio regionale 2015-2017 sono apportate le seguenti variazioni in termini di competenza e cassa: bilancio di previsione per l’esercizio 2016 e al pluriennale per gli anni 2016-2018 del Consiglio regionale sono apportate le seguenti modifiche per competenza e cassa:
 - a) in aumento il capitolo di entrata 11720, U.P.B. 01.01.003, per euro 790.000,00;
 - b) in aumento il capitolo di spesa 151300, U.P.B. 05.01.007, per euro 700.000,00;
 - c) in aumento il capitolo di spesa 271604, U.P.B. 05.01.001, per euro 40.000,00;
 - d) in aumento il capitolo di spesa 242396, U.P.B. 09.02.001, per euro 50.000,00.
7. Le somme stanziare nel capitolo di spesa 1202 denominato “Interventi territoriali per la valorizzazione culturale e sociale (SPAS)”, codice 01.01.1 del “Bilancio di previsione del Consiglio regionale esercizio finanziario 2016 – Bilancio pluriennale 2016-2018”, sono assegnate secondo modalità di evidenza pubblica.

BASILICATA

DGR 22.12.15, n. 1686 - Adozione linee guida per l’esecuzione del programma attuativo regionale della garanzia giovani. (BUR n. 1 dell’8.1.16)

DGR 22.12.15, n. 1694 - Convenzione MLPS - Regione Basilicata - Italia Lavoro SpA del 16.10.2015 per l’attuazione del programma FIxO - YEI - “Azioni in favore dei giovani NEET in transizione istruzione - lavoro”: approvazione “Avviso pubblico rivolto alle istituzioni scolastiche secondarie di secondo grado statali per diventare soggetti attuatori delle azioni previste da garanzia giovani nell’ambito del programma Fixo-Yei - Regione Basilicata”. (BUR n. 1 dell’8.1.16)

Note

Viene approvato l’Avviso Pubblico "Avviso Pubblico rivolto alle istituzioni scolastiche secondarie di secondo grado statali per diventare soggetti attuatori delle azioni previste da garanzia giovani nell’ambito del programma Fixo - Yei - Regione Basilicata" così come redatto nell’Allegato A) al

presente atto, quale parte integrante e sostanziale dello stesso, e della relativa "Domanda di Partecipazione" per le rispettive linee di intervento.

LAZIO

Determinazione 22 dicembre 2015, n. G16519 - DGR n. 511 del 28 ottobre 2011. Piano Annuale "Interventi a favore dei Giovani". Azione n.1 "Creazione di spazi attrezzati provinciali". Approvazione Progetto "Spazi attrezzati, potenziamento e sviluppo FabLab Lazio" realizzazione e affidamento agli Enti strumentali regionali (Lazio Innova S.p.A., Bic Lazio S.p.A. e Lait S.p.A.). E.F.2015. (BUR n. 105 del 31.12.15)

Note

Viene approvato, in coerenza con l'art. 6 della L.R. 29/2001, con il Programma "Lazio Creativo" e quanto sottoscritto in data 11/11/2011 con tra la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento, della Gioventù e del Servizio Civile Nazionale - e la Regione Lazio, l'articolato Progetto "Spazi attrezzati, potenziamento e sviluppo FabLab Lazio", denominato "Allegato A" che costituisce parte integrante e sostanziale della presente determinazione;

Viene realizzato il Progetto "Spazi attrezzati, potenziamento e sviluppo FabLab Lazio", denominato "Allegato A", quale parte integrante e sostanziale della presente determinazione, che richiede risorse economiche pari ad €2.440.000,00 di cui € 840.000,00 – quali risorse statali a carico del FNPG – € 1.600.000,00 quale finanziamento a carico del bilancio regionale, di cui all'Accordo sottoscritto in data 11/11/2011 tra la Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Gioventù e del Servizio Civile Nazionale– e la Regione Lazio,

Viene affidato nell'ambito delle attività di supporto tecnico operativo, poste in regime di convenzione la realizzazione del Progetto "Spazi attrezzati, potenziamento e sviluppo FabLab Lazio" a:

Lazio Innova S.p.A:

o l'erogazione a Bic Lazio S.p.A. di € 240.000,00 quale quota parte (sul totale dell'iniziativa pari a €542.500,00) per la funzionalità e la realizzazione delle due nuove sedi FabLab di Frosinone e di Rieti;

o la gestione e cura di uno o più Avvisi pubblici:

per il rilascio di voucher individuali o gruppi di giovani creativi al fine di favorire l'incontro con i FabLab presenti sul territorio regionale di iniziativa privata, il cui accesso ai servizi e consulenze prevedono costi a carico degli utenti;

per la selezione di progetti – presentati da singoli giovani o gruppi o associati - nel campo della fabbricazione digitale in tutti i settori; i voucher terranno conto, nella definizione delle spese ammissibili e dei relativi massimali previsti, della natura del Fab Lab scelto dai candidati per la realizzazione del proprio progetto;

o la gestione e cura dell'Albo regionale – istituito a seguito di avviso pubblico – dei FabLab del settore privato (associazioni, società, ecc, esclusi i soggetti con natura giuridica riconducibili alla singola persona/professionista) dislocati e diffusi sul territorio regionale interessati a erogare ai giovani servizi e consulenze presso le proprie sedi;

Bic Lazio S.p.A.

o il coordinamento e gestione dei FabLab regionali:

potenziare e sviluppare le tre sedi - già attrezzate - di Roma, Bracciano e Viterbo (D.D. n. G16422 del 17/11/2014), con specializzazioni o vocazioni settoriali rispettivamente industria creativa, agrifood e industria culturale;

lo Spazio Attivo di Latina (DGR n. 745/14);

le due nuove sedi di Frosinone e di Rieti, (realizzate e complete di arredi e attrezzature sulla base di specifico progetto);

o promuovere progetti – presentati da singoli giovani o gruppi o associati – nel campo della fabbricazione digitale in tutti i settori;

o la gestione e cura dell'Albo Fornitori per FabLab regionale: Elenco di professionisti e di aziende dal quale attingere per il conferimento di incarichi di lavoro finalizzati all'espletamento di attività di assistenza, supervisione, formazione, partecipazione ad eventi in qualità di relatore o moderatore, ovvero ad altre prestazioni professionali correlate con le finalità del FabLab regionale distribuito. Albo Fornitori Mercurio, la Macroarea "FabLab" composta dalle sottoaree o aree di competenza;

Lait S.p.A.;

o Il coordinamento e la gestione del portale "Lazio Creativo":

potenziare e sviluppare spazi virtuali valorizzando i FabLab regionali e le attività poste in essere;

valorizzare i giovani creativi, singoli o gruppi partecipanti, i prodotti realizzati, le imprese avviate;

le iniziative, gli eventi, i prodotti, le iniziative e assonanze scaturite nei diversi settori interessati;

promuovere la costruzione di uno spazio di diretta partecipazione (e gestione) dei giovani creativi; l'attività di gestione e affidamento posta in essere sulla base delle tempistiche inerenti i procedimenti degli interventi di cui al citato Piano "Interventi a favore dei Giovani" e che, pertanto, il corrispettivo della prestazione oggetto della presente determinazione sono comprese nel piano economico;

Viene definito in merito alle risorse disponibili per il Progetto "Spazi attrezzati, potenziamento e sviluppo FabLab Lazio" che l'utilizzo e/o erogazione da parte delle Strutture tecnico operative – Lazio Innova s.p.a. e Bic Lazio s.p.a. – sono subordinate all'autorizzazione della competente Area "Politiche giovanili e Creatività" a seguito di specifica richiesta e/o documentazione probante corredata da rendiconti parziali e da relazioni di sintesi sull'attività, secondo le seguenti modalità:

o una quota pari al 30 % dell'ammontare complessivo del totale del finanziamento entro il trentesimo giorno dall'effettivo avvio dell'attività e/o previa verifica della documentazione trasmessa a corredo;

o altre due quote ognuno pari al 30 % del finanziamento previsto con cadenza semestrale o annuale, e/o sull'effettiva realizzazione delle iniziative e dall'effettivo e pieno utilizzo della precedente quota, previa presentazione di idonea rendicontazione finanziaria corredata da un report dettagliato delle attività svolte.

La rendicontazione dovrà riferirsi a non meno del 30% dei costi progettuali ammessi al finanziamento;

o uno svincolo pari al 10 % del finanziamento quale saldo finale che verrà corrisposto a conclusione del progetto, dietro presentazione della documentazione contabile e di un dettagliato report finale. Il rendiconto è subordinato alla verifica dei seguenti requisiti: corrispondenza e congruità della spesa rendicontata rispetto alla spesa totale, in particolare il finanziamento regionale e la quota di cofinanziamento; completamento del programma di spesa per il costo totale (finanziamento regionale e la quota di cofinanziamento); integrale pagamento dei documenti giustificativi di spesa; completezza e correttezza formale della documentazione presentata dal soggetto gestore.

Si rimanda a successivi atti del Direttore della Direzione regionale "Cultura e Politiche Giovanili", in particolare relativi:

all'istituzione del Gruppo di Coordinamento Tecnico (GCT) e la nomina dei componenti per l'attività relativa alla gestione tecnica del Progetto "Spazi attrezzati, potenziamento e sviluppo FabLab Lazio" in collaborazione e supporto all'Area "Politiche giovanili e Creatività" competente per materia;

all'emanazione dell'avviso pubblico relativo all'istituzione dell'Albo delle Fablab presenti sul territorio regionale;

all'emanazione degli avvisi pubblici per il rilascio dei voucher individuali o di gruppo, e ai voucher per il finanziamento di progetti o finanziamenti per start-up;

Allegato A

PROGETTO SPAZI ATTREZZATI POTENZIAMENTO E SVILUPPO FABLAB LAZIO

Area Politiche giovanili e Creatività

Spazi attrezzati potenziamento e sviluppo FabLab Lazio

1. Premessa

La Regione Lazio con deliberazione n. 511 del 28/10/2011 ha approvato l'articolato Piano "Interventi a favore dei giovani" contenente: obiettivi, indirizzi, strategie e linee di intervento in materia di politiche giovanili, in grado di sostenere la creatività e la capacità d'innovazione dei giovani mediante un migliore accesso e una migliore partecipazione alla cultura e alle espressioni culturali fin dall'adolescenza, promuovendo così lo sviluppo personale e rafforzando le capacità d'apprendimento, le competenze interculturali, la comprensione e il rispetto della diversità culturale e lo sviluppo di competenze nuove e flessibili, funzionali a futuri sbocchi professionali.

Il Piano – articolato in 10 azioni - propone una visione innovativa degli interventi di politica giovanile, integrandola con le politiche del lavoro, declinandoli a livello locale, in maniera tale da divenire anche un fattore di sviluppo territoriale. Il piano intende accompagnare i processi creativi e soprattutto rafforzare le reti sociali che si intessono tra i giovani, offrendo loro la possibilità di incentivare gli elementi di inclusione e partecipazione sociale che le caratterizzano.

Un programma via via amplificato e perfezionato con ulteriori linee di intervento e di indirizzo - DGR n. 552/2014; DGR n. 745/14 DGR n. 912/2014 - che prevede attività di "governance" attuata mediante studio, osservazione, promozione e predisposizione di strumenti di intervento e un proficuo coinvolgimento delle categorie associative ed economiche interessate, di erogazione di finanziamenti diretti e indiretti e lo sviluppo di erogazione di servizi a favore delle realtà locali giovanili del Lazio costituite o costituente per l'avvio di idee e attività imprenditoriali.

Un quadro di iniziative complesso che richiede la necessità di sviluppare e di razionalizzare l'indirizzo delle risorse in modo da rendere organiche e integrate le varie azioni.

L'obiettivo è di creare opportunità professionali e di lavoro per l'avvio di iniziative culturali ed economiche nell'ambito della naturale aggregazione giovanile, proiettando, quest'ultima, in uno spazio di eccellenza favorendo lo sviluppo delle loro capacità creative e imprenditoriali.

L'assunto di base è di trasferire risorse pubbliche finalizzate ad azioni che presentino garanzie di crescita professionale e sviluppo economico, continuità produttiva di servizi e sviluppo del sistema associativo, promuovendo l'utilizzo di spazi protetti nei quali sperimentare le istanze più creative, culturali, ludico e costruttive nei settori dell'arte, dei mestieri, del tempo libero.

Si tratta quindi, da un lato, di offrire a livello locale attività e corsi formali e informali, di formazione post-diploma e servizi di assistenza nelle attività di orientamento al lavoro (interessi, capacità, valorizzazione esperienze, colloqui, presentazione, etc.), mettere a sistema profili già delineati e catalizzare le potenzialità esistenti sul nostro territorio. Dall'altro, si tratta di sostenere i giovani nella creazione di nuovi modelli di business per la diffusione e fruizione delle produzioni artistiche e culturali, favorendo la valorizzazione delle competenze e l'incontro di domanda e offerta di lavoro.

2. Il Progetto

La Regione Lazio nell'articolato Documento Strategico di Programmazione nell'ambito delle Macro aree, degli Indirizzi e Obiettivi programmatici e delle Azioni prevede, tra gli altri, interventi rivolti ai giovani disponendo di avviare iniziative per dare vita a un processo virtuoso per favorire lo sviluppo, potenziamento e realizzazione di talenti nei diversi settori professionali, sociali, culturali e produttivi assicurando contesti e sostegno per la realizzazione di processi creativi, quali strumenti per un maggiore impulso di sviluppo economico-finanziario regionale e nazionale.

Da qui la necessità di concretizzare il binomio tra teoria e prassi al fine di dare supporto ai giovani creativi garantendo spazi e luoghi, servizi, orientamento formazione, competenze, professionalità in ambiti specializzati per realizzare e investire sulle buone idee in marketing, comunicazione, commercializzazione, ecc. in grado di far crescere prodotti e intercettare filiere di professionalità e imprese, costruendo opportunità, posti di lavoro e benessere, di fatto la realizzazione di FabLab pubblici risulta una opportunità per tutti, ma anche una certezza per i giovani talenti che vogliono

percorrere una azione concreta nel sistema impresa basata sulla conoscenza (Rapporto Censis 2015);

Allo scopo di fornire ai giovani servizi di informazione, consulenza e di assistenza gratuiti, tali da garantire a tutti pari accesso alle opportunità presenti – locali e regionali, nazionali ed europee – si prevede il potenziamento e sviluppo della rete Fab Lab articolata su base territoriale.

Garantire luoghi e spazi - attrezzati e allestiti - atti a favorire le manifestazioni creative, tecniche, le performance artistiche si procederà alla individuazione di sedi (almeno uno per provincia e/o nei comuni capoluoghi di provincia, favorendo luoghi/sedi e/o centri la cui vocazione è già operativa in uno dei settori artigianale, tecnico, artistico, scientifico e così via, presenti sul mercato della domanda e dell'offerta. L'offerta di tali centri dovrà essere diversificata per spazi e per tipologia di opportunità, di orientamento e professionalità aventi documentata esperienza in uno o più settori.

La rete, potenziata e coordinata dalla Regione Lazio, con il rilevante apporto degli Enti strumentali regionali ed Enti locali, favorirà l'intercettazione delle istanze e bisogni dei giovani e l'erogazione di servizi centrati sulla conoscenza di iniziative, opportunità di studio, orientamento, formazione e lavoro, locale nazionale ed europeo. La rete faciliterà l'utilizzo delle risorse locali, la comunicazione, lo scambio di esperienze e la progettualità comune fra le strutture di informazione giovanile dislocate sul territorio, incentivando le sinergie grazie anche all'utilizzo delle tecnologie avanzate.

Creatività, rete, nuovi lavori: una politica innovativa per contrastare la condizione di precarietà dei giovani del Lazio; stabilire nuove garanzie a partire dalla costruzione di "luoghi delle opportunità"; creare "factory creative", laboratori per l'accesso, la sperimentazione, la condivisione e la produzione di nuova conoscenza.

Le attività nell'ambito delle diverse iniziative vogliono sollecitare le competenze trasversali, cioè le capacità e abilità cognitive, relazionali, professionali, etc., che possono essere facilmente trasferite da un contesto ad un altro. Queste competenze sono importanti per produrre comportamenti creativi capaci di trasformare il sapere tecnico in prestazioni lavorative efficaci.

L'assunto di base, tra gli altri, è l'adeguamento delle strutture e degli interventi in termini di accesso, della formazione tra pari sul campo, il ricambio generazionale naturale nelle organizzazioni associative, networking ed uso della rete, fattori questi che oggi determinano l'accesso al mercato del lavoro secondo l'orientamento della Strategia di Lisbona 2000 e dalle indicazioni scaturite dalle comunicazioni e decisioni della Commissione Europea - "Europa 2020".

Il Progetto "Spazi attrezzati, potenziamento e sviluppo FabLab Lazio" risulta un quadro di iniziative e linee di intervento complesso che richiede la necessità di sviluppare, di razionalizzazione e ottimizzare l'indirizzo delle risorse disponibili - D.D. n. G18287 del 18 dicembre 2014 D.D. n. G18876 del 23/12/2014, D.D. n. G18877 del 23 dicembre 2014 – in modo da rendere organiche e integrate le varie azioni ponendole a "sistema", soprattutto con la collaborazione degli Enti strumentali regionali a diverso titolo interessati, quali Lazio Innova S.p.A., Bic Lazio S.p.A. e Lait S.p.A.

La definizione di un percorso permanente di collaborazione che, mutuato sulla positiva esperienza del quadro legislativo, mira a costruire un sistema integrato di programmazione nella quale possono concretamente incidere sia nella individuazione delle priorità di intervento del progetto che nella valutazione delle ricadute in termini di efficacia ed efficienza dei programmi formulati.

La scelta è di procedere per ogni singola azione di sistema alla individuazione dei relativi soggetti attuatori, tutti organismi territoriali, chiamati a svolgere un basilare ruolo di partnership con l'amministrazione regionale.

Tale decisione è legata da un lato alla necessità di procedere con la tempestività necessaria alla realizzazione delle iniziative al fine di rispettare i tempi della programmazione e rendere così possibile l'impegnativo obiettivo di partire dal gennaio 2016, dall'altro dalla volontà dell'amministrazione regionale di potenziare il percorso di collaborazione interistituzionale sia con i soggetti pubblici (atenei, centri di ricerca, enti e organismi nazionali e regionali operanti nel

settore) di comprovata e specifica professionalità, che con soggetti privati (associazioni, società, professionisti, ecc) nonché di consolidato radicamento nel territorio regionale. Per le iniziative e alla loro realizzazione si provvederà seguendo le normali procedure di evidenza pubblica.

Il Progetto rientra nell'ambito del Piano approvato - DGR n. 511/11 "Interventi a favore dei giovani" - in particolare nella prevista Azione Cod 01 "Creazione di spazi attrezzati provinciali" da realizzarsi su tutto il territorio regionale, istituendo una sede per ogni contesto provinciale – oggi Area Vasta e Città Metropolitana di Roma- e una nel Comune di Roma.

La copertura finanziaria pari a € 2.440.000,00 di cui all'Accordo sottoscritto in data 11/11/2011 tra la Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Gioventù e del Servizio Civile Nazionale– e la Regione Lazio, in particolare:

– □€ 1.440.000,00

□ □€ 1.200.000,00 (DGR n. 511/2011 Azione cod. 1 "Creazione di spazi attrezzati provinciali"):

_ 840.000,00 dalla ripartizione del Fondo Nazionale per le Politiche Giovanili (FNPG) di cui all'Accordo sottoscritto in data 11/11/2011;

_ 360.000,00 giusto impegno n. 2014/43533 capitolo R31918 bilancio 2014 di cui alla D.D. n. G18876 del 23/12/2014 (DGR n. 511/11, Azione cod. 1 "Creazione di spazi attrezzati provinciali");

□ □€ 240.000,00 quale quota parte (sul totale dell'iniziativa pari a €542.500,00) giusto impegno n. 2014/44719 capitolo R38918 bilancio 2014 di cui alla D.D. n. G18287 del 18 dicembre 2014 per l'attività denominata "Spazi creativi" (DGR n. 552 del 05/09/2014, Piano "Lazio Creativo");

– □€ 1.000.000,00 giusto impegno n. 2014/43535 capitolo R31918 bilancio 2014 di cui alla D.D. n. G18877 del 23/12/2014 (DGR n. 912/2014); con un investimento di circa € 200.000,00 per la funzionalità di ogni sede individuata – mentre per

Rieti e Frosinone è previsto un ulteriore investimento di circa € 120.000,00 a sede per la riqualificazione dell'immobile, l'acquisto di attrezzature e strumentazione - quale luogo e/o spazio pubblico - attrezzato e allestito - atto a favorire le manifestazioni creative, le performance tecniche, le capacità ed i talenti intellettuali e manuali, la sperimentazione della conoscenza giovanile.

L'obiettivo è disporre e/o creare spazi idonei sul territorio atti a garantire possibilità di svolgere attività teorico, pratiche, tecniche, scientifiche, artigianali, strumentali, manuali, ludico e ricreative, singolarmente e in forme aggregate da parte di giovani che desiderano manifestare creatività, abilità, capacità, professionalità o semplicemente realizzare la condivisione sociale e/o relazionale.

L'offerta di tali Centri – con strumentazione e attrezzatura funzionale - dovrà essere diversificata per spazi e per tipologia di opportunità, di orientamento e professionalità in uno o più settori, l'obiettivo del FabLab è quello di portare innovazione e conoscenza tecnologica nel territorio in cui opera, rappresentando:

_ un punto di incontro, di creazione, di condivisione, luogo di scambio di idee e conoscenze;

_ uno spazio di lavoro community-operated in cui gli utenti condividono interessi comuni, spesso per l'informatica, la cultura, la tecnologia, la scienza, l'arte digitale e/o arte elettronica;

_ un laboratorio "aperto" che incorpora competenze tipiche delle officine meccaniche, dei laboratori in senso classico e degli studi professionali, in cui i makers possono incontrarsi per condividere le risorse e le conoscenze e per costruire progetti ad alto grado d'innovazione;

_ un luogo che abilita all'uso e lo sviluppo di software liberi, open hardware, e dei media alternativi, diventando un vero e proprio "acceleratore" per la ricerca;

Nella configurazione tipo il FabLab, intende accompagnare i processi creativi, rafforzare le reti sociali e creare opportunità professionali e di lavoro per l'avvio di iniziative economiche e culturali nell'ambito della naturale aggregazione giovanile, proiettando, quest'ultima, in uno spazio di eccellenza favorendo lo sviluppo delle loro capacità creative e imprenditoriali, con lo scopo, tra gli altri, di:

_ promuovere e sviluppare le competenze e le conoscenze degli utenti sul territorio, attraverso attività specifiche per lo sviluppo delle abilità e della creatività;

_ promuovere progetti di valorizzazione del territorio e d'innovazione sociale anche con il coinvolgimento delle realtà giovanili (Gag, Comunità giovanili, Officine dell'Arte e dei Mestieri, ecc.);

_ promuovere la cultura della produzione e del "saper fare", con particolare riferimento all'innovazione tecnologica, alla diffusione della conoscenza e allo scambio di pratiche e processi;

_ integrare la formazione dei giovani dando loro la possibilità di utilizzare nuovi strumenti per affrontare il futuro: scuole, università, istituti di design, arte, ecc... hanno la possibilità di avere uno spazio rivolto all'innovazione, alla conoscenza e alla condivisione di saperi;

_ incentivare e sostenere la nascita d'impresе su piccola scala nel nuovo mondo della manifattura distribuita in un modello industriale aperto, bottom up condiviso e collaborativo.

L'articolazione tipo del FabLab è così formulata:

□□Interactive Lab: è l'area dedicata all'analisi, acquisizione e progettazione, 3D scanning, modellazione solida e modellazione di superfici, video, grafica, design di prodotti fisici e virtuali, new media e interaction design.

L'area Interactive Lab è attrezzate con postazioni di lavoro e macchinari specifici che permettono la digitalizzazione di oggetti e la modellazione 3D

□□Digital Lab: è l'area dedicata alla produzione degli oggetti. Una vera e propria officina in cui gli utenti possono fabbricare da sé, grazie all'utilizzo di macchinari specifici per la fabbricazione digitale, un oggetto fisico partendo da un file digitale.

L'area è equipaggiata con un banco di lavoro con postazioni (attrezzato con utensileria varia per la lavorazione manuale di diversi materiali come legno, metallo, ecc.), un banco elettronico per la realizzazione di progetti elettrici ed elettronici (completo di stazione di saldatura professionale, oscilloscopio, ecc.), stampanti 3D (per la stampa di oggetti di piccola e media dimensione), laser cutter per l'incisione e il taglio di materiali vari, Vynil cutter per l'incisione di materiali sottili e fresatrici (a controllo manuale e numerico).

□□Training Lab: è il luogo dedicato alle attività di formazione connesse alle altre attività del FabLab. Il Training Lab è dotato di videoproiettore Finger Touch che permette agli utenti di interagire direttamente con l'immagine proiettata con il semplice tocco delle dita.

□□Networking area e Break area: è l'area dedicata allo scambio d'idee e alla "contaminazione" interattiva e dinamica tra gli utenti del FabLab; è progettata per mostrare e condividere informazioni e conoscenze, stimolando i partecipanti a interagire in modo organico su temi d'interesse condiviso. Fa parte dell'Area Networking un'ampia zona di lavoro chiamata "TalentWorking", luogo condiviso di coworking ed animazione connesso al FabLab, che mette a disposizione degli aspiranti imprenditori, partner ed imprese dell'ecosistema di BIC Lazio un luogo dove fare eventi, presentazioni, speech e riunioni, lavorare in team e sviluppare progetti condivisi.

Il Progetto – alla luce dell'evoluzione amministrativa dello Stato – sarà realizzato a regia regionale attraverso un specifico Gruppo Coordinamento Tecnico (GCT) nominato per il coordinamento dell'iniziativa "Spazi attrezzati, potenziamento e sviluppo FabLab Lazio" in collaborazione e supporto all'Area "Politiche giovanili e Creatività" competente per materia, con il supporto tecnico-operativo e gestionale, già in regime di convenzione, di Bic Lazio S.p.A., Lazio Innova S.p.A. e Lait S.p.A, a diverso titolo interessate.

Le linee di intervento definite sono: 1) il potenziamento e ampliamento di strutture esistenti operando anche in concorso con altre azioni e/o soggetti pubblici; 2) l'istituzione di nuove sedi, comprensive di eventuale riqualificazione dei locali/immobile, con la fornitura di attrezzature e strumentazione funzionale al laboratorio; 3) l'impiego e l'utilizzazione di risorse economiche da utilizzare come voucher per favorire i giovani, sia in termini di partecipazione ai FabLab – pubblici e privati - che di avvio di nuove attività (start-up).

Il Progetto è articolato in tre macro aree di intervento:

_ **azioni di potenziamento:**

o La Regione Lazio, in particolare la Direzione regionale "Cultura e Politiche giovanili" - in

collaborazione con la Direzione regionale “Sviluppo Economico e Attività Produttive” con determinazione dirigenziale n. G16422 del 17/11/2014 nell’ambito del POR-FERS 2007-2013 individuando in Bic Lazio S.p.A. il soggetto gestore (in regime di convenzione) – ha promosso il Progetto “FabLab Lazio”, realizzando l’apertura di tre sedi Roma, Bracciano e Viterbo, con specializzazioni o vocazioni settoriali rispettivamente industria creativa, agrifood e industria culturale.

Successivamente attraverso un finanziamento disposto dalla Direzione regionale “Sviluppo Economico e Attività Produttive” con delibera di Giunta regionale n. 745 del 4/11/2014 è stato progettato e realizzato un FabLab presso lo Spazio Attivo BIC di Latina.

Sono previsti investimenti pari a circa € 200.000,00 per la funzionalità di ogni sede – con una oscillazione del 15 % (in più o in meno) tra le diverse sedi (n. 6), ferma restando la somma totale destinata al funzionamento pari a € 1.200.000,00 - finalizzati al potenziamento e allo sviluppo degli standard qualitativi e quantitativi e l’amplificazione dei servizi da erogare.

Sedi: Viterbo, Bracciano, Roma e Latina

Aree di attività: Interactive Lab (per l’acquisizione delle immagini e animazione video grafica, disegno industriale, modellazione 3D); Digital Lab (dedicata alla produzione di oggetti); Training Lab (corsi di formazione, seminari, tutorial, ecc.); ulteriori interventi pianificati e definiti dal gruppo di coordinamento tecnico-gestionale.

Periodo di attuazione anni due, con verifica semestrale e annuale.

Indicatori: partecipanti (singoli e gruppi; pubblici e privati), corsi, seminari, progetti, prototipazioni e start-up.

_ azioni di sviluppo:

o Sono previsti finanziamenti finalizzati alla progettazione e realizzazione di 2 nuovi FabLab regionali nei territori di Frosinone e Rieti (comprensivi della eventuale riqualificazione dei locali) e alla attivazione e gestione dei relativi servizi.

Per il FabLab di Rieti è ipotizzabile utilizzare la sede dello Spazio Attivo di BIC Lazio attualmente localizzata nell’area industriale di Cittaducale (Rieti).

L’individuazione della sede del FabLab nella Area Vasta (ex provincia) di Frosinone sarà definita sulla base di parametri (fattibilità, economicità, ecc.) e indicatori (giovani, tipologia utenza, frequenza, ecc.) a cura del Gruppo Coordinamento Tecnico (GCT) tra le sedi disponibili nel Comune di Frosinone o nel Comune di Ferentino.

La fase di progettazione prevede la definizione, per le 2 sedi, degli spazi disponibili e l’identificazione al loro interno delle aree che compongono il FabLab, in particolare:

stesura layout funzionale;

progettazione di interni, che provvederà alle seguenti lavorazioni:

o rilievo e digitalizzazione planimetrica e stesura elaborati, nelle varie scale di intervento architettonico;

o progettazione funzionale degli spazi;

o modellazione 3D per la virtualizzazione dei laboratori;

o renderings fotorealistici (immagini virtuali) delle aree;

definizione degli interventi necessari per l’adeguamento degli spazi (lavori di ristrutturazione, impianti elettrici, impianto dati e fonìa);

progettazione allestimento/arredi aree:

o ideazione e progettazione dell’allestimento e degli arredi personalizzati;

o identificazione e scelta di arredi standard da catalogo commerciale e stima dei costi;

definizione Hardware e Software compatibili con il programma MIT CBA per il Digital Lab e l’Interactive Lab (3D printers, laser cut, frese cnc, scanner e hw/swspecifico per l’eventuale specializzazione delle sedi, banco meccanico ed utensileria, banco elettronico ed attrezzature relative, PC e workstation, tablet, device speciali, Kit per addestramento e materiali di lavorazione);

installazione, test e primo avvio dell’Hardware e del Software per tutte le aree del FabLab diffuso;

□□progettazione e programmazione delle attività formative/informative necessarie per attivare il fablab (corsi, workshop, seminari, visite guidate, eventi, ecc...).

Forniture, acquisti ed allestimenti:

Al termine delle attività di progettazione verranno eseguiti i lavori previsti, saranno acquistati arredi ed attrezzature hw e sw e saranno allestiti gli spazi con la configurazione descritta “Aree di attività - Servizi del FabLab” e secondo le specifiche di progetto.

_ **voucher** “Generazione Maker”:

L’iniziativa prevede, in analogia con quanto già avvenuto in ambito nazionale ed europeo il rilascio di voucher individuali a giovani creativi al fine di favorire l’incontro con operatori e imprese dei settori artistici, creativi, strumentali, tecnologici, ovvero garantire nuove opportunità di occupazione. Erogazione di una premialità a giovani talenti attraverso voucher, quale opportunità di sviluppare idee e realizzare prodotti e/o processi, facilitando l’incontro tra giovani e imprese.

L’intervento si pone l’obiettivo di promuovere il “capitale creativo” regionale quale comportamento specifico particolarmente evidente in alcuni giovani/individui capaci di intercettare, vedere, e razionalizzare nella realtà e nell’immaginario ulteriori relazioni e connessione che producono cambiamenti e innovazione, mentre per altri individui/giovani l’esercizio, il contesto, la condivisione, l’osmosi di conoscenza risulta imperativo per lo sviluppo delle abilità, talenti, capacità, di fatto, un “complesso di elementi” non facilmente commisurabile, ma evidente in termini economici e occupazionali se posta nella giusta formula tra pubblico e privato.

Il “capitale creativo” soprattutto quello giovanile risulta una delle valide e possibili risorse rivolta al mercato e al mondo dell’impresa al fine di contenere il debito pubblico (modello pubblico assistenzialista) e risultare strumento di crescita e sviluppo economico e sociale.

Il rilascio di voucher prevede la selezione di giovani talenti ai quali destinare un finanziamento, quale opportunità di sviluppare idee e realizzare prodotti e/o processi, facilitando l’incontro tra giovani e imprese e la creazione di nuove iniziative produttive e imprenditoriali.

Le attività previste in questa macro fase si articolano:

a. la pubblicazione di uno o più Avvisi pubblici:

_ per il rilascio di voucher individuali o gruppi di giovani creativi al fine di favorire l’incontro con i FabLab presenti sul territorio regionale di iniziativa privata, il cui accesso ai servizi e consulenze prevedono costi a carico degli utenti;

b. la pubblicazione di uno o più Avvisi pubblici:

_ per la selezione di progetti – presentati da singoli giovani o gruppi o associati – nel campo della fabbricazione digitale in tutti i settori; i voucher terranno conto, nella definizione delle spese ammissibili e dei relativi massimali previsti, della natura del Fab Lab scelto dai candidati per la realizzazione del proprio progetto;

c. la pubblicazione di uno o più Avvisi pubblici:

rivolto a soggetti operanti del settore privato (associazioni, società, ecc, esclusi i soggetti con natura giuridica riconducibili alla singola persona/professionista) dislocati e diffusi sul territorio regionale interessati a erogare ai giovani servizi e consulenze presso le proprie sedi:

_ per richiedere la manifestazione di interesse per essere iscritti nell’istituendo Albo regionale – in regime di convenzione- al fine di erogare servizi e consulenze

presso le proprie sedi a giovani partecipanti in possesso di voucher rilasciati dalla Regione Lazio;

_ per promuovere progetti, nel campo della fabbricazione digitale in tutti i settori, rivolti ai giovani creativi singoli o gruppi o associati in possesso di voucher rilasciati dalla Regione Lazio o destinatari di finanziamenti per start-up;

3. Aree di attività - Servizi del FabLab regionale distribuito

–□Sito del FabLab:

□□il sito laziofablab.it descrive in termini di attrezzature i Laboratori delle 4 sedi attive, il calendario con gli eventi programmati, la posizione ed i contatti delle sedi. Attraverso il sito ogni utente può richiedere la tessera del FabLab regionale, indicare la sede frequentata e iscriversi alle attività quali corsi e workshop.

– □ Formazione e Informazione

□ □ le attività formative e informative hanno come finalità principale la creazione e lo sviluppo di una comunità, che usi consapevolmente gli spazi e i macchinari messi a disposizione per favorire lo sviluppo di progetti e idee che spesso hanno impatto sociale ed economico.

Le attività informative sono alla base della creazione e dello sviluppo della comunità, le attività formative conferiscono la specificità ai FabLab.

– □ Attività informative:

□ □ open day: giornata in cui i FabLab aprono le porte ai visitatori e agli utenti occasionali, senza necessità di concordare un appuntamento. Durante queste giornate gli operatori mettono a disposizione le competenze e le conoscenze per fornire informazioni e richiedere consulenze, ma anche per mettere in contatto persone che lavorano su progetti simili o complementari, creando nuove connessioni.

– □ Visite guidate:

□ □ appuntamenti di durata di circa 1 ora durante i quali gli operatori dei FabLab illustrano i vari reparti e le diverse applicazioni che possono avere i macchinari e le tecnologie.

La visita guidata del FabLab, che di solito è richiesta da chi ha solo una superficiale conoscenza della cultura makers, oppure da chi ha sentito parlare del movimento e si è identificato in esso, fornisce solo una descrizione generica dei macchinari e dei loro diversi usi, delle tecnologie e delle loro applicazioni, dei software presenti, e dei progetti sviluppati. Le visite guidate sono di norma richieste da enti esterni e pianificate di conseguenza.

– □ Presentazione dei FabLab:

□ □ eventi di circa un'ora, finalizzati a chiarire il significato della piattaforma dei FabLab, la rete globale, l'attrezzatura di macchinari e strumenti a disposizione, la missione di un FabLab sul territorio e sulla rete nazionale e globale. Durante le presentazioni viene illustrato il significato del fenomeno "Maker".

– □ Tutorial:

□ □ brevi incontri sull'utilizzo dei macchinari e attrezzature disponibili nel FabLab della durata di circa due ore. I partecipanti scopriranno come funzionano i vari macchinari, che tipo di formati digitali sono necessari per le diverse lavorazioni e che parametri di sicurezza è necessario osservare per poter utilizzare in autonomia i macchinari. I Tutorial sono abilitanti all'uso indipendente delle macchine presenti nel FabLab.

– □ Azioni formative

□ □ corsi: in questa categoria rientrano le attività che mirano ad avvicinare utenti senza conoscenze specifiche al mondo della cultura makers e della cultura digitale. Attraverso i corsi, gli utenti prendono dimestichezza con le principali tecnologie presenti all'interno dei FabLab.

Durante questi momenti formativi si conferiscono le basi per la comprensione degli ambiti applicativi e l'utilizzo delle strumentazioni, dei macchinari, e dei software; chiunque, anche senza conoscenze precedenti può partecipare a questo tipo di attività. I corsi hanno lo scopo di avvicinare potenziali utenti, in primo luogo gli studenti, che spesso non conoscono queste tecnologie, fino a coinvolgere l'intera comunità locale a partire dalle aziende.

□ □ workshop sono dei laboratori di teoria e pratica della durata di circa 8 ore in cui l'utente è accompagnato alla costruzione di qualcosa di funzionante avvalendosi della fabbricazione digitale. Queste attività prevedono una conoscenza di base multidisciplinare e non hanno limiti di età. I workshop puntano a coinvolgere maker, designer e studenti nel processo di generazione di idee e di prodotti interattivi, prevalentemente open source ovvero prodotti che gli utenti possono modificare o sviluppare ulteriormente grazie a un ecosistema di servizi digitali, documentazione condivisa e licenze libere.

□ □ faber school: è un percorso "full immersion" di durata settimanale finalizzato a fornire le competenze di base della cultura dei "makers" e della Digital Fabrication a gruppi di max 15 giovani partecipanti attraverso un approccio sequenziale con attività teoriche e di laboratorio sviluppate sulla base della lista di Corsi e Workshop programmati.

Durante questo percorso i partecipanti si organizzano in team e sviluppano un progetto condiviso di fabbricazione digitale coadiuvati dal personale del FabLab.

– □ Ulteriori Servizi

□ □ Le ulteriori attività e servizi realizzati all'interno del FabLab assicureranno l'assistenza nell'uso delle macchine del Lab, affiancati dall'incubazione di specifici progetti e consulenza allo sviluppo dei prototipi.

In tale contesto il personale del Fab Lab fornirà consulenza per la valutazione/sviluppo di un'idea e fino alla realizzazione del prototipo/oggetto sia questo per uso personale che per l'eventuale produzione/commercializzazione.

In particolare i servizi di consulenza sulla fattibilità del progetto di fabbricazione digitale prevedono:

o Valutazione delle tecniche/tecnologie necessarie alla realizzazione

o Scelta dei materiali/componentistica meccanica-elettromeccanica

o Trattamenti miglioranti le prestazioni dei materiali e di protezione (es: anticorrosione.)

o Dimensionamento delle parti

o Progettazione con sw.3D

o Impiantistica meccanica varia

o Disegno tecnico

o Ottimizzazione per la realizzazione delle parti con tecnologie disponibili nel FabLab

o con l'appoggio di aziende del settore aziende/fornitori dove reperire i materiali (anche al dettaglio).

– □ Promozione e sostegno per l'avvio di startup mediante l'integrazione dei servizi tecnici del FabLab con quelli di supporto tecnico formativo e di coaching mirati allo sviluppo delle idee imprenditoriali innovative e al loro inserimento nel percorso di pre-incubazione, incubazione e accelerazione.

4. Coordinamento e Gestione

Al fine di garantire la realizzazione delle attività - per le quali l'Amministrazione non è in grado, ad oggi, di provvedere autonomamente vista la palese mancanza di risorse umane - è necessario affidare:

_ al Gruppo di Coordinamento Tecnico (GCT) – specificatamente nominato – l'attività relativa alla gestione tecnica del Progetto “Spazi attrezzati, potenziamento e sviluppo FabLab Lazio” in collaborazione e supporto all'Area “Politiche giovanili e Creatività” competente per materia. Il GCT si riunisce una volta a bimestre con la finalità di coordinare e pianificare i diversi interventi e le opportune azioni di verifica e d'indirizzo. Fanno capo al Gruppo tutte le istanze e le sollecitazioni provenienti dai diversi soggetti affidatari delle azioni e interventi, in collaborazione fattiva con la competente Area “Politiche giovanili e Creatività”;

_ nell'ambito delle attività di supporto tecnico operativo, poste già in regime di convenzione la realizzazione del Progetto “Spazi attrezzati, potenziamento e sviluppo FabLab Lazio” a:

– □ Lazio Innova S.p.A:

o l'erogazione a Bic Lazio S.p.A. di € 240.000,00 quale quota parte (sul totale dell'iniziativa pari a €542.500,00) giusto impegno n. 2014/44719 capitolo R38918 bilancio 2014 di cui alla D.D. n. G18287 del 18 dicembre 2014 per l'attività denominata “Spazi creativi” (DGR n. 552 del 05/09/2014, Piano “Lazio Creativo”) per la funzionalità e la realizzazione delle due nuove sedi FabLab di Frosinone e di Rieti;

o la gestione e cura di uno o più Avvisi pubblici:

_ per il rilascio di voucher individuali o gruppi di giovani creativi al fine di favorire l'incontro con i FabLab presenti sul territorio regionale di iniziativa privata, il cui accesso ai servizi e consulenze prevedono costi a carico degli utenti;

_ per la selezione di progetti – presentati da singoli giovani o gruppi o associati

- nel campo della fabbricazione digitale in tutti i settori; i voucher terranno conto, nella definizione delle spese ammissibili e dei relativi massimali previsti, della natura del Fab Lab scelto dai candidati per la realizzazione del proprio progetto;

o la gestione e cura dell'Albo regionale – istituito a seguito di avviso pubblico – dei FabLab del settore privato (associazioni, società, ecc, esclusi i soggetti con natura giuridica riconducibili alla singola persona/professionista) dislocati e diffusi sul territorio regionale interessati a erogare ai giovani servizi e consulenze presso le proprie sedi;

– Bic Lazio S.p.A.

o Il coordinamento e gestione dei FabLab regionali diffusi:

_ potenziare e sviluppare la funzionalità delle tre sedi - già attrezzate – di Roma, Bracciano e Viterbo (D.D. n. G16422 del 17/11/2014), con specializzazioni o vocazioni settoriali rispettivamente industria creativa, agrifood e industria culturale;

_ lo Spazio Attivo di Latina (DGR n. 745/14);

_ le due nuove sedi di Frosinone e di Rieti, (realizzate e complete di arredi e attrezzature sulla base di specifico progetto);

o promuovere progetti – presentati da singoli giovani o gruppi o associati - nel campo della fabbricazione digitale in tutti i settori;

o la gestione e cura dell'Albo Fornitori per FabLab regionale: Elenco di professionisti e di aziende dal quale attingere per il conferimento di incarichi di lavoro finalizzati all'espletamento di attività di assistenza, supervisione, formazione, partecipazione ad eventi in qualità di relatore o moderatore, ovvero ad altre prestazioni professionali correlate con le finalità del FabLab regionale distribuito. Albo Fornitori Mercurio, la Macroarea “FabLab” composta dalle sottoaree o aree di competenza;

– Lait S.p.A.;

o Il coordinamento e la gestione del portale “Lazio Creativo”:

_ potenziare e sviluppare spazi virtuali valorizzando i FabLab regionali e le attività poste in essere;

_ valorizzare i giovani creativi, singoli o gruppi partecipanti, i prodotti realizzati, le imprese avviate;

_ le iniziative, gli eventi, i prodotti, le iniziative e assonanze scaturite nei diversi settori interessati;

_ promuovere la costruzione di uno spazio di diretta partecipazione (e gestione) dei giovani creativi; l'attività di gestione e affidamento posta in essere sulla base delle tempistiche inerenti i procedimenti degli interventi di cui al citato Piano “Interventi a favore dei Giovani” e che, pertanto, il corrispettivo della prestazione oggetto della presente determinazione sono comprese nel piano economico;

5. Risultati attesi (per i FabLab regionali)

– Indicatori Utenti

numero di visitatori/partecipanti (singoli e gruppi; pubblici e privati), corsi, seminari, progetti, prototipazioni e start-up;

risultati delle rilevazioni di gradimento dell'utenza (sulla base di definiti standard di qualità del servizio erogato)

– Partecipanti

singoli giovani o gruppi con età compresa tra i 14 e i 35 anni;

rivolto a tutti i cittadini;

– Indicatori attività (valori complessivi per le 6 sedi):

1200 tesserati

300 nuovi progetti con realizzazione dei relativi prototipi;

150 visite di gruppi istituzionali;

6500 visitatori

450 iniziative formative tra corsi e workshop e tutorial

6 Faber School

450 open day

45 team imprenditoriali, startup o imprese assistite

6. Il piano finanziario

NB

Si rinvia alla lettura integrale del testo

C. APPENDICE

Per le sedi di ROMA/VITERBO/BRACCIANO/LATINA (sedi già allestite ed aperte) si prevedono dei potenziamenti della strumentazione e 24 mesi di gestione del FabLab.

Per la sede di LATINA la gestione economica per ulteriori 24 mesi sarà conteggiata da luglio 2016.

Per le sedi di RIETI/FROSINONE è previsto sia l'allestimento che la successiva gestione del FabLab per 24 mesi. Si prevede di aprire al pubblico le nuove sedi a Giugno 2016.

Saranno predisposti specifici Programmi adeguati a ogni sede, contenete calendari di apertura e chiusura, servizi, consulenze, corsi ecc..

Sono previsti investimenti pari a circa € 200.000,00 per la funzionalità di ogni sede – con una oscillazione del 15 % (in più o in meno) tra le diverse sedi (n. 6), ferma restando la somma totale destinata al funzionamento pari a € 1.200.000,00 - finalizzati al potenziamento e allo sviluppo degli standard qualitativi e quantitativi e l'amplificazione dei servizi da erogare.

In merito alle risorse disponibili per il Progetto "Spazi attrezzati, potenziamento e sviluppo FabLab Lazio" che l'utilizzo e/o erogazione da parte delle Strutture tecnico-operative – Lazio Innova s.p.a. e Bic Lazio s.p.a. – sono subordinate all'autorizzazione della competente Area "Politiche giovanili e Creatività" a seguito di specifica richiesta e/o documentazione probante corredate da rendiconti parziali e da relazioni di sintesi sull'attività, secondo le seguenti modalità:

o una quota pari al 30 % dell'ammontare complessivo del totale del finanziamento entro il trentesimo giorno dall'effettivo avvio dell'attività e/o convenzione e previa verifica della documentazione trasmessa a corredo;

o altre due quote ognuno pari al 30 % del finanziamento previsto con cadenza semestrale o annuale, e/o sull'effettiva realizzazione delle iniziative e dall'effettivo e pieno utilizzo della precedente quota, previa presentazione di idonea rendicontazione finanziaria corredata da un report dettagliato delle attività svolte.

La rendicontazione dovrà riferirsi a non meno del 30% dei costi progettuali ammessi al finanziamento;

o uno svincolo pari al 10 % del finanziamento quale saldo finale che verrà corrisposto a conclusione del progetto, dietro presentazione della documentazione contabile e di un dettagliato report finale. Il rendiconto è subordinato alla verifica dei seguenti requisiti: corrispondenza e congruità della spesa rendicontata rispetto alla spesa totale, in particolare il finanziamento regionale e la quota di cofinanziamento; completamento del programma di spesa per il costo totale (finanziamento regionale e la quota di cofinanziamento); integrale pagamento dei documenti giustificativi di spesa; completezza e correttezza formale della documentazione presentata dal soggetto gestore.

Albo Fornitori per FabLab regionale distribuito, istituito presso Bic Lazio S.p.A. sarà ampliato e sviluppato.

Albo Fornitori per FabLab:

elenco di professionisti e di aziende dal quale attingere per il conferimento di incarichi di lavoro finalizzati all'espletamento di attività di assistenza, supervisione, formazione, partecipazione ad eventi in qualità di relatore o moderatore, ovvero ad altre prestazioni professionali correlate con le finalità del FabLab. L'Albo sarà formulato per Aree e sotto Aree.

L'iscrizione in qualità di esperti è valida sia per i liberi professionisti che per le società, quest'ultime devono fornire, insieme al CV aziendale, i CV degli esperti che propongono per le prestazioni professionali.

Determinazione 22 dicembre 2015, n. G16520 - Legge regionale 29 novembre 2001, n. 29: "Promozione e coordinamento delle politiche in favore dei giovani" e ss.mm.ii., Legge regionale 7 giugno 1999, n. 6 art. 82: "Disposizioni in materia di comunità giovanili" e ss.mm.ii. Iniziativa

Programma "Lazio Creativo". Graduatorie avviso pubblico "Interventi a sostegno dell'editoria laziale e dei giovani talenti letterari: incentivi alla partecipazione al Salone Internazionale del Libro di Torino 2015": scioglimento della riserva e approvazione contributo (D.D. n. G06243 del 21/05/2015). . (BUR n. 105 del 31.12.15)

IMMIGRATI

CAMPANIA

DGR n. 784 23.12.15 - Accordo per la programmazione e lo sviluppo di un sistema di interventi finalizzati a favorire l'integrazione sociale e l'inserimento lavorativo dei migranti regolarmente presenti in Italia. istituzione di capitoli di entrata e di spesa (BUR n. 79 del 28.12.15)

Note

PREMESSA

L'articolo 42 del sopracitato D. L.vo 25 luglio, n. 286 prevede che lo Stato, le Regioni, le Province e i Comuni, nell'ambito delle proprie competenze, partecipano alla definizione e realizzazione delle misure di integrazione sociale degli stranieri.

Il Regolamento (UE) n. 1303/2013 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 17.12.2013, ha stabilito le norme comuni dei fondi strutturali e di investimento europei, per realizzare la strategia dell'Unione Europea per una crescita intelligente, sostenibile ed inclusiva.

Il Regolamento (UE) n. 1304/2013 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 17.12.2013, relativo al Fondo sociale europeo, ha definito i compiti del FSE, che sostiene i seguenti obiettivi tematici: "promuovere un'occupazione sostenibile e di qualità e sostenere la mobilità dei lavoratori"; "promuovere l'inclusione sociale e combattere la povertà e ogni discriminazione", nell'ambito dei quali, si individuano, tra gli altri, quali risultati attesi, rispettivamente, la crescita dell'occupazione degli immigrati e l'incremento dell'occupabilità e della partecipazione al mercato del lavoro delle persone maggiormente vulnerabili.

L'Accordo di Partenariato 2014-2020 per l'impiego dei fondi strutturali e di investimento europei, adottato il 29 ottobre alla Commissione europea a chiusura del negoziato formale, che prevede i seguenti Programmi Operativi Nazionali a titolarità di questo Ministero: PON "Sistemi di politiche attive per l'occupazione" e PON "Inclusione".

L'AZIONE DELLA REGIONE

In data 27/07/2015 la Regione Campania ha sottoscritto digitalmente col Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali – Direzione Generale per l'Immigrazione e le politiche di integrazione, l'Accordo per la programmazione e lo sviluppo di un sistema di interventi finalizzati a favorire l'integrazione sociale e l'inserimento lavorativo dei migranti regolarmente presenti in Italia.

In data 16/09/2015 il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, con nota prot. 35/0003902 ha comunicato la condivisione del "Piano Integrato degli interventi in materia di inserimento lavorativo e di integrazione sociale dei migranti" e ha dichiarato che tale piano è definitivo e che si può procedere all'erogazione del finanziamento secondo quanto previsto dall'art. 9 dell'Accordo;

IL FINANZIAMENTO

Ai sensi del suddetto art. 9 dell'Accordo la Regione Campania risulta beneficiaria del finanziamento di € 156.117,00.

EMILIA-ROMAGNA

DGR 22.6.15, n. 755 - Approvazione del quattordicesimo programma assistenziale a favore di cittadini stranieri-ex art.22 comma 15 l.449/97- di cui alle delibere dell'Assemblea legislativa n.84/2012 e n. 134/2013. (BUR n, 342 del 30.12.15)

Note

Viene approvato il quattordicesimo Programma assistenziale a favore di cittadini stranieri trasferiti in Italia, ai sensi dell'art. 32 della legge 449/97, per prestazioni di alta specialità a favore di cittadini

stranieri, per l'anno 2015, come specificato in premessa, all'interno delle più generali politiche di cooperazione internazionale, di cui al Documento di indirizzo programmatico per il triennio 2012-2014, approvato dall'Assemblea Legislativa Regionale con deliberazioni n.84/2012 e n.134/2013.

Viene previsto un finanziamento complessivo per un massimo di € 1.550.000,00 in corrispondenza di prestazioni di alta specialità a favore di cittadini stranieri per l'anno 2015, dando atto che la copertura finanziaria a carico della Regione sarà assicurata dalle risorse a disposizione del finanziamento del Servizio Sanitario Regionale per l'esercizio 2015.

Le Aziende Sanitarie e l'IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli sono tenute a contribuire al conseguimento degli obiettivi previsti nel Programma di cui al punto 1. che precede, anche attraverso l'impiego di risorse economiche proprie nella misura del 30% delle spese sostenute.

Al Servizio Assistenza territoriale compete il coordinamento e la verifica della realizzazione del Programma assistenziale e che allo stesso dovranno pervenire entro il 15 dicembre 2015 dalle Aziende sanitarie e dall' IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli le rendicontazioni delle spese effettivamente sostenute per singolo caso.

NB

In caso di superamento del limite complessivo di € 1.550.000,00, le Aziende/IRCCS coinvolti garantiranno, con mezzi propri, la copertura integrale della restante spesa sostenuta per i casi trattati;

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

MARCHE

DGR 30.11.15, n. 1070 - Programmazione delle attività sociali e a valenza socio-sanitaria anno 2015, fonti di finanziamento e criteri di riparto. Modifiche alle deliberazioni della Giunta regionale n. 1758/2010, n. 47/2015, n. 143/2015, n. 328/2015 e n. 441/2015.

Note

Viene approvato l'allegato A "Programmazione delle attività sociali e a valenza socio-sanitaria anno 2015, fonti di finanziamento e criteri di riparto", che forma parte integrante e sostanziale della presente deliberazione (a cui si rinvia) , relativo alle risorse per le attività sociali e a valenza socio-sanitaria anno 2015.

LAVORO

LAZIO

Determinazione 22 dicembre 2015, n. G16567 - Attuazione della D.G.R. del 14 dicembre 2015, n. 739 "Approvazione schema di convenzione tra Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali e Regione Lazio per regolare i relativi rapporti e obblighi in relazione alla gestione dei servizi e delle politiche attive del lavoro nel territorio della Regione Lazio in attuazione dell'articolo 11 del decreto legislativo 14 settembre 2015, n. 150 "Disposizioni per il riordino della normativa in materia di servizi per il lavoro e di politiche attive, ai sensi dell'articolo 1, comma 3, della legge 10 dicembre 2014, n. 183". Approvazione schema di convenzione tra Regione e Città metropolitana di Roma Capitale e Enti di area vasta. (BUR n. 105 del 31.12.15)

Note

Viene approvato lo schema di convenzione con la Città metropolitana di Roma Capitale e gli Enti di area vasta finalizzato a regolare i relativi rapporti e obblighi in relazione alla gestione dei servizi per il lavoro e delle politiche attive del lavoro nei rispettivi territori, di cui all'allegato A, che forma parte integrante e sostanziale del presente atto e l'allegato 1 allo schema di convenzione in cui sono definite le linee guida per la definizione del piano concernente le modalità e i principi comuni di gestione dei servizi e delle politiche attive del lavoro, parte integrante e sostanziale del presente atto.

Allegato A
SCHEMA DI CONVENZIONE
TRA
REGIONE LAZIO
E

.....
*(indicare una delle seguenti: Città metropolitana di Roma Capitale/ Provincia di Latina/
 Provincia di Viterbo/ Provincia di Frosinone/ Provincia di Rieti)*

(di seguito, denominate PARTI)

VISTA

la determinazione dirigenziale n...del...cui si rinvia per relationem anche per la motivazione del presente atto

PREMESSO CHE

- Il decreto legge 19 giugno 2015 n. 78, convertito, con modifiche dalla legge 6 agosto 2015 n. 125, prevede all'art. 15, commi 1, 2, 3 e 4, che allo scopo di garantire livelli essenziali di prestazioni in materia di servizi e politiche attive del lavoro, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, le regioni e le province autonome, definiscono, con accordo in Conferenza unificata, un piano di rafforzamento dei servizi per l'impiego ai fini dell'erogazione delle politiche attive, mediante l'utilizzo coordinato di fondi nazionali e regionali, nonché dei programmi operativi cofinanziati dal Fondo Sociale Europeo e di quelli cofinanziati con fondi nazionali negli ambiti di intervento del Fondo Sociale Europeo, nel rispetto dei regolamenti dell'Unione europea in materia di fondi strutturali. Allo scopo di garantire i medesimi livelli essenziali attraverso meccanismi coordinati di gestione amministrativa, il Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali stipula, con ogni Regione e con le Province autonome di Trento e Bolzano, una convenzione finalizzata a regolare i relativi rapporti e obblighi in relazione alla gestione dei servizi per l'impiego e delle politiche attive del lavoro nel territorio della regione o provincia autonoma.

Nell'ambito delle convenzioni stipulate con le Regioni a statuto ordinario, le parti possono prevedere la possibilità di partecipazione del Ministero agli oneri di funzionamento dei servizi per l'impiego per gli anni 2015 e 2016, nei limiti di 90 milioni di euro annui, e in misura proporzionale al numero di lavoratori dipendenti a tempo indeterminato direttamente impiegati in compiti di erogazione di servizi per l'impiego. Subordinatamente alla stipula delle convenzioni e nei limiti temporali e di spesa stabiliti dalle medesime, il Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali è autorizzato a utilizzare una somma non superiore a 90 milioni di euro annui, a carico del fondo di rotazione di cui all'articolo 9 del decreto-legge 20 maggio 1993, n. 148, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 luglio 1993, n. 236, per le finalità sopra rappresentate.

- Il citato articolo 15 della l. 125/2015, prevede, al comma 6-bis, che nelle more dell'attuazione del processo di riordino delle funzioni connesse alle politiche attive del lavoro e al solo fine di consentire la continuità dei servizi erogati dai centri per l'impiego, le province e le città metropolitane possono stipulare, a condizione che venga garantito l'equilibrio di parte corrente nel periodo interessato dai contratti stessi, contratti di lavoro a tempo determinato ai sensi dell'articolo 4, comma 9, terzo periodo, del decreto-legge 31 agosto 2013, n. 101, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 ottobre 2013, n. 125, e successive modificazioni, alle medesime finalità e condizioni, per l'esercizio dei predetti servizi, e con scadenza non successiva al 31 dicembre 2016, anche nel caso di mancato rispetto del patto di stabilità interno per l'anno 2014.

Il decreto legislativo 14 settembre 2015, n. 150 prevede all'articolo 11, comma 1 che, allo scopo di garantire livelli essenziali di prestazioni attraverso meccanismi coordinati di gestione amministrativa, il Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali stipula con ogni Regione e con le Province Autonome di Trento e Bolzano una convenzione finalizzata a regolare i relativi rapporti e obblighi in relazione alla gestione dei servizi per il lavoro e delle politiche attive del lavoro nel territorio della Regione o Provincia autonoma, nel rispetto dei principi contenuti nel medesimo articolo; ai sensi del comma 4 dell'articolo 11, in via transitoria le citate convenzioni possono

prevedere che i compiti, le funzioni e gli obblighi in materia di politiche attive del lavoro siano attribuiti, in tutto o in parte, a soggetti accreditati ai sensi dell'articolo 12 del medesimo decreto legislativo.

- Lo stesso decreto legislativo 14 settembre 2015, n. 150 prevede all'articolo 33 che l'importo di cui all'articolo 15, comma 3 del decreto legge n. 78 del 2015 è incrementato di 50 milioni di euro per ciascuno degli anni 2015 e 2016.

- L'Accordo Quadro in materia di politiche attive per il lavoro del 30 luglio 2015 richiama l'impegno congiunto del Governo e delle Regioni a garantire, nella fase di transizione verso un diverso assetto di competenze, la continuità di funzionamento dei centri per l'impiego e del personale in essi impiegato, anche a tempo determinato, assicurandone il miglior rapporto funzionale con le Regioni e prevedendo pertanto, nell'ambito di una cornice di indirizzo unitario, la stipula di convenzioni tra il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e ciascuna Regione, finalizzate a individuare linee di collaborazione interistituzionale che valorizzino le buone pratiche esistenti nei contesti regionali. A tal fine, il medesimo Accordo prevede l'impegno alla definizione congiunta di un Piano generale di raccordo delle azioni di politiche attive per il lavoro contenute nei Programmi operativi nazionali e regionali della programmazione europea 2014-2020, per il rafforzamento dei servizi per l'impiego anche attraverso l'utilizzo delle risorse del Fondo Sociale Europeo.

CONSIDERATO CHE

- In attuazione dell'art. 15, comma 1, del decreto legge n. 78/2015, convertito con modifiche dalla legge n. 125/2015, e del decreto legislativo n. 150/2015, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali e le Regioni e Province autonome concordano un Piano nazionale sulle politiche attive del lavoro, per un migliore coordinamento degli interventi sia nazionali che regionali in materia, mediante l'utilizzo di risorse a valere su PON e POR, nell'ambito della programmazione FSE 2014-2020;

- allo scopo di garantire livelli essenziali di prestazioni attraverso meccanismi coordinati di gestione amministrativa, le Parti, in attuazione della convenzione stipulata in data 17 dicembre 2015 tra il MLPS e la Regione Lazio, stipulano la presente convenzione finalizzata a regolare i relativi rapporti e i rispettivi obblighi in relazione alla gestione dei servizi per l'impiego e delle politiche attive del lavoro;

- le Parti ritengono prioritario procedere al rilancio, al miglioramento e alla riqualificazione dei servizi per il lavoro nel territorio della Regione Lazio nell'ambito del riordino delle funzioni e competenze in atto esercitate dalle province in materia di mercato del lavoro, al fine di garantire il livello essenziale delle prestazioni su tutto il territorio nazionale;

Tutto ciò visto, premesso e considerato, che costituisce parte integrante della presente convenzione,

SI CONVIENE

Art. 1

(Rapporti e obblighi)

1. Alla Regione Lazio spettano le competenze in materia di programmazione di politiche attive del lavoro e in particolare:

identificazione della strategia regionale per l'occupazione, in coerenza con gli indirizzi generali definiti ai sensi dell'articolo 2 del decreto legislativo n. 150/2015;

accreditamento degli enti di formazione, nell'ambito dei criteri definiti ai sensi dell'articolo 3, comma 4 del decreto legislativo n. 150/2015;

accreditamento dei servizi per il lavoro, secondo i criteri definiti con decreto di cui all'articolo 12 del decreto legislativo n. 150/2015;

interventi volti a favorire l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità;

modalità e principi comuni di gestione dei servizi e delle politiche attive di cui alle linee guida dell'allegato 1 alla presente convenzione.

2. Alla Regione Lazio spetta, inoltre, la gestione operativa e la definizione degli obiettivi dei servizi e delle politiche attive e la responsabilità delle articolazioni territoriali pubbliche a esse preposte denominate ai sensi del d.lgs 150/2015 Centri per l'impiego, di seguito CPI.

3. La Regione Lazio, attraverso i CPI, svolge in forma integrata, nei confronti dei disoccupati, lavoratori beneficiari di strumenti di sostegno al reddito in costanza di rapporto di lavoro e a rischio di disoccupazione, le attività previste dall'articolo 18 e indicate dal Patto di servizio di cui all'art. 20 del decreto legislativo n. 150/2015. Al tal fine la Regione Lazio procede alla riqualificazione del personale dei CPI, ove necessario, anche attraverso l'assistenza tecnica di Italia Lavoro e Isfol.

4. La Regione Lazio si impegna a individuare, misure di attivazione dei beneficiari di ammortizzatori sociali, ai sensi degli articoli 11, comma 1, lettera b), 21 e 22 del decreto legislativo n. 150/2015.

5. La Regione Lazio, al fine di attuare il collocamento mirato di cui alla legge 12 marzo 1999, n. 68 e smi garantisce un servizio di inserimento lavorativo dei disabili su base provinciale.

6. Alla Città metropolitana di Roma Capitale e agli Enti di area vasta spetta, in via transitoria, la gestione dei centri per l'impiego fermo il rispetto da parte della Regione Lazio degli impegni finanziari di cui all'Accordo Quadro del 30 luglio 2015.

Art. 2

(Servizi e politiche attive per il lavoro)

1. La Città metropolitana di Roma Capitale/gli Enti di area vasta, garantiscono in particolare attraverso il personale assegnato ai CPI le seguenti attività:

- l'accertamento della condizione di disoccupazione dell'utente secondo quanto previsto dall'art. 19 del decreto legislativo n. 150/2015 e l'aggiornamento costante della banca dati;
- la profilazione dell'utente e la stipula del patto di servizio secondo quanto previsto dall'art. 20 decreto legislativo n. 150/2015 e l'aggiornamento costante della scheda anagrafica professionale;
- l'erogazione dei servizi e delle misure di politica attiva del lavoro previste dall'art. 18 del decreto legislativo n. 150/2015, nel rispetto e nei limiti di quanto indicato nella deliberazione della giunta regionale 198/2014 e smi;
- garantire il rispetto dei meccanismi di condizionalità previsti dagli artt. 21 e 22 del decreto legislativo n. 150/2015;
- il rilascio dell'assegno di ricollocazione secondo quanto previsto dall'art. 23 del decreto legislativo n. 150/2015;
- l'attuazione del collocamento mirato secondo quanto previsto dalla disposizioni statali e regionali vigenti in materia;
- l'attuazione delle politiche attive programmate dalla regione.

2. La Città metropolitana di Roma Capitale/gli Enti di area vasta si impegnano a comunicare entro 20 giorni dalla sottoscrizione della presente convenzione il nominativo del responsabile provinciale per l'attuazione delle politiche attive del lavoro nonché l'elenco nominativo del personale a tempo indeterminato e determinato, ove non ancora trasmesso, con le relative qualifiche, assegnato ai CPI e le spese di funzionamento relative al 2015.

Art. 3

(Piano delle performance)

1. Le attività previste dalla presente convezione costituiscono parte integrante del Piano della Performance della Città metropolitana di Roma Capitale e degli Enti di area vasta ai sensi dell'articolo 2, comma 3, della convenzione stipulata tra il dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali e Regione Lazio in data 17 dicembre 2015.

Art. 4

(Quadro finanziario)

1. Con Decreto 377/II/2015 del Direttore generale per le Politiche attive, i Servizi per il Lavoro e la Formazione, il Ministero del lavoro e delle Politiche sociali ha assegnato alla Regione Lazio, con riferimento all'anno 2015, risorse pari euro 15.194.384.= salvo conguaglio. La quota di partecipazione del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali relativa all'anno 2016 verrà

definita con successivo decreto direttoriale. La Regione Lazio si impegna a trasferire tali risorse non appena saranno trasferite dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali e comunque entro e non oltre 15 giorni dal ricevimento delle stesse, fermo restando quanto previsto al comma 2, dell'articolo 2, della convenzione.

2. La Regione Lazio si impegna a concorrere agli oneri di funzionamento, ivi compresi quelli relativi al personale dei servizi per l'impiego, per gli anni 2015 e 2016, nella misura massima di € 10.000.000.= annui, previo accertamento della spesa effettivamente sostenuta dalla Città metropolitana di Roma Capitale e dagli Enti di area vasta nelle annualità 2015 e 2016;

3. Lo stanziamento di € 10 milioni riferito all'annualità 2016, è previsto nella proposta di legge di bilancio 2016-2018, già approvata con D.G.R. del 9 dicembre 2015, n. 719 cui si rinvia;

4. La Regione Lazio si impegna entro il 31 dicembre 2015 a trasferire, a titolo di anticipazione per gli oneri del personale e dei costi di funzionamento dei servizi per l'impiego, alla Città metropolitana di Roma Capitale e gli Enti di area vasta per l'annualità 2015, risorse pari a 10.000.000 di € secondo la seguente tabella di riparto calcolata in percentuale sulla base della spesa comunicata dagli stessi enti per l'annualità 2015:

Riparto

Città Metropolitana Roma Capitale

6.100.000

Viterbo 800.000

Rieti 300.000

Frosinone 1.400.000

Latina 1.400.000

10.000.000

6. La Città metropolitana di Roma Capitale e gli Enti di area vasta si impegnano a comunicare trimestralmente alla Regione Lazio le eventuali variazioni nel numero del personale assegnato ai CPI. Entro giugno 2016 gli stessi si impegnano a presentare una previsione relativa alle spese di funzionamento ivi compresi gli oneri del personale in servizio a quella data.

Art. 5

(Durata)

1. La presente convenzione ha validità per le annualità 2015 e 2016, con impegno a effettuare una verifica entro il 30 giugno 2016, per quanto riferibile all'annualità 2017.

2. La presente convenzione può essere integrata o modificata a seguito dell'approvazione del Piano nazionale di coordinamento di cui al considerato della presente convenzione.

Data _____

Regione Lazio

Città metropolitana di Roma Capitale
o Provincia di.....

Allegato 1

LINEE GUIDA

per la definizione del "Piano di rafforzamento del Sistema dei Servizi Per il Lavoro"

DIREZIONE REGIONALE LAVORO

INDICE

PREMESSA

IL SISTEMA DEI SERVIZI PER IL LAVORO DEL LAZIO

OBIETTIVI E FINALITÀ

DEFINIZIONE DEL PIANO

1. ANALISI DATI

2. PROPOSTA REGIONALE

3. CONCERTAZIONE

4. ADOZIONE DEL PIANO

5. PIANI OPERATIVI DEI SINGOLI CPI

MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE

GOVERNANCE DEL PIANO

PREMESSA

Le novità introdotte dalle riforme del Governo in materia di politiche del lavoro (così detto "Jobs Act") richiedono alle Regioni interventi di revisione della propria organizzazione.

Il D.lgs. 14/09/2015 n. 150 ha stabilito che spetta alla Regione:

- status di disoccupazione ai sensi art. 19
- definire la strategia regionale per l'occupazione;
- assolvere i compiti amministrativi in materia di politiche attive del lavoro;
- garantire l'esistenza e la funzionalità di uffici territoriali aperti al pubblico, denominati "centri per l'impiego";
- prevedere misure di attivazione dei beneficiari di ammortizzatori sociali residenti nel territorio;
- gestire i servizi per il collocamento mirato delle persone con disabilità;
- gestire le procedure di avviamento a selezione negli enti pubblici e nella pubblica amministrazione nei casi previsti dalla normativa;
- gestire il sistema informativo del lavoro regionale in coerenza con gli standard e con le procedure definite per il sistema informativo centrale di supporto alla gestione delle politiche del lavoro.

Il D.Lgs citato ridisegna il quadro regolatorio dei servizi e delle politiche del lavoro, completando, di fatto, il processo che, negli ultimi anni, ha visto via via assegnare ai Servizi pubblici per il lavoro il compito di sostenere l'intera carriera lavorativa delle persone, ricoprire un ruolo più attivo nella riduzione della dipendenza dalle prestazioni di disoccupazione, contribuire a determinare il superamento della dicotomia "disoccupazione-occupazione" per affermare il paradigma della transizione positiva da una condizione lavorativa ad un'altra e dell'utilizzo dell'ammortizzatore sociale a supporto della transizione.

L'attribuzione a Regioni e Province autonome di funzioni e compiti amministrativi in materia di politica attiva del lavoro è finalizzata a far sì che queste garantiscano l'esistenza e la funzionalità di uffici territoriali aperti al pubblico, denominati centri per l'impiego.

Le novità che hanno maggiore impatto sulla operatività dei Centri per l'Impiego sono essenzialmente tre:

vengono definiti i *livelli essenziali delle prestazioni*, con l'obiettivo di superare le disparità esistenti tra i servizi per il lavoro delle diverse regioni ed offrire su tutto il territorio nazionale servizi standardizzati, certi ed esigibili;

vengono definiti compiti di *esclusiva competenza* dei Centri per l'Impiego, restituendo loro, di fatto, centralità nell'avvio e nella regia/controllo dei processi di inserimento e reinserimento lavorativo;

vengono rafforzati i meccanismi di *condizionalità*, vincolando in maniera più certa e definita la fruizione del sostegno al reddito ad un impegno attivo della persona in cerca di occupazione.

Si delinea un vasto ambito di operatività per i Centri per l'Impiego, dettagliato dall'Art. 18 del D. Lgs 150/15, che, al comma 1, oltre a indicare la necessità di un'azione integrata, individua come target "i disoccupati, i lavoratori beneficiari di strumenti di sostegno al reddito in costanza di rapporto di lavoro e a rischio di disoccupazione", per i quali il Centro per l'Impiego è chiamato a "costruire i percorsi più adeguati per l'inserimento e il reinserimento nel mercato del lavoro".

Le attività di politica attiva inerenti alla suddetta funzione sono individuate dallo stesso Art. 18, comma 1. Tali attività *possono* essere realizzate, ai sensi del comma 2 dello stesso art. 18, dalle Regioni e dalle Province autonome anche coinvolgendo "soggetti privati accreditati sulla base dei costi standard definiti dall'ANPAL e garantendo in ogni caso all'utente facoltà di scelta".

Lo stesso comma 2 del citato art. 18 individua, tuttavia, le attività che non ammettono alcuna delega ai servizi privati e, per il loro profilo prettamente pubblicistico, restano esclusivamente in capo ai CPI.

Si profila, quindi, un insieme di attività e funzioni riservate esclusivamente ai CPI, a cui si aggiungono le altre fondamentali attività relative all'attuazione di politiche attive, che però possono essere integrate con l'ausilio dei soggetti privati accreditati.

In sintesi:

□□ sono attività che rientrano nella esclusiva competenza dei Centri per l'Impiego:

- la stipula del Patto di servizio personalizzato e tutte le attività ad essa connesse (conferma dello stato di disoccupazione e profilazione);
- il rilascio dell'assegno di ricollocazione che viene effettuato, ai sensi dell' art. 23, comma 2 dello stesso decreto, dal Centro per l'Impiego "sulla base degli esiti della procedura di profilazione, ovvero alle condizioni e secondo le modalità di cui all'articolo 20, comma 4";
- la registrazione di tutti gli eventi salienti relativi all'assegno di ricollocazione: utilizzo dell'assegno, sospensione del Patto di Servizio Personalizzato (Art. 23, comma 6), variazioni di status (assunzioni in prova ex comma 5 lett. f) e eventuali violazioni della condizionalità provvedendo ad irrogare le relative sanzioni (art. 5 lett. e);
- il monitoraggio del Patto di Servizio Personalizzato;
- la gestione dei meccanismi di condizionalità, con relativa attivazione dei meccanismi sanzionatori.

□□ sono attività che *possano* essere realizzate coinvolgendo soggetti privati accreditati:

- l'orientamento di base, analisi delle competenze in relazione alla situazione del mercato del lavoro locale e profilazione;
- l'ausilio alla ricerca di una occupazione, anche mediante sessioni di gruppo;
- l'orientamento specialistico e individualizzato;
- l'orientamento individualizzato all'autoimpiego e il tutoraggio per le fasi successive all'avvio dell'impresa;
- l'avviamento ad attività di formazione;
- l'accompagnamento al lavoro;
- la promozione di esperienze lavorative, anche mediante lo strumento del tirocinio;
- la gestione, anche in forma indiretta, di incentivi all'attività di lavoro autonomo;
- la gestione di incentivi alla mobilità territoriale;
- la gestione di strumenti finalizzati alla conciliazione della vita familiare e lavorativa;
- la promozione di prestazioni di lavoro socialmente utile;

Il d.lgs. 150/2015 ha stabilito, inoltre, che il Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali stipuli con ciascuna Regione una convenzione finalizzata a regolare i relativi rapporti e obblighi al fine di garantire la continuità dei servizi per l'impiego nella fase di transizione per le annualità 2015 e 2016.

La convenzione tra il Ministero del Lavoro e la Regione Lazio è stata sottoscritta il 17/12/2015 e prevede, tra l'altro, che alla Regione Lazio spetta la competenza in materia di gestione operativa e definizione degli obiettivi dei servizi e delle politiche attive e la responsabilità delle articolazioni territoriali pubbliche a esse preposte (denominati Centri per l'impiego)".

Dato questo contesto generale, appare necessario procedere in modo strutturato alla riorganizzazione ed al rafforzamento del Sistema dei Servizi per il Lavoro del Lazio, nato da poco sulla spinta del Programma Garanzia Giovani ed ancora in fase di implementazione.

Il presente documento traccia le Linee Guida necessarie per realizzare un "Piano di rafforzamento del Sistema dei Servizi per il Lavoro", di seguito, denominato "Piano", che consenta di effettuare scelte strategiche ed operative in grado di garantire contemporaneamente aderenza al mutato quadro normativo e agli obiettivi regionali di qualificazione del Sistema dei Servizi per il Lavoro nella regione Lazio.

IL SISTEMA DEI SERVIZI PER IL LAVORO DEL LAZIO

A seguito del mutato assetto istituzionale, nel 2013 la Regione ha istituito nel 2013 un **Assessorato** esclusivamente dedicato **al lavoro**, e ha dato l'avvio alla costruzione del primo "Modello Lazio" dei Servizi Pubblici per il Lavoro.

La decisione strategica, per realizzare un mercato del lavoro moderno ed in linea con le migliori esperienze europee, è stata quella di costruire un **sistema misto pubblico/privato**, dove è ben evidente la centralità del ruolo pubblico e la complementarità del privato per quanto riguarda i servizi specialistici.

Fondamentale è stato anche creare comunicazione e connessione tra i vari soggetti pubblici coinvolti nel Sistema.

Inoltre, dato che il versante pubblico è istituzionalmente diviso in due livelli autonomi che collaborano tra loro ma non sono gerarchicamente connessi, il livello regionale e il livello provinciale (da cui dipendono gli uffici locali, i Centri Per l'Impiego), è stata istituita, con la legge regionale 14 luglio 2014, n. 7, la **Consulta regionale dei servizi regionali per l'impiego del Lazio**, quale organismo permanente di consultazione in relazione alle politiche regionali in materia di lavoro, al fine di fare da raccordo e coordinamento tra i due livelli, rafforzare l'incontro tra domanda e offerta.

Con la DGR 198 del 2014 sono state definite le procedure e i requisiti per l'**accreditamento dei servizi al lavoro** e le modalità del loro affidamento agli operatori accreditati.

La rete pubblico/privata per la gestione dei servizi (Centri per l'Impiego e soggetti accreditati ai servizi per il lavoro) attualmente è composta da 117 soggetti, come evidenziato nella tabella seguente.

Tipologia dei soggetti accreditati con indicazione degli sportelli attivi

TIPOLOGIA SEDE ACCREDITATA

NB

Si rinvia alla lettura integrale del testo

I 117 soggetti erogano servizi attraverso 161 sportelli attivi sul territorio.

Di seguito si forniscono alcuni elementi di dettaglio sulle tipologie di accreditamento:

1. Servizi generali obbligatori: 36 CPI e 13 i soggetti accreditati per un totale di 54 sportelli;
2. Servizi specialistici facoltativi:
 - 2.1 servizi di tutorship e assistenza intensiva in funzione della collocazione e della ricollocazione professionale: 108 sportelli
 - 2.2 servizi di orientamento mirato alla formazione non generalista: 106 sportelli
 - 2.3 servizi finalizzati all'avviamento di una iniziativa imprenditoriale: 81 sportelli
 - 2.4 Accompagnamento e inserimento lavorativo di persone svantaggiate e persone con disabilità: 68 sportelli
 - 2.5 servizi finalizzati all'avviamento di esperienze di lavoro/formazione in mobilità: 59 sportelli

Un altro elemento fondamentale del Modello Lazio è un innovativo strumento di politica attiva, di cui è già stata avviata la sperimentazione, il **contratto di ricollocazione**, che sostiene economicamente la ricerca di una nuova occupazione realizzata attraverso il sistema dei servizi per il lavoro. Questi interventi vengono accompagnati da un ulteriore sussidio a sostegno della vita quotidiana del cittadino. Il principio che è alla base di questo sistema di aiuti è la forte condizionalità: la Regione sigla un patto con il cittadino, condizionando il massimo sostegno offerto alla condotta attiva del cittadino per la ricerca di una nuova occupazione.

I CPI DEL LAZIO

Uno studio di Italia Lavoro, nell'ambito del progetto Welfare to Work, ha consentito di fotografare lo stato attuale dei Centri per l'Impiego del Lazio.

Dal punto di vista metodologico la rilevazione dei dati è stata svolta nel mese di novembre 2015, attraverso delle interviste concordate con i Responsabili dei 36 CPI presenti nel territorio regionale.

I dati raccolti riguardano le **risorse umane, strumentali e tecnologiche disponibili per ogni Centro per l'Impiego.**

Il bacino di riferimento

Per stimare il flusso medio mensile dei beneficiari di ammortizzatori sociali a cui erogare i servizi previsti dal d.lgs. 14 settembre 2015, n. 150 (in particolare dall'articolo 21: naspi, indennità di mobilità e dis-coll), è stato necessario utilizzare la variabile del numero dei beneficiari che hanno iniziato la prestazione in ciascun mese.

Nello studio sono stati riportati i dati del Lazio (Elaborazione Itallavoro su dati INPS - Sistema informativo percettori) relativi ai beneficiari degli ammortizzatori sociali secondo art.21 (NaSpi, mobilità, DIS-COLL) a partire dal mese di Giugno 2015, in quanto il mese di Maggio non è significativo a livello statistico, a causa dei ritardi nella possibilità di presentazione della domanda.

I dati sono estratti per tipologia di ammortizzatore sociale, mese, provincia, CPI, genere e classi di età dei percettori.

Il dato totale di tutti i beneficiari delle prestazioni nel periodo Giugno-Settembre 2015 è di 45.669 unità. Il flusso medio mensile dei beneficiari di prestazioni di disoccupazione nel Lazio nel periodo considerato è di 11.425 unità. I beneficiari di NaSpi con un flusso medio mensile di 10.814 unità rappresentano (circa il 94,6% del totale), i beneficiari di DIS-COLL (circa il 2,8% del totale), mentre i beneficiari di mobilità ordinaria sono in media 285 al mese (2,5% del totale).

OBIETTIVI E FINALITÀ

Finalità

Il presente documento ha la finalità di dettare le Linee Guida per definire i criteri, la metodologia e le azioni del Piano che completi il processo di rafforzamento del Sistema regionale dei Servizi per il Lavoro, in coerenza con le previsioni del Decreto legislativo n. 150 del 2015.

Il Piano individuerà in maniera puntuale obiettivi specifici, risorse, tempi e modalità di intervento. Le linee Guida potranno subire revisioni e integrazioni in funzione di mutamenti di scenario a livello nazionale e regionale, ma identificano, comunque, gli elementi di base sui quali si definiranno le proposte operative e si realizzeranno le diverse attività.

Il Piano, nel disegnare i servizi, dovrà porre al centro la "persona", in particolare chi ha perso l'occupazione o si affaccia per la prima volta sul mercato del lavoro, con le proprie esigenze e bisogni, ma anche con le proprie responsabilità: da un lato, si richiede agli utenti impegno nei percorsi di politica attiva, dall'altro si garantisce a ciascuno di essi un percorso personalizzato finalizzato ed orientato al lavoro.

Il Piano dovrà, altresì, prevedere il rafforzamento del coordinamento regionale dei servizi, anche in relazione al ruolo delle Province e della città metropolitana di Roma Capitale, attraverso la prosecuzione dei lavori della Consulta dei Servizi per l'impiego e l'avvio di specifiche iniziative, anche a carattere formativo e di confronto regionale e interregionale, in merito al percorso di sviluppo ed alle novità, normative e operative, introdotte a livello nazionale.

La definizione di modelli di servizio e procedure standard per la gestione delle politiche attive del lavoro sarà fondata su principi di semplificazione amministrativa e utilizzo delle unità di costo standard, indirizzando la maggior parte delle risorse verso gli obiettivi di carattere occupazionale.

Obiettivi

Il Piano ha l'obiettivo principale di favorire lo sviluppo di servizi ancorati alle peculiarità del territorio, partendo dalla fotografia di quanto ad oggi attivo e delineando lo scostamento con quanto definito dal decreto legislativo n. 150/2015 in materia di servizi essenziali e pertanto esigibili dal cittadino.

Sulla base dello scostamento, in termini di competenze degli operatori, di flusso/erogazione dei servizi, di sostenibilità del sistema in generale, sarà possibile costruire una ipotesi di attivazione delle risorse (umane, strumentali, finanziarie) da sottoporre alle Province e alla Città Metropolitana di Roma Capitale.

Il Piano dovrà consentire, tramite le attività dei Centri per l'Impiego e degli altri soggetti accreditati, di garantire i livelli essenziali delle prestazioni, nonché adottare procedure, standard e strumenti uniformi, nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs 150/2015.

Il Piano dovrà, altresì, prevedere un sistema di servizi per il lavoro dedicati alle fasce di popolazione più svantaggiate e connessi allo sviluppo economico e all'inclusione attiva, favorendo l'accessibilità a servizi integrati sul territorio, secondo il criterio "one stop shop" (sportello integrato dei servizi), previsto tra l'altro anche dal POR Lazio FSE 2014-2020 all'Obiettivo specifico 8.7.

Nel Piano sarà definito un percorso per realizzare un sistema di verifica delle performance dei servizi per l'impiego, per indirizzare le scelte strategiche, favorire il miglioramento continuo dei servizi sul territorio e agevolare una razionale allocazione delle risorse economiche disponibili per la gestione delle politiche attive del lavoro.

Nel Piano sarà prevista, inoltre, un'attività informativa rivolta ai soggetti accreditati (in particolare ai servizi specialistici facoltativi) sulle iniziative regionali e nazionali di politica attiva del lavoro, nonché di promozione attraverso momenti di scambio e confronto tra gli operatori degli stessi enti accreditati e gli operatori dei Centri per l'Impiego.

Il Piano di rafforzamento sarà strutturato in modo da ispirarsi ai seguenti criteri:

- a) il modello regionale dei servizi per il lavoro si basa sul principio della **“governante pubblica” e dell’“operatività privata”**, ovvero prevede la centralità del servizio pubblico per l'impiego nella gestione esclusiva della fase di accesso ai servizi (primo colloquio, profilatura, patto di servizio personalizzato, quantificazione dell'assegnazione di ricollocazione) e la collaborazione tra i Centri per l'Impiego e gli altri soggetti pubblici e privati accreditati, ai quali saranno affidati i diversi servizi specialistici;
- b) **Unitarietà dell'attivazione del sistema di PAL a livello regionale**, con procedure e costi standardizzati;
- c) **Pro-attivazione del lavoratore**, che sceglierà in prima persona sia il servizio che riterrà più adatto, sia l'operatore accreditato per la costruzione del percorso di ricollocazione, ove previsto;
- d) **Rete di operatori, pubblici e privati**, in grado di sostenere il lavoratore in tutte le fasi del processo finalizzato all'inserimento occupazionale;
- e) **Rating dei servizi**, per valorizzare e incentivare gli operatori accreditati che maggiormente intermediano nel Mercato del Lavoro, con un sistema fortemente orientato al risultato; **valutazione della performance** degli operatori pubblici, per colmare le lacune organizzative e migliorare l'efficienza e l'efficacia dei servizi erogati;
- f) **Semplificazione amministrativa**, agevolata anche dall'utilizzo di servizi e costi standard e dal recepimento di un sistema di profilatura codificato a livello nazionale.

DEFINIZIONE DEL PIANO

Il Piano verrà definito, grazie anche all'assistenza tecnica di Italia Lavoro, con una procedura che dovrà prevedere almeno le seguenti 4 fasi:

1. Analisi dei dati

Per la definizione puntuale del Piano è essenziale partire dall'analisi della situazione esistente e degli eventuali gap tra i servizi attivi oggi nel territorio regionale e quanto previsto dal decreto legislativo 150/15.

L'analisi organizzativa già realizzata nei diversi CPI con l'ausilio di Italia Lavoro, unitamente all'analisi delle caratteristiche e dinamiche del mercato del lavoro regionale in rapporto a territori, distretti produttivi, settori, disponibilità dei servizi e consistenza dei bacini di beneficiari/utenti, consentirà di avere un quadro sufficientemente chiaro della situazione esistente.

L'analisi sarà riportata a livello di singolo CPI e articolata sulla base degli specifici target di lavoratori, così come previsto dal decreto legislativo 150/15.

2. Elaborazione della proposta regionale

Sulla base dell'analisi svolta, verrà elaborata una proposta di Piano che indicherà gli obiettivi qualitativi e quantitativi dei Centri per l'Impiego nel periodo di tempo considerato, identificando e

pianificando le attività che i Centri per l'Impiego dovranno realizzare per raggiungere quegli obiettivi.

Inoltre, il Piano individuerà gli operatori necessari alla realizzazione delle attività ed eventuali ulteriori fabbisogni dei Centri per l'Impiego.

Alla elaborazione del Piano farà seguito un Piano operativo per ciascun Centro per l'Impiego, che tradurrà tutti i contenuti del Piano in organizzazione e operatività quotidiana degli operatori.

Nella sua versione completa e definitiva, il Piano sarà articolato nelle seguenti sezioni:

□□analisi organizzativa dei Centri per l'Impiego, in riferimento ai seguenti aspetti: risorse umane (caratteristiche contrattuali e professionali), servizi (distribuzione dei carichi di lavoro), risorse strumentali e tecnologiche, attività di comunicazione e marketing;

□□identificazione e rappresentazione degli obiettivi ai quali sarà finalizzata la strategia regionale in tema di operatività dei servizi pubblici per il lavoro nel periodo di tempo considerato e dei risultati da conseguire. Nello specifico, a partire dai Livelli Essenziali delle Prestazioni identificati dal D.Lgs. 150/2015, vengono definiti i servizi che saranno erogati dai Centri per l'Impiego e il numero di beneficiari per ciascun servizio;

□□Identificazione e pianificazione (temporale e territoriale) degli obiettivi e delle attività che i Centri per l'Impiego dovranno realizzare per il raggiungimento dei risultati identificati;

□□definizione dei fabbisogni di professionalità:

- quantificazione del numero di operatori necessari alla realizzazione delle attività previste in funzione degli obiettivi da raggiungere;

- identificazione dei profili degli operatori necessari alla realizzazione delle attività previste in funzione degli obiettivi da raggiungere;

- rappresentazione dell'eventuale gap fra operatori e profili presenti e operatori e profili necessari alla realizzazione delle attività previste e identificazione delle possibili soluzioni da adottare nel breve e nel medio termine;

□□Identificazione di eventuali ulteriori fabbisogni (risorse strumentali e tecnologiche, risorse per eventi di comunicazione e marketing, ...).

Una volta definita la bozza di Piano, articolato su base provinciale, la Regione avvierà con la Consulta un confronto sui contenuti della stessa.

Saranno raccolte e discusse le osservazioni, i suggerimenti e le proposte che verranno avanzate.

3. Adozione del piano

Il Piano sarà adottato con atto della Regione.

4. Piani operativi dei singoli CPI

A seguito della definizione e condivisione del Piano, entro i successivi 30 gg., verrà elaborato un Piano Operativo per ogni singolo CPI, in stretto raccordo con la Città Metropolitana di Roma Capitale e gli Enti di Area vasta.

I Piani Operativi definiranno nel dettaglio obiettivi e attività di competenza di ciascun CPI, allocheranno gli operatori in base al tipo di servizi da erogare, ai tempi di erogazione del servizio e alle caratteristiche di ciascuna risorsa.

Nel dettaglio, nel Piano Operativo verranno :

- pianificati gli obiettivi e le attività del Centro per l'Impiego;

- organizzati gli operatori in funzione di obiettivi e attività;

- definiti i Piani di Lavoro del Centro per l'Impiego e di ciascuna risorsa attiva nel Centro;

- pianificati eventuali percorsi di adeguamento delle competenze a supporto degli operatori dei CPI;

- pianificati i servizi/eventi di comunicazione e marketing del Centri per l'Impiego;

- organizzate le risorse strumentali e tecnologiche necessarie alla erogazione della attività.

Ogni fase del processo di elaborazione sarà accompagnata da eventi strutturati di informazione e condivisione, affinché ogni operatore del CPI sia totalmente responsabilizzato rispetto al proprio ruolo, ai risultati da raggiungere e alla operatività quotidiana che ne consegue.

MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

Uno dei fattori chiave dell'esito del Piano è quello di predisporre strumenti di monitoraggio e valutazione chiari e verificabili, che facilitino il controllo delle attività e il livello di raggiungimento degli obiettivi fissati.

È importante provvedere alla realizzazione di un sistema avanzato di monitoraggio che coniughi la semplicità della compilazione con l'accuratezza e l'attendibilità dei risultati, onde valutare ed eventualmente reindirizzare le strategie di intervento.

Il Piano dovrà esplicitare:

- le fonti informative disponibili per ciascun ambito di monitoraggio;
- la metodologia di raccolta ed elaborazione delle informazioni relative a ciascuna attività descritta;
- i principali indicatori funzionali alla realizzazione di ciascun rapporto periodico, anche nella prospettiva di realizzare un Decisions Support System ossia un sistema informativo che permetta di raccogliere ed organizzare le diverse fonti informative in funzione degli indicatori individuati.

In particolare, il sistema di monitoraggio e valutazione del Piano, dovrà restituire indicazioni e informazioni utili per:

- a. il decisore politico, al fine di supportare scelte strategiche relative alla governance del processo e della rete regionale dei servizi;
- b. per l'utenza dei servizi, che in primis avrà maggiori informazioni e consapevolezza delle tipologie di servizio disponibili, e in più potrà orientare le proprie scelte anche sulla base di una trasparente valutazione del lavoro dei diversi soggetti della rete.

Le attività di monitoraggio e valutazione mirano a:

- individuare le buone pratiche attivate a livello territoriale / settoriale, con particolare riferimento alle collaborazioni e alle sinergie generate dalla collaborazione tra i servizi pubblici per il lavoro e i soggetti pubblici e privati accreditati;
- individuare punti di forza e di criticità da valorizzare / migliorare al fine di fornire ai decisori regionali elementi e spunti per la gestione dinamica del funzionamento della rete regionale dei servizi che integra la governance pubblica con l'operatività privata;
- evidenziare elementi di successo e di valore per promuovere un processo continuo di allargamento della rete dei soggetti accreditati, anche in funzione delle novità legislative intervenute a seguito della riforma del Jobs Act;
- permettere ai cittadini e agli stakeholder territoriali di avere un quadro chiaro e ragionato delle nuove modalità di gestione dei servizi, secondo principi di trasparenza, di attivazione delle persone e di efficacia nella gestione a centralità pubblica dei servizi per il lavoro.

Attraverso la definizione di un set di indicatori, sarà possibile analizzare alcune pratiche attivate sul territorio, attraverso le quali definire uno o più modelli tipici nella gestione di processi di erogazione dei servizi per il lavoro.

Si cercherà di indagare, ad esempio:

- i profili delle professionalità dedicate alla gestione dei servizi;
- le forme organizzative scelte per la gestione dei servizi;
- le modalità di coinvolgimento/contatto dei beneficiari e di promozione dei servizi;
- il raccordo con il sistema produttivo e le modalità di incrocio domanda/offerta;
- le relazioni e le sinergie attivate con i nodi territoriali della rete;
- il rapporto con le strutture pubbliche deputate alla gestione e governance dei servizi per il lavoro;
- l'effettiva aderenza tra le prestazioni erogate e quanto definito negli standard di servizio contenuti nelle descrizioni delle aree funzionali della Disciplina Regionale di Accreditamento;
- i benefici reali per il cittadino-utente.

Questo tipo di analisi permetterà di giungere ad una valutazione dell'efficacia di politiche e servizi gestiti secondo logiche di collaborazione pubblico/privato rispetto a quanto accade, ad esempio, in sistemi fortemente competitivi o in sistemi a completa gestione pubblicistica dei servizi.

In ultima analisi, le attività di valutazione, partendo da un presupposto oggettivo che identifica il mondo del *pubblico e privato accreditato* sempre più come soggetto che eroga servizi e che risponde concretamente ad un bisogno, mira a capire, a fronte della minore o maggiore complessità dei servizi da erogare, quale livello di risorse umane e di competenze specifiche ha a disposizione. Si mira a valutare, anche attraverso l'efficacia dei servizi erogati, le competenze specialistiche delle risorse umane e gli eventuali interventi di qualificazione e ri-qualificazione da proporre agli operatori pubblici e accreditati.

Trasversalmente a tutto il periodo di validità delle convenzioni sottoscritte, viene effettuata una attività di **monitoraggio e valutazione dell'avanzamento delle attività**, attraverso una articolazione su due diversi livelli:

1° livello: monitoraggio dell'avanzamento delle singole convenzioni, per ognuna delle quali saranno predisposte delle schede di monitoraggio per la valutazione delle attività; le relazioni di monitoraggio verranno redatte periodicamente.

Scopo del monitoraggio è quello di verificare l'andamento e l'impatto delle azioni del Piano al fine di garantire omogeneità di azione ed avanzamento sul territorio regionale ed individuare possibili miglioramenti e ritardature, coerentemente con l'obiettivo di strutturazione di un modello d'intervento funzionale all'azione che l'amministrazione regionale ha deciso di intraprendere.

L'azione di monitoraggio servirà, anche, a risolvere problematiche complesse e cogliere punti di forza meritevoli di essere diffusi e ulteriormente valorizzati.

2° livello: valutazione generale, in itinere e ex-post, per quanto riguarda gli indicatori di raggiungimento degli obiettivi prefissati dal piano.

Per ciò che concerne gli indicatori specifici utilizzati per la valutazione, si precisa che essi saranno sia di tipo quantitativo (numero utenti coinvolti, numero di prestazioni erogate, numero aziende coinvolte ecc.) sia di tipo qualitativo (gradimento dei servizi erogati; risultati raggiunti sugli interventi di politica attiva del lavoro; collegamenti e partnership attivati nel territorio ecc.).

Il sistema di valutazione così articolato permetterà la formulazione di giudizi di valutazione secondo criteri specifici, quali ad esempio:

- rilevanza del risultato rispetto agli obiettivi individuati per le singole attività oggetto di convenzione, agli obiettivi complessivi all'interno del Piano d'intervento e rispetto agli obiettivi generali definiti dall'Amministrazione regionale;
- efficacia del livello di risultato rispetto a quello atteso, a livello di prestazione rispetto ai servizi erogati;
- efficienza nell'utilizzo delle risorse per conseguire i risultati occupazionali e di orientamento;
- performance realizzata dalle prestazioni e dalle azioni previste dal Piano generale;
- sinergia fra tutte le azioni previste dal Piano.

La definizione dettagliata del sistema di valutazione verrà concordato e definito congiuntamente dalla Regione Lazio con le Province e la Città Metropolitana di Roma Capitale.

Il monitoraggio e la valutazione del Piano saranno effettuati anche attraverso l'utilizzo di strumenti di rilevazione e informatici previsti dal sistema di controllo di interno della Regione.

Al fine di garantire la qualità, la tempestività, l'efficienza e l'efficacia delle misure e dei servizi oggetto di convenzionamento, lo stato di avanzamento del Piano verrà monitorato con cadenza semestrale.

Alla fine di ogni anno, inoltre, il piano verrà rivisto in seguito alla valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi, per tenere conto dell'elaborazione di eventuali azioni correttive o adeguamenti; il piano così aggiornato verrà applicato al periodo successivo.

La Regione, inoltre, provvederà annualmente a predisporre una relazione sullo stato di avanzamento del Piano, da utilizzare sia per attività e comunicazione interna sia per dare pubblicità, secondo il principio della trasparenza, all'esterno, attraverso il sito istituzionale www.regione.lazio.it.

Verrà svolta anche una azione costante di monitoraggio dell'allineamento del Piano con l'evoluzione normativa in corso a livello nazionale e la ridefinizione di competenze successiva al Jobs Act.

Tale azione sarà sviluppata in raccordo con la Consulta regionale dei Servizi per l'impiego.

COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE

Il Piano prevederà la realizzazione di una strategia di diffusione e di comunicazione dello stesso e dei risultati intermedi scaturiti dalla sua attuazione.

Le attività di comunicazione dovrebbero indicativamente articolarsi intorno a tre elementi principali:

1. sensibilizzare tutti gli attori coinvolti nel Sistema dei Servizi per il lavoro in merito ai punti di forza e di debolezza in materia di politiche del lavoro, al fine di raggiungere gli obiettivi prefissati nel decreto legislativo 150/2015;
2. realizzare azioni di comunicazione specifiche per migliorare la percezione dell'utilità dei percorsi di politica attiva;
3. riportare periodicamente i risultati conseguiti e le eventuali azioni di "ri-allineamento" del piano.

Attività di comunicazione e diffusione esterna.

Le attività di comunicazione previste per la diffusione dei contenuti e dei risultati del Piano, potranno essere sviluppate in linea con le previsioni contenute nel documento "Regione Lazio Programmazione Fondi SIE 2014-2020 - Attività di comunicazione" approvato con DGR 252/15, che delinea azioni di comunicazione dedicate agganciate alle priorità di intervento individuate dal processo concertativo regionale per il periodo di programmazione 2014-2020.

Con la realizzazione del Piano si mira a rafforzare la comunicazione puntando a risolvere eventuali criticità quali, ad esempio, la difficoltà a reperire e a confrontare dati e informazioni sui beneficiari e sugli interventi promossi e finanziati, a coinvolgere i potenziali beneficiari migliorando la qualità delle proposte progettuali finanziabili e a dare una conoscenza più ampia dei risultati degli interventi sia in termini di progettazioni a breve che a medio e lungo termine.

Al fine di garantire una efficace comunicazione e la piena trasparenza sull'attuazione degli interventi oggetto di convenzione con le amministrazioni locali, l'amministrazione regionale intende rendere pubblico e disponibile il Piano, mettendo a disposizione sui siti web istituzionali tutta l'informazione rilevante (in termini di programma e in termini di valutazione delle attività realizzate) in modalità aperta e secondo standard di interoperabilità.

Saranno fornite le informazioni relative all'aggiornamento del piano, ai risultati conseguiti, ai piani operativi, pubblicizzando il ruolo e la realizzazione delle politiche attive del lavoro, rendendo così trasparente il sostegno fornito dalle differenti fonti di finanziamento (comunitarie, nazionali e regionali).

Per contribuire in modo ancora più efficace al raggiungimento degli obiettivi, potranno inoltre essere previste, nell'ambito della più generale strategia di comunicazione da attivare all'interno dei programmi che finanziano le iniziative in favore dei beneficiari del Piano, specifiche iniziative di informazione e sensibilizzazione nei confronti dei beneficiari dei programmi e dei cittadini, volte a stimolare il confronto con il territorio sulle tematiche e i contenuti del Piano stesso e raccogliere utili feedback da parte dei medesimi soggetti allo scopo di migliorare l'efficacia e l'efficienza amministrativa nella gestione delle risorse delle risorse.

La comunicazione è strutturata per raggiungere target differenziati. In particolare, saranno avviate azioni mirate a coinvolgere sia i beneficiari delle azioni e delle politiche attive regionali (potenziali ed effettivi), il "grande pubblico" ovvero la cittadinanza tutta, ma attenzione particolare sarà dedicata a strumenti e azioni che possano incidere sui cosiddetti *moltiplicatori di informazione*, cioè gruppi di destinatari specifici che, per il loro ruolo, sono in grado di amplificare la trasmissione e la portata delle informazioni ai potenziali beneficiari, informando sul valore strategico della comunicazione in rete per definire con essi le migliori modalità di cooperazione, elemento centrale sul quale si basa il sistema dei servizi per il lavoro regionale.

In considerazione della pluralità e della eterogeneità dei target definiti, l'azione di comunicazione si doterà di una molteplicità di canali informativi e di strumenti, che saranno integrati al fine di assicurare una diffusione omogenea ma ampia dei contenuti e degli obiettivi del piano,

amplificando la portata dell'impatto comunicativo già sperimentato nella fase più generale di programmazione partecipata dei fondi per il 2014-2020.

Le azioni previste dal Piano per l'attività di comunicazione sono organizzate secondo le macrotipologie definite dal citato documento di cui alla DGR 252/15 che, a partire dall'utilizzo di loghi e grafica dedicata, può prevedere:

- organizzazione di eventi e partecipazione a iniziative rivolte al largo pubblico;
- pubblicazioni e materiali di supporto;
- aggiornamento pagine web dedicate all'attuazione del Piano su siti e portali regionali;
- campagne pubblicitarie;
- attività di ufficio stampa e relazione con i media.

Attività di comunicazione per la gestione interna del Piano

In stretto raccordo con le attività di comunicazione e diffusione esterna, l'attuazione del Piano richiede un forte raccordo tra i soggetti delle reti e le rispettive strutture preposte alla governance regionale, in funzione della attuazione del disegno rinnovato del sistema delle politiche attive del lavoro, configurato a seguito della novità formali e sostanziali introdotte dal Jobs Act.

Gli obiettivi della Regione Lazio da raggiungere attraverso il Piano, passano anche attraverso un'azione di rafforzamento della rete operativa sul territorio che favorisca l'attuazione della regolamentazione prevista dal Jobs Act e dal disegno di riforma della rete nazionale dei Servizi per l'Impiego.

Si ritiene, pertanto, prioritario avviare una campagna di coinvolgimento degli attori del Mercato del Lavoro locale finalizzata alla qualificazione e alla diffusione dei dispositivi e degli strumenti di gestione degli stessi. Obiettivo della Regione è quello di promuovere l'utilizzo dei dispositivi di politica attiva del lavoro dedicati a target prioritari, a partire ad esempio dalla centralità delle azioni attuate sulla base del *contratto di ricollocazione*, strumento che, già in via di sperimentazione nel Lazio, è esplicativo dello spirito che guida la riforma dei servizi, attraverso principi quali la condizionalità, il lavoro a risultato, la profilazione e la libera scelta del cittadino utente.

In dettaglio, le attività di supporto alla diffusione dei dispositivi richiamati, sono state strutturate per:

- promuovere l'attuazione delle misure di politica attiva del lavoro attraverso una informazione specialistica e omogenea;
- informare sulle peculiarità di intervento sui differenti target previsti dalla normativa;
- facilitare la conoscenza degli strumenti di gestione dei dispositivi che la Regione Lazio mette a disposizione dei soggetti coinvolti nell'attivazione delle misure di politica attiva e dei soggetti, pubblici e privati accreditati, deputati alla erogazione dei servizi.

La comunicazione interna alla rete degli attori prevede la realizzazione di due tipologie di azioni, relative ad attività di:

- *promozione / sensibilizzazione*, in cui rientrano le attività orientate ad una **promozione generale** dei dispositivi di politica attiva del lavoro, al fine di informare e di sensibilizzare un'ampia platea di operatori (pubblici e privati accreditati) sulle opportunità offerte;
- *informazione specialistica*, in cui sono comprese quelle azioni finalizzate a fornire **indicazioni settoriali ed operative**, rivolte a determinate categorie di destinatari (es. operatori CPI, Servizi di Placement, Operatori accreditati, ecc.), a loro volta impegnati in attività di attivazione e gestione dei dispositivi.

L'individuazione delle due macro tipologie di azioni implica:

- la progettazione dei contenuti da veicolare, che avranno un taglio più generale e complessivo per le azioni di promozione / sensibilizzazione e che saranno, invece, più specifici nelle azioni di *informazione specialistica*;
- la predisposizione di *strumenti* ad hoc a supporto delle azioni di diffusione.

GOVERNANCE DEL PIANO

Il Piano dovrà indicare in modo chiaro in che modo viene gestito il processo decisionale all'interno del Sistema delle Politiche per il Lavoro e come vengono risolte le controversie.

I temi e le iniziative del Piano saranno oggetto di dialogo sia interno, a livello delle strutture istituzionali e amministrative regionali, sia esterno, tra la Regione, lo Stato, le altre Regioni e gli Enti Locali del territorio.

Tale dialogo dovrà essere strutturato e inclusivo dei diversi attori, sia pubblici sia privati, che progressivamente saranno coinvolti come beneficiari diretti o indiretti dalle iniziative realizzate e/o implementate.

Si potranno prevedere dei percorsi di partecipazione, anche on-line, al fine di garantire la condivisione del Piano da parte degli attori pubblici, privati e associativi di rappresentanza interessati.

MINORI

BASILICATA

DGR 15.12.15, n. 1641 .- Consolidamento sperimentazione del modello di intervento P.I.P.P.I. (Programma di Interventi per la Prevenzione dell'istituzionalizzazione dei minori) per l'annualità 2016-2017. Approvazione dello schema di Protocollo d'Intesa tra Regione Basilicata e Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. (BUR n. 54 del 31.12.15)

EMILIA-ROMAGNA

DGR 30.11.15, n. 1989 - Art. 15 L. 241/1990 e s.m. Approvazione dell' Accordo di collaborazione tra la Regione Emilia-Romagna e Alma Mater Studiorum – Università di Bologna, Dipartimento di scienze dell'educazione "Giovanni Maria Bertin" per la realizzazione di attività di monitoraggio sul tema delle linee di indirizzo a favore dell'adolescenza, di cui alla D.G.R. n. 590/2013. Variazione di bilancio

MARCHE

DGR 4.12.15, n. 1084 - L.R. 20/2002 e relativo regolamento attuativo - Deroga temporanea ai parametri di capienza previsti per strutture per minori a seguito del flusso straordinario di minori stranieri non accompagnati.

Note

Viene autorizzata la deroga temporaneamente ai parametri di capienza relativi alle strutture di accoglienza per minori previsti dalla L.R. 20/2002 e relativo Regolamento attuativo per dare esecutività al “ Piano nazionale per fronteggiare il flusso straordinario di cittadini adulti, famiglie e minori stranieri non accompagnati” di cui all'Intesa della Conferenza Unificata del 10 luglio 2014.

La deroga sarà applicabile esclusivamente alle strutture che accolgono minori stranieri non accompagnati e non potrà superare la misura massima del 25% - arrotondabile per eccesso – dei posti fissati dalle disposizioni normative regionali.

La deroga temporanea sarà efficace per la sola durata dell'emergenza umanitaria determinata dal flusso straordinario di minori stranieri non accompagnati;

MOLISE

DGR 14.12.16, n. 701 - Programma di interventi per la prevenzione dell'istituzionalizzazione (P.I.P.P.I. 5). ambito territoriale sociale di Riccia- Boiano. (BUR n. 43 del 31.12.15)

Note

Si aderisce ex tunc al Programma di Interventi per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione (P.I.P.P.I. 5) promosso e finanziato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali con il D.D.G. del 5 agosto 2015, n. 78.

Viene approvata ex tunc la proposta di adesione al Programma di Interventi per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione (P.I.P.P.I. 5), trasmesso al Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, mezzo pec, con nota del 2 ottobre 2015 (All. A);

Viene approvato ex tunc lo schema di Protocollo d'Intesa tra Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e la Regione Molise (All. B);

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

PREMESSO che:

- Il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ha adottato, il 5 agosto 2015, con Decreto Direttoriale n.78 le "Linee guida per la presentazione da parte delle 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 della durata di diciotto mesi (18), disponendo che il finanziamento, stabilito per ciascun progetto nella misura massima di euro 50.000,00 sia concesso alle Regioni per un numero di ambiti territoriali individuati sulla base del criterio della popolazione regionale residente di età compresa tra 0 ed 11 anni (per il Molise n.1 ATS);

- l'intervento è rivolto alle famiglie "negligenti" con figli di età compresa tra 0 ed 11 anni al fine di ridurre il rischio di allontanamento dei bambini dal nucleo familiare d'origine;

- le Linee guida per la presentazione delle proposte di adesione alla sperimentazione stabiliscono che le Regioni garantiscano un co-finanziamento per la residua quota del 20% dei costi totali del progetto;

- la Regione Molise, a firma del Direttore Generale della Giunta Regionale, ha trasmesso al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, mezzo pec, con nota del 2 ottobre 2015, la scheda di adesione al modello di intervento P.I.P.P.I., candidando l' Ambito Territoriale Sociale di Riccia-Boiano per la sperimentazione e riservandosi di sottoporre il programma all'esame ed all'approvazione della Giunta Regionale se validato dal Ministero;

VISTO il D.D.G. n. 206 del 6 novembre 2015 della Direzione Generale per l'inclusione e le politiche sociali del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali con cui si autorizza il finanziamento alla Regione Molise - Ambito Territoriale Sociale (ATS) di Riccia- Boiano per l'importo di € 50.000,00;

TUTTO CIO' PREMESSO, SI PROPONE ALLA GIUNTA REGIONALE:

1. di aderire ex tunc al Programma di Interventi per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione (P.I.P.P.I. 5) promosso e finanziato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali con il D.D.G. del 5 agosto 2015, n. 78;
2. di approvare ex tunc la proposta di adesione al Programma di Interventi per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione (P.I.P.P.I. 5), trasmesso al Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, mezzo pec, con nota del 2 ottobre 2015;
3. di approvare ex tunc lo schema di Protocollo d'Intesa tra Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e la Regione Molise;
4. di autorizzare il Direttore della Giunta Regionale a sottoscrivere lo schema di Protocollo d'Intesa tra Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e la Regione Molise;
5. di dare mandato al Servizio Politiche Sociali di provvedere, con successivo atto, all'imputazione delle somme relative al cofinanziamento ed agli altri adempimenti consequenziali.

SERVIZIO POLITICHE SOCIALI

L'Istruttore/Responsabile d'Ufficio

EMMA PAOLA MARINELLI

Il Direttore

MICHELE COLAVITA

DOMANDA DI CONTRIBUTO

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Direzione Generale per l'inclusione e le politiche sociali

Via Fornovo, 8

00192 – Roma

dginclusione.div3@pec.lavoro.gov.it

Oggetto: Proposta di adesione alla sperimentazione del Programma P.I.P.P.I.

Il sottoscritto Di Mirco Pasquale Mauro in qualità di rappresentante legale della Regione Molise , con sede legale in Campobasso alla Via Genova n. 11 cap. 86100 tel. 0874/314700 e-mail **mauro.dimirco@regione.molise.it** nel presentare la proposta di adesione alla sperimentazione del suindicato modello di intervento,

INDICA

per l'implementazione del Programma, i seguenti ambiti territoriali, di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), della legge 8 novembre 2000, n. 328 o città riservatarie ai sensi dell'art. 1 della legge 28 agosto 1997 n. 285 (indicare un numero massimo di ambiti pari a quello previsto nella tabella di cui al punto 8 delle linee guida) con annessa richiesta di finanziamento (max euro 50.000 per ambito territoriale) e relativa quota di cofinanziamento (20% del totale complessivo per ambito)1

AMBITI TERRITORIALI QUOTA FINANZIAMENTO MLPS QUOTA CO-FINANZIAMENTO
ATS di Riccia-Boiano 50.000,00 12.500,00

INDICA, INOLTRE,

quali ambiti territoriali eccedenti, ai sensi del citato punto 8 delle linee guida (**graduare in ordine di preferenza**)

Si dichiara il possesso dei seguenti requisiti (barrare con una X):

Presenza di servizi titolari della funzione di protezione e cura nei confronti dei bambini e dei ragazzi

X

Descrivere brevemente:

L'Ambito Territoriale Sociale di Riccia/Bojano si avvale di un Servizio Sociale Professionale, composto da n. 6 Assistenti Sociali che, per la presa in carico dei casi, collabora con ulteriori figure specializzate con le quali partecipa alla formulazione e gestione del programma individualizzato sulla base della diversa tipologia di intervento. Si avvale di un'équipe esterna quale servizio titolare della funzione di protezione, prevenzione, cura e riabilitazione dei bambini, dei ragazzi e delle famiglie, che collabora a con gli operatori dell'Ambito Territoriale Sociale.

L'équipe riceve le segnalazioni dai diversi soggetti presenti sul territorio riguardanti minori in situazioni di fragilità. Gli interventi previsti sono improntati al sostegno, alla consulenza, alla valutazione e ad azioni di monitoraggio, tutoraggio del minore e della rete familiare/ parentale, con il coinvolgimento, ove necessario, di altri servizi nonché del terzo settore.

Presenza di servizi in condizione di individuare almeno una figura di assistente sociale esperto (o altra figura professionale stabile) per lo svolgimento della funzione di coach per gli operatori partecipanti al programma

X

Descrivere brevemente:

L'organizzazione dell'Ambito Territoriale Sociale di Riccia/Bojano prevede che il Servizio Sociale Professionale, composto da n. 6 Assistenti Sociali e presente in ogni Comune ricadente nell'ambito, sia referente delle macro aree di intervento quali minori, anziani, disabili, immigrati. Tale Servizio dispone delle figure professionali competenti a ricoprire il ruolo di coach.

Nello specifico per il progetto P.I.P.P.I. ci si avvarrà di n. 2 coach appartenenti all'équipe, di cui al precedente punto, che affiancheranno il referente dell'ATS in virtù della propria conoscenza del contesto e che metteranno a disposizione del gruppo l'esperienza e le conoscenze acquisite durante la formazione.

Presenza di servizi che dispongono di un modello di presa in carico delle famiglie che preveda la documentazione e la progettazione personalizzata

X

Descrivere brevemente:

L'Assistente Sociale, a seguito di segnalazione, procede ad una prima valutazione coinvolgendo l'intera équipe esterna al fine di predisporre un piano personalizzato di intervento.

Il piano di intervento socio-psico-educativo è articolato in diversi steps:

- inserimento di dati anagrafici;
- aspetti sociali (composizione del nucleo familiare, situazione abitativa, socio ambientale, economica);
- rete sociale (servizi territoriali e reti di volontariato attivati);
- aspetti psicologici (individuali e relativi alle dinamiche relazionali e strutturali della famiglia);
- sintesi dei bisogni socio-assistenziali del minore e dei suoi familiari;
- indicazione degli interventi di supporto di cui necessita il minore e il nucleo familiare con definizione degli obiettivi a breve, medio e lungo termine.

Il piano può essere periodicamente aggiornato sulla base dei risultati conseguiti e, ove necessario, rimodulato.

Presenza di servizi che dispongono di un nucleo interdisciplinare di professionisti (almeno: assistente sociale, psicologo e educatore professionale) sufficientemente stabile (vengono garantite le sostituzioni in caso di assenze prolungate)

X

Descrivere brevemente:

L'équipe multidisciplinare esterna che collabora con l'Ambito Territoriale Sociale di Riccia/Boiano è costituita da:

- n. 6 Assistenti Sociali;
- n. 2 Psicologi;
- n. 2 Educatori professionali;
- n. 1 Mediatore Familiare;
- n. 1 Legale/amministrativo.

Presenza di servizi in condizione di garantire l'attivazione dei dispositivi previsti dal programma, in particolare l'educativa domiciliare, i gruppi per genitori e bambini, le famiglie d'appoggio, la collaborazione stabile con la scuola e i servizi sanitari

X

Descrivere brevemente:

L'Ambito Territoriale Sociale di Riccia/Boiano assicura, a conclusione della valutazione multi disciplinare, interventi strutturati in favore dei minori e delle loro famiglie, attraverso l'attivazione di specifici dispositivi quali ad esempio: interventi educativi domiciliari, interventi psicologici, interventi di mediazione familiare, un lavoro di rete con tutti gli attori presenti sul territorio quali gli istituti scolastici, l'azienda sanitaria, le autorità giudiziarie, enti, servizi e associazioni di volontariato.

Gli interventi più frequenti sono rivolti al potenziamento e miglioramento della qualità delle relazioni familiari, al sostegno scolastico, all'inserimento nelle attività di socializzazione, all'apprendimento di competenze ed all'acquisizione di maggiori livelli di autonomia.

Avvalendosi dell'équipe e, sulla base dei bisogni rilevati, si organizzano incontri formativi tematici con la partecipazione delle famiglie con minori ed adolescenti.

Da diversi anni, l'Ambito Territoriale Sociale di Riccia/Boiano attua interventi di prevenzione sul proprio territorio attraverso l'organizzazione di incontri psico-educativi con le famiglie, con minori e adolescenti per la prevenzione delle dipendenze (alcol, social network, gioco d'azzardo), dei disturbi alimentari, e di prevenzione secondaria mediante interventi a carattere rieducativi.

Presenza di adeguate dotazioni e tecnologie informatiche, quali la disponibilità di un numero sufficiente di postazioni collegate ad internet (almeno uno ogni 2 professionisti del nucleo interdisciplinare)

X

Descrivere brevemente:

L'Ambito Territoriale Sociale di Riccia/Boiano dispone di 10 postazioni per collegamenti internet, accesso all'anagrafe, inserimento dati, domande e relazioni, posta elettronica, indirizzo e-mail, fax video proiettore, lavagna e fogli mobili, stampanti, fotocopiatrici, proiettore di slide. Può inoltre far riferimento alle postazioni attive in ciascuno dei 25 comuni aderenti all'ATS.

P.I.P.P.I

Ipotesi costi per intervento diretto operatori

Numero mesi effettivi di intervento diretto con le famiglie: da maggio 2015 a maggio 2016 (13 mesi)

Gruppi genitori/bambini³

Totale incontri Costo totale ipotizzato

4 moduli da 5 incontri l'uno per un totale di 20 incontri 5.000,00

Educativa domiciliare⁴

Ore totali Costo totale ipotizzato 2080 50.000,00

Progettazione e/o attività di équipe con la scuola

Ore totali Costo totale ipotizzato 300 7.500,00

Totale 62.5005

PROTOCOLLO DI INTESA**TRA IL****MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI****E LA REGIONE MOLISE**

Il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (di seguito denominato **Ministero**) con sede in Roma, Via Fornovo n. 8, (C.F. 80237250586) rappresentato dal dott. Raffaele Tangorra, in qualità di Direttore Generale per l'inclusione e le politiche sociali **E**

La Regione Molise - di seguito denominato Regione - (C.F. 00169440708) con sede in via Genova 11, Campobasso, rappresentato dal Direttore Generale della Regione Molise Dott.ssa Marinella D'Innocenzo

VISTA la legge 31 dicembre 2009 n. 196 recante "Legge di contabilità e finanza pubblica";

VISTA la legge 23 dicembre 2014, n. 190, recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (legge di stabilità 2015);

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

VISTO il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze n. 101094 del 29 dicembre 2014, concernente la ripartizione in capitoli delle unità di voto parlamentare relative al bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2015 ed, in particolare, la Tabella 4;

CONSIDERATO 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. 3435 PG 31;

VISTO il D.P.C.M. del 14 febbraio 2014, n. 121 recante "Regolamento di organizzazione del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali" pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 196 del 25 agosto 2014;

VISTO il D.P.C.M. del 9 settembre 2014, registrato dalla Corte dei Conti in data 29/10/2014, foglio 4897, con il quale al dott. Raffaele Michele Tangorra è stato conferito l'incarico di Direttore Generale della Direzione Generale per l'inclusione e le politiche sociali;

VISTO il Decreto Ministeriale del 4 novembre 2014 recante attuazione del DPCM 14 febbraio 2014 n. 121, in materia di uffici dirigenziali non generali del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, pubblicato sulla Gazzetta ufficiale n. 4 del 7 gennaio 2015;

VISTO il Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, del 30/01/2015, annotato nelle scritture contabili dell'U.C.B., con presa d'atto n. 483 del 30/02/2015, che assegna le risorse finanziarie per l'anno 2015, ai dirigenti degli Uffici Dirigenziali di livello generale appartenenti al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, attribuite ai capitoli delle unità previsionali di base della citata Tabella 4 di cui fa parte il CDR 9 – Direzione generale per l'inclusione, e le politiche sociali;

VISTO il decreto interministeriale in data 4 maggio 2015, registrato alla Corte dei Conti il 25 giugno 2015, reg.ne prev. n. 2961, con il quale si è provveduto alla ripartizione delle risorse finanziarie del Fondo nazionale per le politiche sociali 2015;

VISTO, in particolare, l'art. 6 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. 60405 del 6/8/2015, registrato dalla Corte dei Conti il data 13/08/2015, registrazione n. 2598, 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 2015;

ACCERTATA la disponibilità finanziaria sul capitolo 3435 PG 31 "Spese per il funzionamento del servizio di informazione, promozione, consulenza, monitoraggio e supporto tecnico relativo alla realizzazione di interventi a livello nazionale, regionale e locale per favorire la promozione dei diritti, la qualità della vita, lo sviluppo, la realizzazione individuale e la socializzazione dell'infanzia e dell'adolescenza", Missione 4 (24) - Programma 4.5 (24.12) iscritto nello stato di previsione del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali – Centro di responsabilità n. 9 - "Direzione generale per l'inclusione e le politiche sociali" per l'anno finanziario 2015;

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";

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 e 18 dicembre 2014 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 e 6 ottobre 2014;

VISTO il Decreto del Direttore Generale n. 205 del 5 dicembre 2013 e il Decreto del Direttore Generale n. 234 del 2014 con i quali si approvano gli elenchi degli ambiti territoriali ammessi al finanziamento nazionale ai sensi rispettivamente del Decreto del Direttore Generale in data 22 ottobre 2013 e del Decreto del Direttore Generale in data 22 ottobre 2013 in data 6 ottobre 2014 ;

VISTI i risultati positivi raggiunti dalla prima e dalla seconda fase della sperimentazione del Programma e pubblicati nel n. 24 e nel numero 34 dei Quaderni della ricerca sociale, disponibili sul sito del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali;

CONSIDERATA la necessità di estendere la sperimentazione del modello di intervento ad altri territori regionali o di consolidarne la sperimentazione nei territori già aderenti durante le sperimentazioni 2014 – 2015 e 2015 - 2016;

VISTO il decreto del Direttore Generale in data 5 agosto 2015 con il quale sono state adottate 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);

VISTO il Decreto del Direttore Generale n. 206 del 6 novembre 2015 con il quale si approva l'elenco degli ambiti territoriali ammessi al finanziamento nazionale ai sensi del Decreto del Direttore Generale in data 2015;

TUTTO QUANTO CIÒ PREMESSO

SI STIPULA E SI CONVIENE QUANTO SEGUE

Articolo 1 - Oggetto

Il presente Protocollo ha per oggetto la realizzazione dell'allargamento ai territori regionali della sperimentazione del 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. 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 l'inclusione e le politiche sociali 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 l'inclusione e le politiche sociali 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 dell'allegata tabella

(allegato C) e per un importo complessivo pari a Euro € 62.500,00 (Sessantaduemilacinquecento,00).

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 cap. 3435 PG n. 31 "Spese per il funzionamento del servizio di informazione, promozione, consulenza, monitoraggio e supporto tecnico relativo alla realizzazione di interventi a livello nazionale, regionale e locale per favorire la promozione dei diritti, la qualità della vita, lo sviluppo, la realizzazione individuale e la socializzazione dell'infanzia e dell'adolescenza".

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 l'inclusione e le politiche sociali.

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, previa verifica dell'inserimento dei dati al T0 da parte degli ambiti territoriali secondo le modalità previste dall'allegato A e dell'effettivo utilizzo di almeno il 75% della somma erogata all'avvio delle attività;

□□per il restante 20%, e comunque al 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 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. 31207 c/o Banca d'Italia – Tesoreria Provinciale dello Stato di Campobasso - intestato alla Regione Molise, IBAN:IT 97 E 0100 0032 4541 0300 031207.

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 l'inclusione e le politiche sociali contesterà alla Regione l'inadempimento entro 40 giorni dalla conoscenza da parte del Ministero del verificarsi dello stesso, concedendo ulteriori 10 giorni per eventuali controdeduzioni, decorsi i quali la Direzione Generale per l'inclusione e le politiche sociali deciderà con provvedimento motivato.

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 ed il conseguente impegno della spesa. Il Ministero darà immediata informazione di quanto innanzi per permettere alla Regione di assumere gli adempimenti così come previsto nell'art. 1 del presente 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. Div. III Politiche per l'infanzia e l'adolescenza.

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, firmato digitalmente ai sensi del d. lgs. 159/06, 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 Molise

Dott.ssa Marinella D'Innocenzo

NON AUTOSUFFICIENTI

LAZIO

Determinazione 16 dicembre 2015, n. G15912 - Concorso finanziario della Regione agli oneri sostenuti dai Comuni del Lazio per la partecipazione alla spesa per gli utenti ricoverati in residenze sanitarie assistenziali, annualità 2015. Impegno di € 13.234.231,77 sul cap. H41940 - macroaggregato 12.02 1.04.01.02.000 Esercizio finanziario 2015. (BUR n. 2 del 7.1.16)

Note

Viene individuato sul capitolo H41940, ai sensi della legge regionale del 14 luglio 2014, n.7, l'importo di € 13.234.231,77 per le R.S.A. e € 2.081.171,59 per le strutture riabilitative di mantenimento, comprensivi dei conguagli relativi all'annualità 2014.

NB

Si procede, nelle more della rendicontazione delle spese effettivamente sostenute, al fine di consentire ai comuni il pagamento, nei tempi di legge, delle spese fatturate relative agli utenti ricoverati in residenze sanitarie assistenziali nell'annualità 2015, al riparto proporzionale del contributo regionale spettante ai comuni del Lazio sulla base delle previsioni di spesa prodotte dagli stessi.

Viene impegnata e liquidata la somma complessiva di € 13.234.231,77 esercizio finanziario 2015 ai Comuni del Lazio quale contributo regionale per le spese relative agli utenti ricoverati presso le residenze sanitarie assistenziali nell'annualità 2015.

Si procederà nell'esercizio finanziario 2016 al conguaglio delle somme effettivamente spettanti ai singoli Comuni per l'annualità 2015 sulla base delle rendicontazioni delle spese effettivamente sostenute, secondo le indicazioni che saranno comunicate con successivo atto.

Determinazione 16 dicembre 2015, n. G15907 - Concorso finanziario della Regione agli oneri sostenuti dai Comuni del Lazio per la partecipazione alla spesa per gli utenti ricoverati in strutture riabilitative di mantenimento, annualità 2015. Impegno di € 2.081.171,59 sul cap. H41940 - macroaggregato 12.02 1.04.01.02.000 esercizio finanziario 2015. (BUR n. 2 del 7.1.16)

Note

Viene individuato sul capitolo H41940, ai sensi della legge regionale del 14 luglio 2014, n.7, l'importo di € 13.234.231,77 per le R.S.A. e € 2.081.171,59 per le strutture riabilitative di mantenimento, comprensivi dei conguagli relativi all'annualità 2014.

Si procede, nelle more della rendicontazione delle spese effettivamente sostenute, al fine di consentire ai comuni il pagamento, nei tempi di legge, delle spese fatturate relative agli utenti ricoverati in strutture riabilitative di mantenimento nell'annualità 2015, al riparto proporzionale del contributo regionale spettante ai comuni del Lazio sulla base delle previsioni di spesa prodotte dagli stessi.

Si procederà nell'esercizio finanziario 2016 al conguaglio delle somme effettivamente spettanti ai singoli Comuni per l'annualità 2015 sulla base delle rendicontazioni delle spese effettivamente sostenute, secondo le indicazioni che saranno comunicate con successivo atto;

Determinazione 31 dicembre 2015, n. G17471 - Attuazione D.G.R. 233/2012 - Programma regionale degli interventi in favore di persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), copertura del servizio di assistenza domiciliare, componente sociale. Impegno di spesa di Euro 2.891.067,00, a gravare sul Cap. H41903 macroaggregato 12 02 1.04.01.02.000 esercizio finanziario 2015. (BUR n. 3 del 12.1.16)

Note

Viene impegnata in favore dei distretti socio assistenziale la somma a fianco di ciascuno indicata nella Tabella sottostante, nella colonna Totale, per un importo complessivo di € 2.891.067,00 sul Cap. di spesa H41903 per l'esercizio finanziario 2015 relativo al conguaglio dell'annualità in corso e delle risorse per la nuova annualità per l'attuazione dell'Azione 1 denominata "Assistenza domiciliare e aiuto personale" del Programma di interventi regionali in favore delle persone affette da SLA, di cui all'Allegato A della D.G.R. 233/2012.

VENETO

DGR n. 1837 9.12.15, Progetto regionale "sollievo" a favore delle persone affette da decadimento cognitivo approvato con dgr 1873 del 15 ottobre 2013 e con dgr 2677 del 29 dicembre 2014. indicazioni su utilizzo delle risorse. (BUR n. 1 del 5.1.16)

Note

PREMESSA

Con DGR n. 1873 del 15 ottobre 2013 e con DGR 2677 del 29 dicembre 2014 la Giunta Regionale ha approvato il progetto regionale "sollievo" a favore delle persone affette da decadimento cognitivo individuando i criteri e le modalità per la presentazione dei progetti e relativo finanziamento destinato alle Aziende ULSS del Veneto.

Con DGR n. 368 del 31 marzo 2015 sono stati modificati i termini previsti dai provvedimenti sopra citati per la rendicontazione della prima annualità del progetto e la prosecuzione per la seconda annualità al fine di garantire sia il consolidarsi delle esperienze concretizzate che il potenziamento delle realtà in cui vi sono state difficoltà e criticità.

Dalla rendicontazione da parte di tutte le Aziende ULSS del Veneto della prima annualità del progetto è emerso che alcune Aziende ULSS hanno utilizzato parte delle risorse assegnate e già liquidate.

LA DISPOSIZIONE

Viene consentito alle Aziende ULSS, indicate nella tabella contenuta nell'**Allegato A** al presente atto, di mantenere le risorse liquidate e non utilizzate relative alla prima annualità, destinandole alla prosecuzione del progetto ed alla copertura parziale della seconda annualità e di ridurre, di conseguenza, l'importo loro assegnato per la seconda annualità.

PERSONE CON DISABILITA'

LAZIO

Determinazione 22 dicembre 2015, n. G16529 - DGR 511/2013 - Attuazione dell'Accordo adottato dalla Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 24 gennaio 2013 sui tirocini di inserimento o reinserimento finalizzati alla riabilitazione e all'inclusione sociale - Approvazione progetto formativo/inserimento denominato Banca dati gestione rifiuti del Lazio. (BUR n. 105 del 31.12.15)

Note

INTRODUZIONE NORMATIVA

Direttiva 2000/78/CE del Consiglio del 27 novembre 2000 che stabilisce un quadro generale per la parità di trattamento in materia di occupazione e di condizioni di lavoro;

Legge 12 marzo 1999, n. 68 “Norme per il diritto al lavoro dei disabili” e successive modifiche e integrazioni;

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

Decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 “Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche” e successive modifiche e integrazioni;

Decreto legislativo 10 settembre 2003, n. 276 recante “Attuazione delle deleghe in materia di occupazione e di mercato del lavoro di cui alla legge 14 febbraio 2003, n. 30” e successive modifiche e integrazioni;

Decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 “Attuazione dell’art. 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro” e successive modifiche e integrazioni;

Legge 28 giugno 2012, n. 92 “Disposizioni in materia di riforma del mercato del lavoro in una prospettiva di crescita” e s.m.i.;

Sentenza della Corte costituzionale 19 dicembre 2012, n. 287 con la quale è ribadita la competenza normativa residuale delle Regioni in materia di tirocini formativi e di orientamento;

Legge 9 agosto 2013, n. 99 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 28 giugno 2013, n. 76, recante primi interventi urgenti per la promozione dell’occupazione, in particolare giovanile, della coesione sociale, nonché in materia di Imposta sul valore aggiunto (IVA) e altre misure finanziarie urgenti;

Legge regionale 7 agosto 1998, n. 38 “Organizzazione delle funzioni regionali e locali in materia di politiche attive per il lavoro” e successive modifiche e integrazioni;

Legge regionale 14 luglio 2003, n. 19 “Norme per il diritto al lavoro delle persone disabili. Modifiche all’art. 28 della legge regionale 7 agosto 1998, n. 38 (Organizzazione delle funzioni regionali e locali in materia di politiche attive per il lavoro). Abrogazione dell’art. 229 della legge regionale 10 maggio 2001, n. 10 (Disposizioni finanziarie per la redazione del bilancio della Regione Lazio per l’esercizio finanziario 2001)” e successive modifiche ed integrazioni;

Decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 601 “Disciplina delle agevolazioni tributarie” e s.m.i.;

Decreto interministeriale 25 marzo 1998, n. 142 “Regolamento recante norme di attuazione dei principi e dei criteri di cui all’art. 18 della legge 24 giugno 1997, n. 196 sui tirocini formativi e di orientamento”;

Decreto interministeriale 10 ottobre 2005 “Approvazione del modello di libretto formativo del cittadino, ai sensi del decreto legislativo 10 settembre 2003, n. 276, art. 2, co. 1, lettera i)”;

Decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale di concerto con il Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione del 30 ottobre 2007 “Adozione della scheda anagrafico-professionale del sistema di classificazione e dei formati di trasmissione dati”;

Regolamento regionale 14 maggio febbraio 2008, n. 7 “Regolamento di attuazione ed integrazione della legge regionale 18 settembre 2007, n. 16”;

Linee guida in materia di tirocini ai sensi dell’articolo 1, commi 34-36, legge 28 giugno 2012, n. 92 adottate il 24 gennaio 2013 dalla Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano;

Deliberazione della Giunta regionale del 29 novembre 2007, n. 968 “Accreditamento dei soggetti che erogano attività di formazione e di orientamento nella Regione Lazio – Direttiva” e successive modifiche ed integrazioni;

Deliberazione della Giunta regionale 1 giugno 2012, n. 268 “Disciplina per l’accreditamento dei servizi per il lavoro della Regione Lazio”;

Deliberazione della Giunta regionale 11 settembre 2012, n. 452, “Istituzione del „Repertorio regionale delle competenze e dei profili formativi“ - Approvazione Linee di indirizzo e Procedura di aggiornamento - Approvazione di n. 108 profili formativi caratterizzanti settori economici del

territorio regionale e inserimento nel Repertorio. Revoca della deliberazione di Giunta regionale 22 marzo 2006, n. 128”;

Deliberazione della Giunta 18 luglio 2013, n. 199 “Attuazione dell’Accordo adottato dalla Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 24 gennaio 2013, in applicazione dell’art. 1, co. 34, legge 28 giugno 2012, n. 92 in ordine alla regolamentazione dei tirocini”.

LA RAZIONALIZZAZIONE DELL’ARCHIVIO

VISTA la necessità per l’Area Ciclo Integrato Rifiuti di razionalizzare l’archivio degli atti e delle autorizzazioni rese anche in relazione alle numerose richieste di accesso agli atti di documentazioni pregresse;

LO STATO ATTUALE DELL’ARCHIVIO

L’archivio medesimo risulta solo in parte dematerializzato e ordinato e sono in corso le attività necessarie

LA PROPOSTA DELLA ASSOCIAZIONE CAPODARCO

La Associazione Capodarco Roma Formazione Onlus – Ente di formazione della Comunità Capodarco di Roma Onlus con sede in Roma in via Lungro n. 3 CF/P.IVA 10158601004 rappresentata da Luigi Politano nato a Fiumefreddo Bruzio (CS) il 12/3/1970 ha proposto un progetto formativo/inserimento per l’esecuzione di attività di inserimento e gestione dati che prevede l’impiego di un tirocinante per la durata di dodici mesi.

Il tirocinante proposto dalla Associazione Capodarco Roma Formazione Onlus è il sig. Edoardo Pani, nato a Chieti il 06/9/1993 che presenta i requisiti di formazione necessari per lo svolgimento delle attività previste.

LO SCHEMA DI CONVENZIONE

Nello schema di convenzione trasmesso dalla medesima Associazione Capodarco Roma Formazione Onlus sono riportate le condizioni per lo svolgimento del progetto di tirocinio/formazione;

Nel merito dello schema di convenzione:

- a) il soggetto promotore è la Associazione Capodarco Roma Formazione Onlus
- b) il soggetto ospitante è la Regione Lazio
- c) la durata del progetto è di dodici mesi
- d) il tutor individuato dal soggetto promotore è la sig.ra Anna Angius nata a bari Sarso (NU) il 04/02/1962 in qualità di orientatore e tutor di tirocinio
- e) il tutor individuato dalla Regione Lazio è l’ing. Flaminia Tosini, dirigente dell’Area Ciclo integrato rifiuti
- f) la tipologia del tirocinio è tirocinio di inserimento o reinserimento per soggetti di cui all’art. 1 comma 2 finalizzati alla riabilitazione o all’inclusione sociale
- g) la sede del tirocinio è la sede dell’Area Ciclo integrato rifiuti attualmente in via del Giorgione n. 129
- h) i tempi di accesso ai locali del soggetto ospitante sono 18 ore settimanali distribuiti nella fascia oraria 9.00/18.00
- i) le competenze da acquisire sono la dematerializzazione di atti e documenti, l’ordinamento su supporto informatico dei documenti e l’implementazione della banca dati dell’Area Ciclo integrato rifiuti

L’ACCOGLIMENTO

Viene accolta la proposta di tirocinio della Associazione Capodarco Roma Formazione Onlus

TOSCANA

DGR 29.12.15, n. 1329 - Approvazione nuovo “Atto di indirizzo per la predisposizione dei progetti di Vita Indipendente”. Revoca Delibere n. 146 del 27 febbraio 2012 e n. 68 del 4 febbraio 2013. Assegnazione risorse annualità 2016.

Note

Viene approvato il nuovo “Atto di indirizzo per la predisposizione dei progetti di Vita Indipendente” di cui all'allegato A), parte integrante e sostanziale del presente atto (a cui si rinvia). Le disposizioni contenute nel nuovo “Atto di indirizzo per la predisposizione dei progetti di Vita Indipendente” di cui all'allegato A), parte integrante e sostanziale del presente atto, abbiano valenza a partire dal 1° gennaio 2016.

A partire dalla data del 1° gennaio 2016 sono avviate le procedure di rivalutazione dei soggetti già beneficiari del contributo alla luce delle disposizioni contenute nel nuovo “Atto di indirizzo per la predisposizione dei progetti di Vita Indipendente”.

POLITICHE SOCIALI

EMILIA-ROMAGNA

DGR 26.10.15, n. 1594 - Approvazione modifica statutaria dell'ASP "Eppi-Manica-Salvatori" con sede ad Argenta (FE). (BUR n, 342 del 30.12.15)

Note

Vengono approvare le modifiche allo statuto dell'ASP “Argenta–Portomaggiore “Eppi–Manica–Salvatori”t con sede ad Argenta (FE) ora denominata, a seguito delle modificazioni approvate, “Eppi-Manica-Salvatori”, relative agli articoli dettagliatamente indicati nella delibera dell'Assemblea dei soci dell'Azienda n. 4 del 18 settembre 2015.

Il nuovo statuto dell'ASP “Eppi-Manica-Salvatori” con sede ad Argenta (FE), è pertanto quello approvato con la citata deliberazione dell'Assemblea dei soci dell'Azienda n. 4 del 2015 e contenuto nell'allegato B) alla medesima deliberazione a costituirne parte integrante, composto da n. 45 articoli;

1. 3 le modificazioni statutarie approvate con il presente atto relative alla previsione del Consiglio di amministrazione di tre componenti in luogo del Consiglio di amministrazione di 5 componenti trovano applicazione a decorrere dal primo rinnovo dell'Organo di amministrazione successivo al presente atto;

DGR 6.10.15, n. 1465 - Approvazione modifica statutaria dell'ASP "Azalea" con sede a Castel San Giovanni (PC) (BUR n. 3423 del 30.12.15)

Note

Sono approvate le modificazioni e/o integrazioni indicate in premessa - le modifiche allo statuto dell'ASP “Azalea” con sede a Castel San Giovanni (PC), proposte dall'Assemblea dei soci con deliberazione n. 3 del 23 luglio 2015, relative agli articoli richiamati in premessa e dettagliatamente indicati nella nota del Direttore dell'ASP del 30 settembre 2015, conseguenti alla decisione di prevedere - ai sensi dell'articolo 4 della legge regionale n. 12 del 2013 - l'Amministratore unico in luogo del Consiglio di amministrazione.

Il nuovo statuto dell'ASP “Azalea” con sede a Castel San Giovanni (PC) è pertanto quello approvato con la citata deliberazione dell'Assemblea dei soci dell'Azienda n. 3 del 2015, le cui modificazioni sono dettagliatamente indicate nella nota del Direttore dell'ASP del 30 settembre 2015, con le modifiche e/o integrazioni indicate in premessa e richiamate al precedente punto 1, ed è composto da n. 47 articoli;

LAZIO

DGR 29.12.15, n. 771 - Modifica ed integrazioni alla deliberazione di Giunta Regionale del 4 agosto 2015, n. 414. Commissariamento dell'IPAB Centro Geriatrico "Giovanni XXIII" di Viterbo. (BUR n. 2 del 7.1.16)

Note

Si procede alla modifica della deliberazione di Giunta Regionale del 4 agosto 2015, n. 414 stabilendo la scadenza del commissariamento dell'IPAB Centro Geriatrico “Giovanni XXIII” di Viterbo al 31 dicembre 2016.

Con successivo Decreto del Presidente della Regione Lazio sarà nominato il commissario straordinario.

POVERTA' INCLUSIONE SOCIALE

CALABRIA

L.R. 28.12.15, n. 35 - Norme per i servizi di trasporto pubblico locale

Note

Si riporta l'articolo concernente specifici interventi per la mobilità

Art. 7

Agevolazioni tariffarie

1. Hanno diritto ad usufruire della libera circolazione sui servizi di trasporto pubblico locale affidati ai sensi dell'articolo 16, i residenti in Calabria appartenenti alle seguenti categorie:

a) invalidi con totale e permanente inabilità lavorativa (100 per cento) e con diritto all'indennità di accompagnamento;

b) ciechi totali, ciechi parziali e ipovedenti gravi.

2. Per usufruire del diritto alla libera circolazione i soggetti di cui al comma 1 devono munirsi di apposita tessera, rilasciata dall'amministrazione regionale in unico esemplare per invalido e accompagnatore, non utilizzabile disgiuntamente dal solo accompagnatore, effettuando apposita istanza per il tramite dei comuni di residenza o delle associazioni di categoria che ne hanno rappresentanza per legge, o che siano all'uopo riconosciute dalla Giunta regionale. La Giunta regionale determina le modalità e i diritti amministrativi per il rilascio delle tessere.

3. È fatto salvo:

a) quanto previsto dal punto 8 dell'articolo 100 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 753, nonché da altre norme dello Stato;

b) quanto previsto per i dipendenti delle imprese di trasporto pubblico locale dai contratti collettivi di lavoro;

c) quanto determinato dalla Giunta regionale e dall'ART-CAL in merito alla libera circolazione dei soggetti incaricati di funzioni ispettive e di monitoraggio sui servizi.

4. La compensazione per il diritto alla libera circolazione di cui al comma 1 è ricompresa nei corrispettivi previsti dai contratti di servizio, che tengono conto dei conseguenti minori ricavi tariffari previsti.

5. Le eventuali misure di agevolazione tariffaria attuate dalla Regione e dagli enti locali mediante il rimborso parziale agli utenti del prezzo del titolo di viaggio, fatte salve le deroghe autorizzate dalla Giunta regionale, sentito il parere del Comitato della mobilità, non possono superare le seguenti aliquote rispetto al prezzo nominale:

a) il 70 per cento del prezzo nel caso in cui l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) è inferiore a 10.000 euro;

b) il 50 per cento del prezzo nel caso in cui l'ISEE è inferiore a 25.000 euro;

c) il 30 per cento negli altri casi.

Gli scaglioni dell'ISEE sono aggiornate in data 1 agosto di ogni anno dispari, con adeguamento all'inflazione secondo l'indice generale nazionale dei prezzi al consumo per l'intera collettività (NIC) al lordo dei tabacchi (dato ISTAT) dei due anni solari precedenti.

6. Le aliquote di cui al comma 5 sono incrementate del 20 per cento al verificarsi dei seguenti casi:

a) soggetti la cui età anagrafica è superiore a 70 anni compiuti;

b) invalidi di qualsiasi tipologia, aventi diritto ai sensi delle leggi dello Stato a provvidenze di natura economica o non economica;

c) minorenni organi di almeno un genitore;

d) studenti frequentanti le scuole primarie e secondarie di primo e secondo grado appartenenti a nuclei familiari con almeno tre figli.

PRIVATO SOCIALE

LAZIO**Determinazione 24 dicembre 2015, n. G16882**

"Programma Nazionale per l'attuazione della Iniziativa Europea per l'Occupazione dei Giovani - Approvazione del 'Piano di Attuazione regionale'" di cui alla deliberazione della Giunta regionale 23 aprile 2014, n. 223 - Approvazione delle Linee guida per la realizzazione della sperimentazione della procedura di individuazione, messa in trasparenza e validazione delle competenze acquisite attraverso i progetti di Servizio Civile, nell'ambito del Programma Garanzia Giovani. (BUR n. 1 del 5.1.16)

Note

Vengono approvate le Linee guida per la realizzazione della sperimentazione del servizio di individuazione e validazione delle competenze ai sensi del d.lgs. 13/2013, acquisite attraverso i progetti di Servizio civile nella Regione Lazio di cui all'allegato A, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto (a cui si rinvia)..

PIEMONTE

Comunicato dell'Assessorato alla Sanità, Livelli essenziali di assistenza, Edilizia sanitaria della Regione Piemonte

Elenco degli Organismi a scopo non lucrativo ai sensi dell'art. 2 comma 2 septies del D.Lgs. 19.06.1999 n. 229. (BUR n. 52 del 31.12.15)

VENETO

DGR N. 2008 23.12.15, - Disposizioni in materia di tassa automobilistica. l.r.27 aprile 2015, n.6, art. 3. esenzione per i veicoli adibiti al trasporto di anziani e disabili di proprietà delle organizzazioni di volontariato. (BUR n. 125 del 31.12.15)

Note

Si individuano le modalità per usufruire delle esenzioni previste dall'art. 3 della l. r. 6/2015 per i veicoli di proprietà delle organizzazioni di volontariato iscritte al registro regionale di cui all'art. 4 della l. r. 40/1993.

Viene approvato il modello per la richiesta dell'esenzione di cui all'allegato A /a cui si rinvia).

PROGRAMMAZIONE

TOSCANA

DCR 21.12.15, n. 89 - Documento di economia e finanza regionale 2016. (BUR. n. 57 del 29.12.15)

Note

Stante l'assoluta impossibilità di una pur minima riproduzione del documento, si rinvia alla lettura integrale dello stesso, sottolineando solo i titoli dei punti che trattano delle politiche sociali, peraltro molto scarni.

Si riporta la presentazione del DEFR a cura del Presidente della Giunta Regionale

Il DEFR 2016 (Documento di economia e finanza regionale), alla luce del calendario di avvio della X legislatura regionale, assolve anche alla funzione di documento preliminare¹ del PRS (Programma regionale di sviluppo) 2016-2020, a partire da 25 progetti di rilievo regionale conformi agli obiettivi di Europa 2020² e rispondenti alla volontà di consolidare - attraverso una crescita più "intelligente"³ - un posizionamento della Toscana nel novero delle regioni europee più avanzate. Per essere competitivi in un mondo globalizzato, per contrastare le crisi strutturali ed i rischi di disgregazione sociale, per far fronte a fenomeni epocali (es. cambiamenti climatici, migrazioni sociali per cause geo-politiche, ecc.) non servono infatti piccole patrie protezioniste e con massa critica secondaria, bensì più Europa, sebbene con più coesione ed efficacia, da cui la proposta di una politica di

sviluppo regionale non più per linee programmatiche ma orientata secondo una logica progettuale. Ad una simile scelta consegue, inevitabilmente, il ridisegno del ruolo della stessa Regione, così come una maggiore concentrazione delle risorse al fine di consentire modalità di intervento più vicine ai territori, in linea di continuità con quanto previsto dal Programma di governo della X legislatura ed in coerenza con il Documento preliminare al bilancio 2016, legge di stabilità e collegati.

**La Toscana,
regione
d'Europa, con
una strategia
di sviluppo per
progetti
regionali**

A livello nazionale occorre inoltre registrare come, per la prima volta dal 2008, la Legge di stabilità 2016 introduca nuove politiche espansive (sfruttando la flessibilità del deficit a livello europeo ed il rinvio del pareggio di bilancio al 2018), scommetta sul ritorno dei consumi interni in un clima di rinnovata fiducia (nel rapporto Doing business 2016, l'Italia sale di 11 posizioni rispetto al 2015, collocandosi al 45° posto), e sulla ripresa dei vari mercati (dei beni, servizi e lavoro). A fronte di diversi interventi puntuali (es. su partite IVA, "super-ammortamento" su nuovi macchinari, fiscalità per le imprese - inclusa IMU agricola, ecc.), sarebbero però auspicabili misure ancora più decise per rilanciare gli investimenti (dal 2008 diminuiti in Italia di 800 miliardi, di cui 600 privati), per ridurre l'evasione fiscale (pari ad un fiscal gap medio annuo di 91 miliardi tra 2007-2013), per contrastare la disoccupazione e la povertà (alla luce del milione di posti di lavoro persi dal 2008 e dei 4 milioni di poveri in Italia secondo l'Istat), sostenendo le forze produttive in un "grande recupero di produttività" con cui risollevarne strutturalmente il reddito pro-capite dei cittadini (nella misura in cui dal 2000 in Italia il valore aggiunto per addetto è sceso di -25% rispetto alla Germania, mentre il costo per unità di prodotto è aumentato del 40% rispetto al +15% della Francia e +10% della Germania), fino a sperimentare nuove forme "compartecipazione produttiva" (a partire dagli spunti della Legge di stabilità come il trattamento fiscale di favore per i premi di produttività o benefici in termini di welfare aziendale, o ancora per la produttività partecipata in base a scelte organizzative condivise con i lavoratori). Sviluppo sostenibile ed inclusione sociale sono infatti due lati della stessa medaglia, come non a caso ricordano gli articoli 1 e 3 della Costituzione.

**Un quadro
nazionale
finalmente
espansivo,
sebbene non
privo di
criticità e sfide**

Il contesto generale presenta dunque una progressiva transizione dall'austerità contabile ad un avvio di ripresa grazie anche alla continuità nella domanda estera, alcune variabili favorevoli (es. cambio dollaro/euro, costi energetici), la ripresa del PIL e dell'occupazione con un dinamismo regionale superiore alla media nazionale, pur perdurando altri elementi di fragilità sul fronte della stabilità geopolitica (es. rallentamento economie asiatiche, intensificazione del terrorismo integralista), dell'eccesso di ricchezza mondiale speculativa, dell'avvenuto aumento delle disuguaglianze con conseguenti rischi di risentimento politicosociale.

**Dall'austerità
ad una
possibile
ripresa**

Il massiccio acquisto di titoli di stato da parte della BCE garantisce solidità monetaria, ma l'alto indebitamento pubblico italiano ed un tasso di inflazione ancora anemico non annullano purtroppo il rischio di instabilità a medio termine (come dimostrano ancora, ad esempio, i pagamenti interbancari tra Italia ed Europa, tuttora negativi dal 2011 ad oggi, o il paradosso della crescita del risparmio durante la crisi a fronte della contrazione del credito, dell'aumento delle sofferenze bancarie e della vulnerabilità di alcune fasce sociali).

Negli ultimi anni la crisi economica, poi i debiti sovrani, ha generato una tensione fiscale trasferita su regioni ed enti locali (es. -444 milioni di trasferimenti erariali alla Toscana, tetto di spesa regionale sceso da 2,2 miliardi del 2010 a 1,3 nel 2014 e previsto a 1,4 miliardi nel 2016) rispetto alla quale occorre oggi rivendicare un nuovo regionalismo differenziato, in cui regioni virtuose come la Toscana (con il bilancio parificato dalla Corte dei Conti ed in grado di garantire servizi pubblici di qualità), possano chiedere allo Stato maggiori gradi di autonomia speciale. Anche perché nei prossimi tre anni, secondo la Banca d'Italia, la Corte dei Conti e l'Ufficio parlamentare del bilancio, fino al 60% dei tagli di spesa colpirà le regioni. Di conseguenza la Toscana, così come previsto dalla recente riforma costituzionale dell'art 116, intende chiedere più autonomia per rispondere meglio alle sfide su ambiente, governo del territorio, agricoltura, politiche attive per il lavoro, formazione ed istruzione professionale, beni culturali (vista la convenzione già firmata con il Mibact per il piano del paesaggio), iniziando a ragionare anche in termini di aggregazioni di territori regionali con strutture economico-sociali simili, salvo la necessità di infrastrutture con cui aprire nuovi canali di sviluppo longitudinali, da est ad ovest lungo una possibile "Italia di mezzo", mediante un sotto-corridoio mediterraneo dai Balcani alla Penisola iberica (attraverso i porti di Livorno ed Ancona), da trasformare in sede europea nell'undicesimo corridoio prioritario delle reti TEN-T con finanziamenti europei diretti.

**Verso una
maggiore
autonomia e
nuove**

**prospettive
regionali**

Il DEFR 2016 deve poi confrontarsi con alcune evoluzioni significative sul piano istituzionale (es. riforma della Legge elettorale, riforma costituzionale del titolo V tra cui il nuovo Senato) nonché con nuovi assetti organizzativi, tra cui il superamento delle province, e poi ancora la riforma avviata del sistema sanitario regionale, l'attivazione di nuovi centri per l'impiego dipendenti dalla regione (in Toscana pari a 60 con 1.000 operatori, per i quali è stata appena firmata il 06/11/2015 la prima convenzione con il Governo). Le regioni non sono tutte uguali, e non tutte ugualmente amministrate: dal 31 ottobre è infatti nata una nuova Toscana in virtù del passaggio di 1.014 dipendenti delle province (pari ad 1/4 del personale totale) e delle relative funzioni su agricoltura, caccia, pesca, ambiente, difesa del suolo, opere di viabilità regionale, formazione. Sarà una Regione diversa, non più solo ente di legislazione e programmazione, ma sempre più gestore diretto di molte funzioni, presente sui territori con propri front-office e relazioni dirette con i cittadini. Anticipazioni di questa prospettiva sono, ad esempio, sia la gara unica per il trasporto pubblico su gomma a livello regionale per i prossimi 11 anni, in corso di aggiudicazione, da cui deriveranno benefici sostanziali proprio per effetto della massa critica e delle economie di scala e di scopo raggiungibili (es. rinnovo di 2.100 autobus sui 2.900 in servizio in 3 anni, tutela e riconversione dei lavoratori delle precedenti 14 aziende di trasporto provinciali), sia l'accordo di programma da 106 milioni firmato il 04/11/2015 tra Regione, Città metropolitana di Firenze e Governo per la messa in sicurezza dell'Arno (in base al Piano nazionale contro il dissesto idrogeologico nelle aree metropolitane).

**Nuove funzioni
e nuovi assetti
istituzionali ed
organizzativi**

Il combinato disposto tra riforme istituzionali e legge di stabilità neo-espansiva rappresenta uno scenario inedito e sfidante con opportunità da cogliere e rischi da gestire. In Toscana da qui al 2020 saranno attivati interventi per il valore di 2,7 miliardi, grazie ai fondi europei, per ricerca ed innovazione tecnologica, infrastrutture materiali ed immateriali, cultura e rigenerazione urbana, ambiente e governo del territorio, competitività dell'apparato produttivo (industria, turismo, commercio, agricoltura), con l'obiettivo di creare occupazione, in particolare giovanile. La regione è partita con una gestione anticipata dei fondi 2014-2020 pari a 82 milioni che, proprio tra 2014 e 2015, ha consentito, anche qui prima tra le regioni italiane, la partenza di 17 bandi destinati alle imprese produttive, al turismo, all'agricoltura

**La
programmazio
ne comunitaria
2014-2020**

Il 2016 si caratterizza inoltre per l'ingresso di nuove regole nei bilanci regionali, a partire dal subentro del pareggio di bilancio per cassa e competenza al precedente patto di stabilità. Si tratta di un'ulteriore vincolo esterno che rischia di ridurre di 2/3 la capacità di investimento non potendo più fare ricorso alla leva del debito rimborsabile, se non in misura pari alla quota di rimborso annuale su precedenti debiti, tenendo anche presente che gli investimenti in sanità non saranno più contabilizzabili al di fuori della logica del pareggio di bilancio. La manovra di bilancio regionale 2016 si concentra pertanto sulla continua revisione della spesa ed una maggiore copertura delle politiche regionali attraverso la riprogrammazione dei fondi europei, incluso il progetto Giovanisi e le sinergie con la Garanzia Giovani europea (che in Toscana ha consentito di profilare 32.250 giovani, di cui 15.328 poi inseriti nel mondo del lavoro).

Del resto grazie all'impegno e lo sforzo di compartecipazione, la Toscana per l'attuale settennato potrà contare su 143 milioni rispetto al periodo precedente. Sul fronte della spesa corrente, la priorità è invece la salvaguardia delle politiche per l'istruzione e il diritto allo studio, la cultura e il sociale. Si punta naturalmente anche ad un ulteriore recupero dell'evasione fiscale, così come altri benefici deriveranno dal pensionamento anticipato di 260 dipendenti entro il 2016, pari ad 1 dipendente su 10, o già derivano dalla riduzione di Assessori e Consiglieri introdotta con la nuova legislatura. Altre risorse derivano da unparziale e progressivo recupero di somme già destinate a fondi di rotazione, dalla revisione di alcune spese per il trasporto pubblico locale, dall'ottimizzazione della manutenzione delle strade regionali e da altri risparmi e minori trasferimenti ad alcuni enti.

La manovra finanziaria regionale inoltre non comporta aumenti dell'addizionale Irpef regionale pagata da famiglie e lavoratori toscani, che rimarrà la stessa del 2015. Non sarà ritoccato il bollo auto, non ci sarà alcuna accisa regionale sulla benzina e nessun aumento sull'Irap.

**La manovra di
bilancio 2016
in base a
nuove regole
sfidanti**

A questi sforzi si aggiungono nuovi indirizzi agli enti strumentali per il contenimento dei costi, il pareggio di bilancio ed il mantenimento dei servizi nonché un piano di razionalizzazione delle partecipate con conseguente classificazione tra: partecipazioni da mantenere, sia perché in equilibrio sia perché funzionali a finalità regionali; partecipazioni strategiche ma in situazione di squilibrio strutturale e quindi sottoposte a vigilanza rafforzata (ed a rischio di dismissione); società da sciogliere in base a prescrizioni normative ed infine società non più strategiche da dismettere o liquidare.

**Un
contenimento
della spesa
sempre più
incisivo**

La sanità permane poi al centro dell'attenzione, sia perché per due anni di fila la Toscana è la prima regione italiana sia per erogazione dei LEA - livelli essenziali di assistenza- (migliorando il punteggio da 214 nel 2013 a 217 nel 2014), sia prima quanto a qualità e efficacia delle cure ospedaliere (in base ai 146 indicatori del Piano nazionale esiti 2015), sia perché negli ultimi anni il fondo nazionale non è mai stato meno di 110 miliardi e mai più di 111 l'anno, mentre nel 2016 sarà pari a 112 sebbene il patto per la salute del 2014 prevedesse quota 113 (e comunque con una spesa totale sul PIL nel 2014 pari a 8,8% ormai inferiore alla media dei paesi OCSE). I numeri rilevano come la spesa sanitaria non sia esplosa e quindi come la sanità, e dunque le Regioni, abbia dato il loro contributo alla tenuta dei conti statali. Se altri settori pubblici si fossero comportati allo stesso modo, il debito nazionale non sarebbe cresciuto. Resta il problema degli investimenti, perché se non si investe in tecnologie ed edilizia sanitaria, non solo si rischia il degrado della qualità assistenziale (in Toscana spesso ai massimi livelli, come dimostrano appunto i LEA, o ancora i 100 milioni di prestazioni aggiuntive extra-LEA per rispondere a bisogni non coperti in altre regioni), ma anche l'involuzione di uno dei principali volani di sviluppo per il sistema della ricerca e l'industria italiana. Come riconosciuto nel confronto tra Governo e Regioni, l'invecchiamento della popolazione farà già di per sé aumentare in futuro la spesa sanitaria, nell'ambito della quale è però rilevante controllare l'evoluzione dei costi comportando, inevitabilmente, una riorganizzazione dei servizi con soluzioni più efficaci, da cui la riforma del servizio sanitario regionale toscano già avviata.

La sanità regionale: sempre al top nazionale per qualità ed efficacia, ma con la necessità di continue attenzioni

La Regione è poi ovviamente impegnata a favorire il completamento di infrastrutture strategiche, tra cui, l'avvio della darsena Europa nel porto di Livorno in aggiunta ai collegamenti ferroviari in divenire, il raddoppio della linea ferrovia Pistoia-Lucca, il completamento del sistema tramviario della piana fiorentina, il sotto-attraversamento dell'alta velocità di Firenze, le terze corsie per le autostrade A1 e A11, il completamento e la riqualificazione della cosiddetta autostrada tirrenica, l'ammodernamento della FI-PI-LI, lo sviluppo integrato degli aeroporti toscani, gli interventi per il dissesto idrogeologico, il superamento definitivo del divario digitale con la banda larga o ultra-larga nel territorio toscano.

Il continuo ammodernamento delle infrastrutture materiali e immateriali

Da ultimo, con riferimento alle azioni regionali da intraprendere a partire dal 2016, è bene maturare la consapevolezza che i creatori di ricchezza territoriale (economica, educativa, sociale, culturale) non sono solo soggetti privati, come avviene anche nelle economie più aperte (es. USA). La generazione di valore aggiunto è comunque un processo collettivo con molteplici interdipendenze pubblico-private, comprese quindi le istituzioni, il terzo settore, la coesione sociale e le imprese dinamiche sia locali che estere. La Toscana deve proiettarsi oltre l'ormai anacronistica contrapposizione tra stato e mercato, consapevole che i progetti regionali "mission-oriented" del futuro PRS 2016-2020 sono anche in grado di favorire nuovi mercati, ad esempio tramite modalità di acquisto di beni e servizi pubblici più innovative, e non già solo in caso di interventi per fallimenti di mercato o per correzione di distorsioni sociali derivanti da un capitalismo deregolamentato o deresponsabilizzato.

Occorre quindi far evolvere le politiche per l'istruzione, la formazione del capitale umano, per ricerca e tecnologia orientandole ad una maggiore produttività, fino a stimolare una finanza d'impresa più paziente e non di rapina. Serve compensare le imprese che reinvestono utili, creano occupazione, esportano, e non gonfiano bilanci, andamenti dei titoli finanziari e compensi dei dirigenti, spezzando definitivamente la connessione tra capitale e lavoro, già compromessa dalla cosiddetta finanziarizzazione dell'economia.

Competitività significa anche semplificazione e miglioramenti dei processi decisionali nel pubblico, un sistema fiscale più progressivo ed inclusivo, con focus sull'aumento del denominatore nel rapporto debito-PIL più che al deficit di breve periodo. L'Italia ha un solido avanzo primario di bilancio, ma fatica a capitalizzare investimenti in istruzione, ricerca, formazione, welfare. Senza riforme strutturali, la ricerca di nuove opportunità economiche nelle alte tecnologie o nel mondo dell'economia verde, il QE della BCE non risolverà i problemi strutturali. D'altronde i grandi progressi nella medicina, nell'informatica e telecomunicazioni, nelle biotecnologie e nanotecnologie, nella robotica, nell'aerospazio, hanno spesso alla base investimenti pubblici. Serve quindi maggiore capacità di interazione pubblico-privata per evitare che la flessibilità del bilancio pubblico nazionale per il rilancio della ripresa, che è giusto azionare nel breve periodo per favorire la ripresa, possa invece tradursi un indomani in nuove tasse a copertura di ulteriori disavanzi causati da un'insufficiente generazione di ricchezza ed occupazione. In questi anni infatti, in modo ancor più netto rispetto al passato, sono emerse due "Toscane", una più forte e una più provata dalla crisi lungo la costa, una legata ai distretti produttivi l'altra alle precedenti partecipazioni statali. Ora la sfida sta nel riunirle: la Toscana ha già dimostrato proprio a Piombino, Livorno e Massa Carrara, di saper agire come "stato innovatore" assieme al Governo ed Enti locali, superando l'assistenzialismo a favore invece del capitale produttivo in cerca di nuove opportunità di investimento. Su questo la nostra attenzione è massima: la ricomposizione delle due Toscane, può e deve infatti passare da un nuovo regionalismo.

Si riportano di seguito i titoli dei paragrafi ritenuti di maggiore interesse per PANORAMA LEGISLATIVO ISTISSE (già di per sé stessi significativi), rinviando alla lettura integrale degli stessi

CAPITALE UMANO E INCLUSIONE SOCIALE

DOMANDA ED OFFERTA DI LAVORO

PREVENZIONE E CONTRASTO DELLA DISPERSIONE SCOLASTICA E FORMATIVA

GIOVANI SI'

LA TENUTA DEL MODELLO SOCIALE

ORTI SOCIALI

RICERCA SANITARIA

EMANCIPAZIONE GIOVANILE

SERVIZIO CIVILE

RIASSETTO ISTITUZIONALE

LOTTA ALLA POVERTA'E INCLUSIONE SOCIALE

MISURE DI PREVENZIONE DELLA POVERTA'

SOSTEGNO ALLA LOCAZIONE

INCLUSIONE LAVORATIVA

TERZO SETTORE

REDISTRIBUZIONE ECCEDEXE ALIMENTARI

ALTRE MISURE DI SUPPORTO A STATI DI DISAGIO SOCIALE

OSSERVATORIO SOCIALE

SOSTEGNO AI SERVIZI TERRITORIALI

TUTELA DEI DIRITTI CIVILI E SOCIALI

INVESTIMENTI SOCIALI

VITA INDIPENDENTE

INCLUSIONE DEI SOGGETTI DIVERSAMENTE ABILI

ABBATTIMENTO DELLE BARRIERE ARCHITETTONICHE

DISABILITA' PSICHICA

NON AUTOSUFFICIENZA

ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

EMERGENZA PSICHIATRICA

PREVENZIONE E RIDUZIONE DELLE DIPENDENZE

QUALITA' DELLA VITA IN CARCERE

DIRITTI UMANI, LOTTA ALLE DISCRIMINAZIONI, ED ALLA VIOLENZA DI GENERE

PARI OPPORTUNITA'

INFANZIA, ADOLESCENZA E GENITORIALITA'

RIFORMA E SVILUPPO DELLA QUALITA' SANITARIA

LOTTA ALL'OSTEOPOROSI

LOTTA AL DOLORE

PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI ALLA UMANIZZAZIONE DEI SERVIZI

ORIENTAMENTO DELL'ACCESSO AI SERVIZI

POLITICHE PER L'ACCOGLIENZA E L'INTEGRAZIONE DEGLI STRANIERI

PROGRAMMAZIONE SOCIALE

CAMPANIA

DGR 29.12.15, n. 869 - Piano sociale regionale 2013-2015, approvazione ai sensi dell'articolo 20 della legge regionale 23 ottobre 2007, n. 11. (BUR n. 2 dell'11.1.16)

PRESENTAZIONE

Già con precedenti provvedimenti la Regione Campania, con il rinnovato Governo regionale, ha intrapreso specifiche iniziative volte a conferire alle politiche sociali un maggior grado di incidenza e di capacità di determinare il raggiungimento di un miglior livello di offerta dei servizi sociali.

Il presente provvedimento, in linea con le prospettive di profondo cambiamento quanto a programmazione, gestione e controllo del sistema dei servizi sociali campani, si propone quindi come un vero e proprio manuale concettuale ed operativo, con cui viene in effetti esaltata la funzione di legislazione, programmazione ed alta amministrazione propria della Regione, che è decisamente orientato verso la costruzione del sistema regionale del welfare, in cui i soggetti istituzionali e i soggetti non istituzionali, sulla base della reciproca considerazione e ruolo, concorrono alla sua realizzazione.

Considerando la notevole complessità del documento, si riportano le parti ritenute più importanti, rinviando alla lettura integrale dello stesso.

In particolare per motivi di impaginazione non si sono riportati grafici, tabelle, e relativi commenti, e alcune note, per le quali si rinvia alla lettura integrale del testo.

Note

PREMESSA

L'articolo 8 comma 1, della Legge Regionale 23 ottobre 2007 n. 11 attribuisce alla Regione funzioni di programmazione, indirizzo e coordinamento degli interventi sociali.

L'articolo 8 comma 1 lettera b) della Legge Regionale n. 11/2007 stabilisce che la Regione, a tal fine, adotta, con cadenza triennale, il Piano sociale regionale per definire i principi di indirizzo e coordinamento per la programmazione e la realizzazione, da parte degli enti locali associati, del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

La Giunta regionale della Campania con deliberazione n. 134 del 27 maggio 2013 ha approvato il secondo Piano sociale regionale della regione Campania la cui vigenza è terminata nel 2015.

La Giunta regionale della Campania con deliberazione n. 819 del 23 dicembre 2015 ha approvato la proposta di Piano sociale regionale 2016-2018 ed ha proceduto all'invio al Consiglio regionale per l'acquisizione, ai sensi dell'articolo 20, comma 3, del parere di competenza; e. che ai sensi dell'articolo 20, comma 3 della legge regionale n. 11/2007, il Piano è approvato con deliberazione

della Giunta regionale previo parere della competente commissione consiliare che lo rende nei tempi e con le modalità di cui alla legge regionale 17 ottobre 2005, n.17.

La VI Commissione consiliare permanente ha reso parere favorevole nella seduta del 29 dicembre 2015, giusta convocazione protocollo 396 del 24/12/2015.

Viene approvato il Piano sociale regionale 2016-2018, allegato e parte integrante del presente atto, che definisce i principi di indirizzo e coordinamento per la programmazione e la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

PIANO SOCIALE REGIONALE 2016 - 2018

SOMMARIO

PREMESSA

INTRODUZIONE E GUIDA ALLA LETTURA

PARTE I: IL CONTESTO DEL III PIANO SOCIALE REGIONALE

I.1. Le dinamiche demografiche

I.1.1 L'andamento della popolazione

I.1.2 La distribuzione territoriale della popolazione

I.1.3 La composizione della popolazione

I.1.4 La componente straniera della popolazione

I.2. Il mercato del lavoro

I.2.1 Le forze di lavoro

I.2.2 Gli occupati

I.2.3 I disoccupati

I.3. Le dinamiche economiche

I.3.1 Il valore della produzione

I.3.2 Il reddito

I.3.3 La povertà

PARTE II: LA STRATEGIA E GLI OBIETTIVI 2016 – 2018

II.1 IL SISTEMA REGIONALE DEL WELFARE: OPPORTUNITÀ E SFIDE

II.2 GLI ASSI STRATEGICI DELLA PROGRAMMAZIONE SOCIALE 2016-2018

II.2.1 Asse strategico "Sistema regionale integrato"

II.2.2 Asse strategico "Integrazione con il Sistema socio-sanitario, Disabilità, Non Autosufficienza"

II.2.3 Asse strategico "Povertà e Inclusione sociale"

II.2.4 Asse strategico "Prevenzione e interruzione del circolo vizioso dello svantaggio sociale"

II.3 L'INTEGRAZIONE CON LA PROGRAMMAZIONE EUROPEA 2014-2020

II.3.1 POR Campania FSE 2014-2020

II.3.1.1 L'inclusione attiva

II.3.1.2 L'accesso ai servizi

II.3.1.3 Lo sviluppo locale

II.3.2 POR Campania FESR 2014-2020

II.4 L'INTEGRAZIONE CON IL PIANO DEGLI OBIETTIVI DI SERVIZIO

II.5 L'INTEGRAZIONE CON IL PIANO DI AZIONE COESIONE SERVIZI DI CURA

PARTE III: AZIONI STRATEGICHE PER MACRO LIVELLO E OBIETTIVO SERVIZIO

III.1 MACROLIVELLO 1: SERVIZI PER L'ACCESSO E LA PRESA IN CARICO

III.1.1 Accesso

III.1.2 Presa in carico

III.1.3 Pronto intervento Sociale

III.2. MACROLIVELLO 2: SERVIZI E MISURE PER FAVORIRE LA PERMANENZA A DOMICILIO

III.2.1 Assistenza Domiciliare

III.3 MACROLIVELLO 3: SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA E SERVIZI TERRITORIALI COMUNITARI

III.3.1 Asili Nido e Altri Servizi per la prima infanzia

III.3.2 Centri Diurni e altri servizi territoriali comunitari

III.4 MACROLIVELLO 4: SERVIZI TERRITORIALI A CARATTERE RESIDENZIALE PER LE FRAGILITÀ

III.4.1 Comunità/residenze a favore dei minori e persone con fragilità

III.5 MACROLIVELLO 5: MISURE DI INCLUSIONE SOCIALE. SOSTEGNO AL REDDITO

III.5.1. Interventi e misure per facilitare inclusione e autonomia

III.5.2. Misure di Sostegno al Reddito

PARTE IV: IL SISTEMA E GLI ASSETTI ISTITUZIONALI

IV.1 GLI ASSETTI DELLA GOVERNANCE

IV.1.1. La gestione associata dei servizi

IV.1.2. Il Coordinamento Istituzionale

IV.1.3 L'Ufficio di Piano

IV.1.4 Il Servizio Sociale Professionale

IV.1.5 Il Servizio di Segretariato Sociale

IV.1.6 L'ufficio di tutela degli utenti

IV.2 DISPOSIZIONI PER IL FONDO UNICO DI AMBITO

IV.2.1 Il Fondo Sociale Regionale IV.2.2 L'entità e le modalità di partecipazione finanziaria dei comuni

IV.2.3 I criteri per il concorso degli utenti al costo delle prestazioni socio-sanitarie

IV.3. LA PROMOZIONE E L'ACCESSO AI SERVIZI

IV.3.1 Il catalogo e le tariffe

IV.4 IL SISTEMA INFORMATIVO SOCIALE DELLA CAMPANIA

IV.5. I PIANI DI ZONA 2016-2018

IV.5.1 Procedure per la presentazione dei Piani di Zona

APPENDICE 1. LA PROGRAMMAZIONE DEI PIANI DI ZONA NEL PSR 2013-2015

A1.1 Le fonti finanziarie

A1.1.1 Le fonti finanziarie della I annualità

A1.1.2 Le fonti finanziarie della II annualità

A1.1.2.1 Le fonti finanziarie proprie della II annualità

A1.1.2.2 Le fonti finanziarie residue della I annualità

A1.1.3 Le fonti finanziarie della III annualità

A1.1.3.1 Le fonti finanziarie proprie della III annualità

A1.1.3.2 Le fonti finanziarie residue della II annualità

A1.2 Gli interventi programmati

A1.2.1 Gli interventi programmati nella I annualità

A1.2.1.1 La numerosità degli interventi

A1.2.1.2 Le risorse programmate

A1.2.1.3 Le quote capitarie

A1.2.1.4 Gli utenti

A1.2.2 Gli interventi programmati nella II annualità

A1.2.2.1 La numerosità degli interventi

A1.2.2.2 Le risorse programmate

A1.2.2.3 Le quote capitarie

A1.2.2.4 Gli utenti

A1.2.2.5 I disabili gravi

A1.2.3 Gli interventi programmati nella III annualità

A1.2.3.1 La numerosità degli interventi

- A1.2.2.2 Le risorse programmate
- A1.2.2.3 Le quote capitarie
- A1.2.2.4 Gli utenti A1.2.2.5 I disabili gravi

APPENDICE 2: INDICATORI DEMOGRAFICI AMBITI CAMPANI AL 1 GENNAIO

APPENDICE 3: NOMENCLATORE REGIONALE ADATTATO ALLA CLASSIFICAZIONE DELMLPS

Indice tabelle

Indice grafici

Indice figure

PREMESSA

Il terzo Piano Sociale Regionale della Campania vede il suo avvio in una fase di profonda trasformazione del sistema di welfare, che ha messo in questione i cardini di quello che era definito come “modello sociale europeo” e ha radicalmente modificato lo scenario nel quale si collocano i welfare locali.

Due ordini di fenomeni concorrono soprattutto a questa trasformazione:

- Il primo è il mutamento delle caratteristiche dei contesti economico-sociali con cui i sistemi di welfare devono confrontarsi, a fronte di una riduzione delle risorse disponibili. *Il lavoro, i percorsi di vita, le dinamiche di composizione e ricomposizione delle famiglie* sono mutati facendo emergere nuovi bisogni come effetto di più profondi mutamenti strutturali di cui la crisi economica è solo la manifestazione contingente. All’origine di tali mutamenti strutturali – i cui effetti rimarranno anche quando la crisi sarà superata - ci sono la globalizzazione (con i cambiamenti di scala dei diversi mercati) e la finanziarizzazione dell’economia (con l’interconnessione tra di essi), da una parte; c’è la complessa e lenta ridefinizione dei processi di regolazione e di decisione politica a livello nazionale, europeo e globale, nonché delle forme della loro legittimazione, dall’altra. Le trasformazioni demografiche (connesse al miglioramento delle condizioni di vita ed ai progressi delle scienze e delle tecnologie bio-medico-sanitarie) hanno modificato la composizione per fasce di età della popolazione e, intrecciandosi con quelle economiche, i meccanismi che ne producono la mobilità incidendo, anche per parte loro, sia sull’accrescimento di bisogni già presenti (cura, come sostegno socio-sanitario, accudimento, sostegno alla autonomia personale) sia sulla comparsa di nuove domande (integrazione dei migranti).
- Il secondo fenomeno che ha contribuito a modificare lo scenario è lo sviluppo sempre più marcato della dimensione locale delle politiche di welfare. Il ruolo dei comuni e delle altre istituzioni locali risulta crescente, ma cresce molto anche la presenza di altri soggetti (volontariato, imprese no profit e profit) che agiscono all’interno delle singole comunità.

A fronte di una complessiva ridefinizione della *governance* del sistema, ancora *in fieri* per le revisioni costituzionali in corso che potrebbero intervenire sulle competenze rispettive di Stato e regioni, la situazione attuale è quella di una diversificazione dei territori regionali, in cui situazioni economiche più critiche danno vita a welfare più deboli. Questi contribuiscono a loro volta ulteriormente all’indebolimento delle condizioni complessive di vita, in un circolo vizioso di riproduzione della vulnerabilità e del disagio.

Risultati di ricerca consolidati mostrano, per contro, che le politiche sociali possono costituire un fattore di sviluppo dei sistemi economici locali. Ne consegue, a livello teorico e soprattutto di disegno delle politiche, una nuova concezione degli interventi di welfare che da costo appaiono, piuttosto, essere concepiti come investimento o comunque come elemento generatore di valore. A seconda dei paradigmi economico-sociali di riferimento, si parla allora di *social investment welfare* (cui eventualmente collegare strumenti di *fund raising* innovativi), di welfare *generativo*, di “secondo welfare”, come elementi di attivazione e rigenerazione del tessuto economico e civile.

Per interrompere il circolo vizioso in cui i territori più deboli diventano fattori di arretramento non solo delle condizioni di vita delle loro popolazioni, ma del collettivo più ampio entro cui tutti i

territori sono di fatto interdipendenti, bisogna puntare a un cambiamento radicale dei meccanismi di regolazione che lo alimentano.

I sistemi di welfare sono molto diversi fra loro, ma tutti caratterizzati dalla presenza di soggetti pubblici e privati che erogano i servizi. I meccanismi di regolazione cruciali per il loro funzionamento sono ormai quelli che collegano il livello della pianificazione dei sistemi regionali di welfare, quello della elaborazione dei progetti di comunità o dei piani personalizzati degli interventi e dei servizi ed, infine, quello della loro effettiva erogazione, di fatto sempre più esternalizzata dagli Enti locali.

Modificare i meccanismi che collegano tali livelli e funzioni richiede che gli enti pubblici cambino il loro modo di lavorare, prendendo atto del mutamento della funzione pubblica di cui devono assumere pienamente titolarità: **da erogatori (sia pur indiretti) dei servizi**, essi devono, più consapevolmente e responsabilmente, **trasformarsi in soggetti che indirizzano, coordinano e valutano** l'azione di privati, cooperative e volontariato.

Assumere la sussidiarietà come principio nella definizione della titolarità degli interventi presuppone questo mutamento di prospettiva.

Se la consapevolezza di questa ormai ineludibile trasformazione è abbastanza presente nelle amministrazioni, la cultura gestionale prevalente nei servizi pubblici è ancora di tipo burocratico e basata su rapporti prevalentemente gerarchici. La sfida per le amministrazioni, dal livello regionale a quello locale, è allora quella di superare queste impostazioni ed essere in grado di coinvolgere organizzazioni pubbliche e private orientando le loro scelte alla costruzione del benessere dei cittadini. Per ottenere tale risultato, la strategia da perseguire deve tendere a sostituire la logica gerarchica con una maggior attenzione all'autonomia delle realtà locali ed al coinvolgimento di cittadini, volontariato, cooperative sociali e privati nella programmazione e gestione degli interventi, modificando le pratiche reali che continuano ad essere prevalentemente di tipo burocratico.

Alle pubbliche amministrazioni si chiede allora uno sforzo congiunto di superamento della logica burocratica e gerarchica ancora prevalente per:

- **governare i territori in modo integrato** (non è più concepibile, ad esempio, progettare la refezione scolastica senza considerarne gli effetti sulla salute o sulla integrazione da parte dei bambini con diverse abilità o con appartenenze eterogenee, culturali, religiose, ecc.);
- ridurre gli strumenti coercitivi e aumentare quelli che incentivano i comportamenti considerati virtuosi;
- **costruire processi partecipativi basati sull'aumento delle informazioni** (sui servizi e chi li eroga, con le rispettive Carte dei Servizi) e **delle forme di comunicazione diretta** dei cittadini (anche attraverso la valorizzazione delle piattaforme informatiche);
- **sostituire i controlli burocratici con la valutazione dei risultati** prodotti dalle politiche locali in termini di benessere reale della popolazione.

Il nuovo Piano Sociale regionale vuole essere il momento di avvio di una revisione strategica della offerta del Sistema regionale integrato dei servizi in questa direzione. Di questa nuova fase occorre adesso che si sia tutti consapevoli e responsabili: Amministrazione regionale,

Amministratori locali, Ambiti territoriali, soggetti erogatori, operatori. La ridefinizione dei servizi è infatti un percorso complesso, che richiede tempo, prudenza ed attenzione e si deve svolgere senza minacciare il regolare svolgimento dei servizi già attivati. Ma soprattutto è un percorso che può essere compiuto soltanto con la partecipazione di tutti coloro che materialmente svolgono servizi: associazioni, cooperative, istituti, volontariato, operatori e rappresentanti degli utenti, delle parti sociali e del mondo imprenditoriale.

La delicatezza del percorso è segnata, da un lato, dalla crescente ristrettezza delle risorse finanziarie disponibili e, dall'altro, dalla fragilità del quadro normativo su cui può far leva. A tale fragilità concorrono sia la sopravvivenza di norme che si riferiscono a un modello di welfare che non è più adeguato agli attuali assetti sociali, amministrativi ed economici, sia l'assenza della struttura integrata di governo delle politiche sociali che la l.n. 328/2000 avrebbe dovuto costruire.

Le leggi regionali hanno introdotto in Campania strumenti regolativi omogenei su tutto il territorio regionale, ma la sopravvivenza di pratiche di affidamento a livello locale si scontra ormai con la europeizzazione del regime degli appalti e della maggior parte dei bandi.

Dinnanzi alla crescente difficoltà delle famiglie campane, all'espandersi delle aree di disagio minorile e giovanile, all'allargamento delle fasce di popolazione anziana e di quelle a rischio povertà, alla difficoltà delle istituzioni pubbliche nazionali di finanziare risposte scolastiche, sanitarie, economiche e di sviluppo, la regione deve sapere ritrovare l'inventiva ed il coraggio per mantenere, ampliare e rendere sostenibili i livelli di servizio sociale e socio-sanitario che definiscono livelli di servizi adeguati.

La Campania ha grandi risorse di professionalità e di solidarietà da spendere in questo settore. Ha oggi la possibilità di farle valere per trasformare in opportunità di ricostruzione sociale e comunitaria le attuali difficilissime contingenze. Il senso del "mandato" che a questo Assessorato è stato affidato risiede appunto nell'offrire a tutti i territori ed alla Regione nel suo insieme questa possibilità, mettendo gli Uffici regionali in condizione di costruire e seguire questo percorso. Ci si attende che gli Ambiti territoriali, i Comuni, il Terzo settore, i professionisti e gli operatori del settore sociale non si lascino sfuggire l'occasione e partecipino attivamente a trasformarla in una opportunità per tutti coloro che risiedono, vivono, crescono e lavorano in Campania.

INTRODUZIONE E GUIDA ALLA LETTURA

La predisposizione del nuovo Piano Sociale Regionale (PSR) parte dall'analisi di contesto, che include l'esame dello scenario demografico, sociale ed economico della regione Campania (cfr. **Parte I**) ed elementi di valutazione della programmazione sociale del precedente triennio (cfr. **Appendice 1**).

L'analisi dello scenario demografico, sociale ed economico consente di evidenziare le principali problematiche che le politiche sociali sono chiamate ad affrontare nel prossimo triennio e la variabilità con cui esse si presentano nei diversi territori.

L'elevata incidenza di povertà assoluta e relativa, le tendenze negative dei valori pro-capite degli indicatori di produzione (PIL, Valore aggiunto) e reddito, rispetto ai quale la regione figura agli ultimi posti nella graduatoria delle regioni italiane ed al primo per livello di disegualianza, collocano la Campania ai primi posti tra le regioni italiane per emergenza sociale. A delinearne ulteriormente i contorni in questo senso, concorrono un elevato tasso di disoccupazione e un basso tasso di attività della popolazione, soprattutto di quella femminile e giovanile – evidentemente scoraggiata, nonostante l'incremento dei tassi di scolarizzazione. La crisi economica, rispetto alla quale non si colgono ancora chiari segnali di ripresa, ha esteso le aree del disagio, esponendo ampie fasce della popolazione a una forte vulnerabilità sociale e facendo emergere, anche in un contesto già critico, "nuove povertà".

Su questo scenario, la variabilità che rende comunque diverse tra loro le domande di servizi espresse dai territori campani è soprattutto caratterizzata dalla contrapposizione tra due situazioni estreme, dal punto di vista demografico: da una parte, l'area costiera delle province di Napoli e Caserta, a forte concentrazione urbana, altissima densità abitativa e forte componente giovanile del carico di cura (popolazione di età tra 0 e 14 anni); dall'altra, le aree montane dell'alto casertano e dell'alta Irpinia, a forte declino demografico, dove è maggiore la presenza di anziani e grandi anziani, spesso soli e privi di reti familiari di cura e dove alto è il numero di utenti dei servizi con disabilità grave. Tra queste due situazioni estreme, si collocano i comuni suburbani e periurbani delle Province di Napoli e Caserta, caratterizzati da vitalità demografica e famiglie relativamente giovani, ma anche da forte degrado ambientale e deprivazione sociale che determinano gravi rischi sociali e sanitari. Se il primo tipo di territori esprime soprattutto, anche nella declinazione di possibili strategie di contrasto alla povertà, l'esigenza di servizi destinati ai minori ed al sostegno alla genitorialità; il secondo richiede soprattutto servizi domiciliari e/o residenziali rivolti al sostegno alle disabilità, al mantenimento e, ove possibile, al recupero dell'autonomia personale da parte delle persone anziane; il terzo, infine, richiama l'attenzione sulle strategie di prevenzione del rischio sociale e sanitario, con politiche di welfare anche innovative, orientate non solo agli individui ed alle famiglie, ma alla dimensione comunitaria dei contesti di vita delle persone da rigenerare e orientare a obiettivi di capacitazione e attivazione inclusiva di ciascuno.

Nel corso dell'ultimo triennio è costantemente aumentata, inoltre, la presenza di residenti stranieri sul territorio regionale. Se nel 2012 si è registrata la presenza di 150.306 stranieri, nel 2015 si è raggiunto il dato di 217.503 presenze (ISTAT, dati al 1 gennaio 2015). Questo fenomeno, che comincia a coinvolgere più generazioni e fasce di età con i relativi e differenziati bisogni di servizi e di strategie di inclusione sociale, esige il rafforzamento di politiche e interventi di natura interculturale, di mediazione culturale e di integrazione.

Il quadro appena delineato esige per la programmazione del prossimo triennio una strategia di massima concentrazione su obiettivi strategici e di valorizzazione ottimale delle risorse attivabili, perché al termine del triennio si possa registrare una decisa inversione delle tendenze negative a oggi registrate e si possa affermare di aver voltato pagina.

Occorrono, per questo, politiche sociali che abbiano un disegno di respiro regionale e ricadute commisurate alle esigenze specifiche di ogni territorio; che investano il piano della presa in carico dei bisogni emergenti e quello della prevenzione; fondate su analisi affidabili della domanda e dell'offerta di servizi; accuratamente programmate e monitorate nella fase della loro erogazione, nel rispetto delle carte dei servizi e delle esigenze dell'utenza.

Su queste premesse, la Strategia e gli Obiettivi del Piano Sociale Regionale 2016-2018 sono definiti attraverso l'individuazione di **quattro Assi strategici (Parte II)**, con riferimento ai quali sono definiti gli interventi e le azioni più rilevanti per l'attuazione del Piano, articolate per **macrolivelli e obiettivi di servizio (Parte III)**.

Dal punto di vista delle azioni di sistema, si richiede prioritariamente a tutti gli attori coinvolti di contribuire alla piena realizzazione del Sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali, favorendo con tutti gli strumenti attivabili – a partire dalla operatività del SIS e della cartella sociale - l'integrazione di politiche, interventi e servizi, in capo innanzi tutto al singolo utente e al nucleo familiare in cui vive, e quindi in relazione ai diversi soggetti responsabili ed erogatori.

Obiettivi strategici, a questo primo e fondamentale livello, sono la piena attuazione di un sistema dei servizi sociali regionale e integrato e la sua ulteriore integrazione con le diverse politiche regionali: prioritariamente quelle della sanità – per il conseguimento effettivo dell'integrazione socio-sanitaria dall'accesso alle prestazioni alla loro erogazione - ma con sempre maggiore incisività anche quelle dell'istruzione, del lavoro e delle politiche giovanili, per un welfare che sia davvero generativo di valore aggiunto per lo sviluppo ed il pieno benessere delle persone e delle collettività sociali. Ma perché si possa effettivamente parlare di un sistema di interventi e servizi di livello regionale si richiede non solo una programmazione delle risorse condivisa e concertata grazie al Piano sociale regionale, ma una omogenea regolazione dell'accesso e della presa in carico degli utenti che garantisca eguaglianza di diritti almeno a livello regionale.

La vasta base di dati di cui disponiamo consente già di effettuare alcune valutazioni sull'entità e sull'andamento della spesa sociale programmata dagli Ambiti territoriali nel precedente triennio, per quanto concerne alcuni indicatori aggregati: l'allocazione alle specifiche aree di intervento; la distribuzione in relazione alla popolazione (quote capitarie); i livelli attesi di presa in carico (utenti programmati).

Le differenze che così si rilevano nell'offerta di interventi e servizi, evidenziano alcuni squilibri territoriali che rischiano di determinare sostanziali disequaglianze nell'accesso e nella presa in carico degli utenti. La programmazione 2016-2018, partendo dalla valutazione delle risorse e degli interventi già programmati, si pone come obiettivo prioritario di sistema il superamento di tali squilibri. A tal fine, occorrerà preliminarmente approfondire le cause delle significative differenze esistenti tra le quote capitarie e tra gli indici di domanda programmati (utenti x1.000 ab.) nei diversi territori, soprattutto per i servizi ritenuti strategici, come quelli dell'area della fragilità e non autosufficienza (macro livello degli interventi residenziali e semiresidenziali per persone fragili) cui viene destinata una parte considerevole delle risorse disponibili. Ulteriore approfondimento richiederà il sottodimensionamento dei servizi per la prima infanzia e i minori, là dove appare strategico puntare su di essi per fare della spesa sociale un investimento per il benessere e lo sviluppo dei territori. Tale esigenza di maggiore condivisione delle strategie sottese ai Piani di Zona rinvia alla necessità di sviluppare ulteriormente i sistemi informativi di supporto alla programmazione e avviare al più presto le previste attività di monitoraggio sul versante della domanda e dell'offerta di servizi, per ampliare la base informativa e dare avvio a un percorso di valutazione delle politiche in una prospettiva realistica che dia conto di quali interventi e servizi risultano efficaci per quali destinatari ed in quali contesti e poter sostenere gli Ambiti in una nuova

modalità di Programmazione basata sui risultati e le evidenze di quanto già realizzato (*evidence based*).

Nella IV parte, infine, è ricostruita la cornice istituzionale nel cui rispetto le azioni del Piano sociale trovano implementazione, con riguardo in particolare agli assetti della *Governance* ed agli strumenti normativi, finanziari, tecnici e procedurali a supporto della programmazione sociale.

PARTE I: IL CONTESTO DEL III PIANO SOCIALE REGIONALE

Lo scenario all'interno del quale sono maturate le scelte strategiche e sono stati definiti gli obiettivi principali del Piano Sociale Regionale 2016-2018 ha come sfondo il contesto socio-economico, con le sue principali dinamiche demografiche, la situazione del mercato del lavoro e quella descritta dagli indicatori economici di base.

I.1. Le dinamiche demografiche

Le dinamiche demografiche rinviano ai processi fondamentali che intervengono sulla struttura e la composizione della popolazione, costituendo quindi informazioni di base per la programmazione di interventi sociali appropriati. Per descriverle si farà riferimento alle variazioni della popolazione nell'ultimo decennio, che hanno contribuito alla sua ripartizione attuale sul territorio regionale e alle sue più rilevanti caratteristiche strutturali.

Per i grafici ed i relativi commenti si rinvia alla lettura integrale del testo

I.2. Il mercato del lavoro

Particolarmente significative sono le problematiche connesse al lavoro per le loro implicazioni non solo economiche, ma anche sociali, relazionali, culturali, psicologiche. Nelle pagine seguenti si descrivono sinteticamente dal punto di vista quantitativo la composizione delle forze di lavoro, nonché degli occupati e disoccupati, così come emerge dall'indagine Rilevazione Continua delle Forze di Lavoro (RCFL), realizzata dal gennaio 2004 dall'ISTAT³ conformemente al Regolamento n. 577/98 del Consiglio dell'Unione Europea, attraverso l'intervista ad un campione di oltre 250mila famiglie residenti in Italia, composte da circa 600 mila persone, presenti in circa 1.100 comuni italiani, realizzata in modo continuativo, i cui risultati sono diffusi mensilmente con dettaglio nazionale e trimestralmente con quello regionale.

I.2.1 Le forze di lavoro

Nel 2014 la Campania è la sesta regione in Italia per consistenza delle forze di lavoro, ovvero il totale delle persone occupate e disoccupate di 15 e più anni, composte da 1.257.186 maschi e 737.458 femmine.

Nel periodo considerato la diminuzione delle forze di lavoro, combinata con l'aumento della popolazione si manifesta come una diminuzione del tasso di attività (misurato per l'appunto dal rapporto percentuale delle prime con la seconda), ed un aumento della differenza tra il tasso nazionale (diminuito di 0,41) e quello campano (diminuito di 4,08), passato da 5,02 del 2004 a 8,69 del 2014.

Diversificato è l'andamento del tasso di attività nelle province campane: ad eccezione della provincia di Avellino in cui è sostanzialmente stabile (+ 0,33), in tutte le altre diminuisce in modo consistente, in particolare a Benevento dove si registra un -9,68 e conquista il primato negativo del 35,12%, determinando con Avellino che si attesta al 44,53% il campo di variazione di 9,40, il più alto del decennio.

Il tasso di attività maschile nel periodo preso in esame diminuisce in Italia di 2,61 ed in Campania di 6,94, con un aumento del differenziale da 1,45 del 2004 a 5,78 del 2014

A differenza di quanto avviene per quello totale, il tasso di attività maschile delle province della Campania diminuisce dappertutto, sebbene ad Avellino in forma molto contenuta (-0,46) ed in modo molto più consistente, superiore a 7,0, a Benevento, Napoli e Caserta (rispettivamente -8.92, -8.58 e -7.82) determinando un aumento del *range* da 4.69 del 2004 all'8.97 del 2014.

Il tasso di attività femminile in Italia dal 2004 presenta delle leggere oscillazioni, risultando nel 2014 leggermente aumentato di 1.58 punti percentuali, mentre in Campania decresce costantemente fino al 2010 per poi tornare a crescere ed attestarsi poco al di sotto del 29%].

Simile, nel complesso, sembra essere l'andamento del tasso su base provinciale, con Avellino e Caserta che a fine periodo presentano una leggera crescita (+1.04 e +0.60) e Napoli e Salerno una diminuzione (-1.33 e -1.80), mentre a Benevento si registra un -10.46, che evidentemente determina un aumento del *range* da 6.32 del 2004 a 9.68 del 2014.

1.2.2 Gli occupati

La RCFL dell'ISTAT classifica come occupate le persone di quindici anni e più che nella settimana di riferimento dell'intervista hanno svolto almeno un'ora di lavoro in una qualsiasi attività con corrispettivo monetario o in natura, oppure hanno svolto almeno un'ora di lavoro non retribuito nell'azienda di un familiare con cui abitualmente cooperano, oppure sono assenti dal lavoro da non più di tre mesi, oppure sono assenti dal lavoro ma continuano a percepire almeno il 50% della retribuzione. Nel 2014 sono occupati in Campania 1.009.782 maschi e 551.210 femmine per un totale di 1.560.992 persone.

1.184.599

Mentre per i maschi in tutto il periodo considerato si assiste ad una costante diminuzione, per le femmine il tasso di crescita presenta valori positivi nel 2006 e, soprattutto nel 2012 e 2013. Ciò malgrado, così come verificatosi per le forze di lavoro, simile anche per le dimensioni è la contrazione della quota degli occupati campani.

Mentre in Italia nel periodo in esame il tasso di occupazione totale, ovvero la percentuale di popolazione occupata, diminuisce di 2.67 (da 45,51% a 42,84%), in Campania si contrae di 6.00 (da 37,60% a 31,60%), con grosse differenze su base provinciale, il cui *range* passa da 3.03 a 7.79, il cui primato negativo spetta a Benevento con 29,25%. La contrazione del tasso di disoccupazione giovanile è più accentuata.

Il tasso di occupazione femminile in Italia aumenta di 0.08 ed in Campania diminuisce 2.23, e la differenza passa da 10.77 a 13.09, con un leggero aumento di quello provinciale (da 6.04 a 7.42) causato soprattutto dalla caduta della provincia di Benevento di 9.59 punti percentuali.

1.2.3 I disoccupati

I disoccupati, che la RCFL dell'ISTAT classifica come persone tra 15 e 74 anni non occupate che hanno effettuato almeno un'azione attiva di ricerca di lavoro nei trenta giorni che precedono l'intervista e sono disponibili a lavorare entro le due settimane successive, oppure inizieranno un lavoro entro tre mesi, in Campania nel 2014 sono 433.652, di cui 247.404 maschi e 186.248 femmine, aumentati significativamente negli ultimi anni, ed in particolare nel 2012.

Il tasso di disoccupazione totale, quale rapporto tra persone in cerca di lavoro e popolazione attiva, era diminuito tra il 2004 ed il 2007 (raggiungendo il 6% per l'Italia e l'11% circa per la Campania); da quel momento è costantemente cresciuto, attestandosi su un valore di quasi il 13% a livello nazionale e di ben il 22% per la Campania, con un differenziale di 9.06 punti percentuali rispetto ai 7.42 di inizio periodo.

Andamento simile presenta il tasso di disoccupazione giovanile, seppure con grandezze maggiori. Più o meno invariata è invece la differenza tra il tasso disoccupazione delle province campane (da 7.41 a 7.87) seppure con un consistente aumento del tasso di ciascuna di esse, tra i 4 ed i 6 punti percentuali, con Caserta che si distingue per la crescita di 9.39.

La crescita del tasso di disoccupazione maschile è maggiore del tasso totale sia in Italia che in Campania (+5.55 e +7.51), con una differenza tra i due che da +5.86 arriva a +7.82 su base provinciale il primato è di Napoli che nel periodo considerato cresce di 7.13, arrivando al 21,90%, mentre l'incremento maggiore si registra a Caserta con +10.74.

Molto superiori a quelli maschili sono i valori del tasso di disoccupazione femminile, che nel 2014 si attesta in Italia al 13,80%, con una crescita dal 2014 di 3.32, ed in Campania al 25,26% con un +3.87 [grafico 50], e l'indiscusso primato di Napoli con il 29,31% delle donne attive che sono in cerca di occupazione.

1.3. Le dinamiche economiche

1.3.1 Il valore della produzione

Gli ultimi dati disponibili conformi al SEC 2010, il nuovo Sistema Europeo del Conti, che l'ISTAT ha reso disponibili nell'ottobre 2014, relativi al 2013, vedono la Campania posizionata al 7° posto per il Prodotto Interno Lordo (PIL) dal lato della produzione [grafico 52], così come per il valore aggiunto [grafico 53], che concorre ad esso con l'IVA, le imposte sulle importazioni e sui prodotti, ma senza tener conto dei contributi ai prodotti.

Ben diversa è la situazione se si considera il PIL pro capite: nel 2013 la Campania è posizionata al 17° posto, con una differenza con le prime regioni prossima a 20.000 euro.

Considerando il valore aggiunto pro capite delle province campane, i cui dati disponibili sono riferiti al 2012, anno nel quale la Campania si posizionava al 18° posto, il primato è di Napoli che sopravanza di € 2.756,69 Caserta collocata all'ultimo posto.

Al fine di cogliere le variazioni nel corso del tempo in termini reali, ovverossia senza tener conto della variazioni dei prezzi, l'ISTAT produce una stima a prezzi costanti attraverso la tecnica del cd. "concatenamento". L'ultima ad oggi disponibile si riferisce al valore aggiunto del 2011 con tutti i valori concatenati al 2010.

Nei valori nazionali si rileva in maniera chiara l'impatto della crisi sull'economia italiana nel suo complesso: a fronte di una lieve ma costante crescita del valore aggiunto sino al 2007 (con un incremento complessivo di circa 1200 euro nell'arco dei 7 anni), si evidenziano la brusca frenata e il crollo tra il 2007 ed il 2009, prima, e poi la leggera ripresa nei due anni successivi, che non ha tuttavia consentito ancora di recuperare il valore iniziale.

I valori relativi alla Campania mostrano invece, dopo un primo avvio positivo, un momento di difficoltà già nel triennio 2002/2005, seguito da una ripresa che si arresta bruscamente nel 2007, quando la crisi innesca una caduta che nel 2011 non consente ancora di rilevare i segni della ripresa, ma solo riduzione del trend negativo.

Il risultato complessivo è una crescita, di ben € 860,86 tra il 2000 e il 2011, del divario, in termini di valore aggiunto pro capite, della Campania rispetto all'Italia nel suo complesso, che accresce ulteriormente la distanza rispetto ai € 9.279,57 iniziali.

1.3.2 Il reddito

L'ISTAT misura il reddito medio netto familiare attraverso l'Indagine sul reddito e condizioni di vita (Eu-Silc), che rileva i redditi da lavoro, da capitale reale e finanziario, da pensioni e da altri trasferimenti pubblici e privati, al netto delle imposte personali, delle imposte sugli immobili, dei contributi sociali a carico dei lavoratori e dei trasferimenti versati ad altre famiglie.

Nel 2012, ultimo anno disponibile, il reddito delle famiglie campane è al 17° posto in Italia, superiore solo a quello del Molise, della Basilicata e della Sicilia.

Dal 2003 esso è cresciuto di € 1.222, a fronte di un aumento di € 2.1.89 delle famiglie del Sud e di € 2.905 di quelle italiane, risultando nel 2012 inferiore di € 466 a quelle del Sud e di € 5.193 a quelle italiane.

Molto simili alle dimensioni del reddito medio sono quelle del reddito mediano netto familiare, che registra il valore massimo del reddito di metà delle famiglie. Seppur di poco rispetto, al reddito medio la Campania è sopravanzata dal Molise, e pertanto si colloca in Italia al 18° posto, con un andamento per le tre partizioni territoriali sostanzialmente simile, da cui si evince che la maggior parte delle famiglie ha un reddito minore di quello medio.

L'ISTAT quantifica il grado di disuguaglianza della distribuzione del reddito con l'indice di concentrazione di Gini, che tiene conto della composizione dei nuclei familiari attraverso l'individuazione del reddito familiare equivalente, e che si esprime con valori che vanno da 0 a 1, dove il primo segnala la perfetta equità della distribuzione dei redditi, ed il secondo la totale disuguaglianza.

Nel 2012, anno a cui si riferiscono gli ultimi dati disponibili, la Campania è al primo posto in Italia. La tendenza alla diminuzione della disuguaglianza, bruscamente interrotta dalla crisi economica, dal 2008 si inverte con un tasso di incremento che in Campania fa assumere all'indice di Gini valori superiori rispetto a quelli del 2013, mentre nel resto dell'Italia e del Sud lo stesso andamento risulta molto più contenuto e non si traduce in un aumento netto dell'indice a fine periodo.

1.3.3 La povertà

I dati sulla povertà assoluta e relativa sono prodotti dall'ISTAT con l'Indagine sulle spese delle famiglie, che utilizzando nuove tecniche e metodologie, e considerando un maggior numero di voci di spesa, ha sostituito la precedente Indagine sui consumi, consentendo un'accurata ricostruzione delle serie storiche, in parte ancora provvisoria, i cui valori come in tutte le indagini campionarie sono evidentemente soggette all'errore statistico ed iscritti in intervalli di confidenza.

Assolutamente poveri sono definiti i nuclei familiari (o gli individui) che ogni mese possono spendere per consumi un importo pari o inferiore alla cd. "soglia di povertà assoluta", ovvero al valore di beni e servizi ritenuti essenziali, la cui entità varia con la dimensione del nucleo familiare, la localizzazione e la grandezza del comune di residenza. Nel confronto tra le tre ripartizioni, si nota che l'anno peggiore per il Nord è stato il 2012 (con un incremento del 96% del numero di nuclei sotto la soglia rispetto a inizio periodo), mentre per il Centro ed il Mezzogiorno il 2014 (con un incremento dell'89% al Centro e di ben il 100,2% al Mezzogiorno). Il 2014 vede migliorare la

situazione in tutte e tre le ripartizioni, ma in maniera decisamente significativa (14% contro cambiamenti dell'ordine di pochi decimali al Centro e al Nord) nel Mezzogiorno.

L'incidenza percentuale delle famiglie assolutamente povere ha raggiunto il suo picco massimo nel 2013 al Centro e nel Mezzogiorno (dove è aumentata rispettivamente del 63% e dell'84%) e l'anno prima al Nord (dove l'incidenza è aumentata del 92%). Ben diversi tuttavia sono i valori raggiunti, che non superano il 5% per il Nord e il Centro, mentre raggiungono il 10% per il Mezzogiorno.

Il numero di persone assolutamente povere in tutto il periodo considerato nel Mezzogiorno è cresciuto di 844.640 unità, mentre nel resto d'Italia di 1.346.202, sicché la percentuale di italiani assolutamente poveri residenti nel Mezzogiorno è passata da 53,4% a 45,5%.

L'incidenza percentuale di individui assolutamente poveri in Italia nel 2014 è del 6,8% con un aumento dal 2005 di 3,5 punti. In tutte le tre circoscrizioni la percentuale è pressoché raddoppiata al 2013 rispetto ai valori iniziali ed è in discesa (più sensibile al Sud) nel 2014.

Relativamente poveri sono definiti i nuclei familiari (o gli individui) i cui consumi sono uguali o inferiori a una soglia definita secondo i criteri della *International Standard of Poverty Line* (Ispil), la linea di povertà, che per una famiglia di due persone corrisponde alla spesa media per consumi pro capite dell'anno considerato. Al variare del numero dei componenti del nucleo familiare, il valore di tale soglia viene modificato grazie ad una scala di equivalenza che tiene conto delle economie e diseconomie conseguenti.

Nel confronto tra le tre ripartizioni geografiche, si nota come su questo indicatore incida lo spostamento verso il basso della soglia, che fa scendere il numero di famiglie relativamente povere risiedenti nel Mezzogiorno dal 2005 sino al 2011. Nel periodo considerato il numero di famiglie relativamente povere nel Mezzogiorno è cresciuto di 152.654 unità, mentre nel resto d'Italia l'aumento è stato di 119.573, sicché la percentuale di famiglie italiane relativamente povere residenti nel Mezzogiorno è passata da 66,1% a 65,0%.

L'incidenza percentuale delle famiglie relativamente povere dal 2005 al 2014 è cresciuta di 0.4 al Nord, diminuita di 0.5 al Centro e cresciuta di 0.1 punti percentuali nel Mezzogiorno [grafico 71], con la Campania collocata al 5° posto.

Nello stesso periodo l'incidenza percentuale di individui relativamente poveri è cresciuta di 1.9 al Nord, 0.9 al Centro e 2.6 punti percentuali nel Mezzogiorno, dove raggiunge la ragguardevole quota del 26,6%, corrispondente a circa 1 persona relativamente povera su 4.

PARTE II: LA STRATEGIA E GLI OBIETTIVI 2016 – 2018

II.1 IL SISTEMA REGIONALE DEL WELFARE: OPPORTUNITÀ E SFIDE

Nel corso dell'ultimo triennio, l'azione regionale è stata indirizzata al **consolidamento della cultura della programmazione** degli Ambiti Territoriali ed al **potenziamento della gestione associata** tra i singoli Comuni. Nonostante l'obbligo di esercizio associato di funzioni in materia di servizi sociali, ancora oggi nei nostri territori si sconta una forte resistenza da parte degli enti locali alla cooperazione istituzionale. In questi anni, la Regione è intervenuta a sostegno della funzione associata, sia sul piano normativo, introducendo il Fondo Unico di Ambito, sia nella definizione degli assetti territoriali e nell'azione di supporto e accompagnamento ai territori. Laddove la conflittualità ha assunto forme tali da generare la paralisi e l'inerzia degli Ambiti, così da determinare un grave pregiudizio per i cittadini, la Regione ha esercitato con efficacia il potere sostitutivo nominando commissari *ad acta* per la redazione e la presentazione dei Piani sociali di zona. Questo esercizio congiunto, da parte della Regione, di ampia disponibilità alla cooperazione e di rigore nell'esercizio dei poteri sostitutivi, ha stimolato i territori a rafforzare e consolidare le forme associate di programmazione sociale di zona. Pur residuando ancora territori nei quali questo processo è in corso, nella grande maggioranza degli Ambiti la programmazione associata è ormai un elemento strutturale e condiviso.

Se questa condizione è una opportunità per una migliore qualità della programmazione, la **sfida** che gli Ambiti sono invitati a raccogliere è quella che punta al raggiungimento di **un ulteriore livello di cooperazione e coordinamento** tra i Comuni afferenti a ciascun Ambito, attraverso lo strumento giuridico **dell'Unione dei Comuni e/o il ricorso alle Agenzie di Servizi**. Sul piano organizzativo, la qualità ed efficienza dei sistemi locali dei servizi possono essere ulteriormente migliorate prevedendo criteri di **allocazione delle risorse umane** tesi a riequilibrare il rapporto tra il **personale dedicato alla presa in carico degli utenti**, che risulta in alcuni casi ancora

sottodimensionato e/o contrattualizzato con modalità che non favoriscono la continuità nella relazione di cura, e quello destinato ai servizi amministrativi o di front-office.

Sul piano gestionale, la sfida da raccogliere è quella di trasformarsi in soggetti che indirizzano, coordinano e valutano gli interventi di privati, cooperative, e volontariato, demandandone ai soggetti accreditati l'erogazione sulla base di **buoni servizio** spendibili da parte dei cittadini-utenti attraverso l'esercizio di una scelta che restituisca a questi ultimi *agency* e autonomia ed agli erogatori una maggiore responsabilità nel rispondere sempre meglio alla domanda di interventi e servizi costruita con i piani di intervento personalizzati.

Governare i territori in modo integrato; sostituire gli incentivi alle sanzioni; costruire processi partecipativi basati sull'aumento della circolazione delle informazioni; ridurre i controlli burocratici a favore della valutazione dei risultati prodotti dalle politiche locali in termini di benessere reale della popolazione: sono questi gli elementi portanti di questo ciclo di programmazione regionale. Essi sintetizzano le sfide che abbiamo davanti in un obiettivo principale: lo sviluppo di una cultura della programmazione condivisa tra Ambiti e Regione nella direzione di politiche basate sull'evidenza - che cioè progettino interventi e servizi sulla base di una effettiva rendicontabilità dei risultati raggiunti e di quelli programmabili - e, allo stesso tempo, flessibili - tali, cioè, da poter essere modificate in risposta a nuove evidenze e nuovi risultati. Solo così la programmazione diventa strumento di riflessività e di apprendimento e consente di migliorare la qualità degli interventi e dei servizi, non solo in relazione alla domanda emersa ma anche ai mutamenti in corso. Entro questo quadro di riferimento, costituiscono **opportunità** i nuovi strumenti di cui questo ciclo di programmazione si dota.

Primo strumento è il **SIS** con la **cartella sociale** che accompagna tutto il procedimento di erogazione e integra gli interventi di tutti gli attori del welfare locale e nazionale (cfr. asse strategico "Sistema regionale integrato").

Altro elemento portante di questo ciclo di programmazione regionale, è la definizione di un **nuovo sistema certo di regolamentazione e di tariffazione** dei servizi sociali. In questo ultimo triennio, è stato approvato il nuovo regolamento della legge regionale 23 ottobre 2007, n. 11, (Reg. n. 4/2014) che disciplina con chiarezza le procedure di accreditamento e di autorizzazione per l'erogazione dei servizi sociali. Con il regolamento si è uniformata la procedura sull'intero territorio regionale, indicando i requisiti soggettivi e oggettivi che ciascun soggetto che eroga servizi deve possedere nel sistema delle autorizzazioni. Con la Delibera di Giunta Regionale 23 aprile 2014 n. 107 è stato approvato il Catalogo dei servizi che definisce i requisiti minimi standard e le figure professionali necessarie, così da uniformare l'offerta e garantire ai cittadini campani, in qualunque ambito risiedano, un identico trattamento. Con la DGR 372 del 7 agosto 2015, infine, sono state approvate le tariffe relative ai servizi residenziali e semi-residenziali, determinate con riferimento agli standard strutturali ed organizzativi e funzionali di cui al catalogo (cfr. anche parte IV par. 3.2). Il sistema di tariffazione dei servizi sociali è il momento conclusivo di un processo di regolamentazione che segna un punto di svolta nel sistema dei servizi e degli interventi, perché consente di collocare entro un unico quadro di riferimento i servizi offerti da ciascuno dei soggetti del terzo settore e responsabilizza i comuni associati in Ambiti a operare le necessarie scelte in ordine alla qualità e alla quantità dei servizi programmati.

Un altro elemento è "esogeno" e deriva dal **nuovo sistema di armonizzazione contabile** (legge n.118/2011) che ha obbligato i Comuni ad un mutamento di mentalità con il vincolo di spesa nell'esercizio finanziario di competenza, superando gradualmente la logica delle somme disponibili in conto residui degli anni precedenti. Questa svolta "contabile" ha reso necessario una stringente programmazione dei servizi e dell'allocazione delle risorse a loro copertura, stimolando una efficace gestione finanziaria ed economica. Tale obiettivo certamente è ancora in fieri; a causa del ritardo con cui i ministeri competenti erogano le risorse alle regioni, il conseguente trasferimento avviene purtroppo ancora ad anno inoltrato, con evidenti rallentamenti nelle attribuzioni.

Ulteriore elemento di cui tenere conto è la definizione delle **procedure per la compartecipazione sociosanitaria** portata a compimento nel corso dell'ultimo triennio. La Legge Regionale n.16 del 7 agosto 2014, in recepimento delle indicazioni pervenute con il DCA 119/2013 che ha sancito gli obblighi di programmazione degli Ambiti sociali per la remunerazione della parte sociale delle prestazioni sociosanitarie, stabilisce all'art.1, comma 146, che i comuni singoli o associati devono provvedere, sulla base dei progetti elaborati in sede di U.V.I., alla copertura economica della quota di propria competenza vincolata alle prestazioni socio-sanitarie, prelevando le risorse dal Fondo

Unico di Ambito (FUA). Tale norma ha portato a completamento il quadro procedurale delineato a partire dalla DGR 50/2012 avente ad oggetto “Compartecipazione alla spesa delle prestazioni socio-sanitarie in attuazione del Titolo V della legge regionale 23 ottobre 2007, n.11”, chiarendo definitivamente le fonti per la compartecipazione e le procedure cui gli Ambiti devono attenersi⁵.

Permangono purtroppo ancora i ritardi nel versamento nel FUA della quota capitaria da parte dei Comuni, problema che è necessario risolvere per la corretta gestione del sistema integrato dei servizi.

Sempre con riferimento alla compartecipazione socio-sanitaria, assume rilievo la **nuova normativa nazionale sull’ISEE**, che ha modificato il calcolo dell’indicatore della situazione economica equivalente per quel che riguarda in particolare la composizione del nucleo familiare, le componenti patrimoniali e le entrate esenti ai fini dell’IRPEF (ed esempio le pensioni di invalidità).

Per una piena attuazione è necessario avviare una ricognizione con gli Ambiti e i CAF per verificare come l’applicazione del nuovo ISEE possa mutare le quote di compartecipazione degli utenti. La Regione, allo stato, ha voluto prorogare i precedenti criteri, avviando al contempo una consultazione con l’INPS per raccogliere dati utili a una nuova regolamentazione, a seguito della quale sarà definito un regolamento aggiornato per le strutture socio-sanitarie.

⁵ Per quel che attiene ai criteri per il concorso degli utenti al costo delle prestazioni socio-sanitarie, si rinvia al paragrafo IV.2.3.

II.2 GLI ASSI STRATEGICI DELLA PROGRAMMAZIONE SOCIALE 2016-2018

Sulla base degli elementi emersi dall’analisi del contesto, sono stati individuati quattro assi strategici portanti della nuova programmazione per il triennio 2016-2018 e cioè:

1. Asse strategico “Sistema regionale integrato”
2. Asse strategico “Integrazione con il Sistema socio-sanitario, Disabilità, Non Autosufficienza”
3. Asse strategico “Povertà e Inclusione sociale”
4. Asse strategico “Prevenzione e interruzione del circolo vizioso dello svantaggio sociale”.

Nel seguito, per ciascun asse sono formulati gli obiettivi strategici, con riferimento ai quali sono state individuate le azioni prioritarie per la programmazione dei Piani di Zona, illustrate nella parte III del Piano.

II.2.1 Asse strategico “Sistema regionale integrato”

La prima dimensione strategica individuata è ordinata alla creazione ed al mantenimento delle condizioni ottimali per il buon funzionamento del sistema integrato dei servizi sociali, inclusa l’integrazione delle politiche sociali con quelle sanitarie ed il loro coordinamento con le altre politiche incidenti sulla capacitazione, le opportunità di sviluppo e la qualità della vita delle popolazioni locali nei diversi territori.

All’attuazione di questa strategia concorrono diversi obiettivi, il primo dei quali è ottimizzare gli **assetti organizzativi** dei Comuni che compongono l’Ambito Territoriale, nonché la loro capacità di gestire le funzioni associate, per assicurare a ciascun Ambito una struttura organizzativa in grado di assolvere appieno alle funzioni indispensabili per garantire l’accessibilità ai servizi integrati.

Nell’ambito di un quadro legislativo in continua evoluzione, le forme che i Comuni possono adottare per lo svolgimento associato di funzioni e servizi sono ancora quelle disciplinate dal Decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, Testo Unico delle leggi sull’ordinamento degli enti locali (cfr. Parte IV par. 1.1).

Nel triennio della nuova Programmazione sociale regionale 2016-2018, la Giunta regionale intende rafforzare l’esercizio associato delle funzioni dei comuni e favorire processi di riorganizzazione sovracomunale dei servizi, delle funzioni e delle strutture, in una direzione che garantisca il massimo grado di integrazione tra i comuni, anche attraverso forme di incentivazione da prevedere su un apposito fondo di bilancio dedicato.

Nelle more di una più chiara definizione del quadro, ancora in movimento, degli assetti istituzionali e della ripartizione di materie attribuite alle Regioni, come esito della riforma costituzionale in corso - che rendono anche il quadro normativo regionale suscettibile di novità e modifiche - gli obiettivi della prossima programmazione triennale possono essere così individuati:

- favorire il massimo grado di integrazione tra i comuni, attraverso il potenziamento delle forme associative, sostenendo i processi di aggregazione dei comuni di minore dimensione demografica;

- promuovere le unioni di comuni, senza alcun vincolo alla successiva fusione, prevedendo comunque ulteriori benefici da corrispondere alle unioni che autonomamente deliberino, su conforme proposta dei consigli comunali interessati, di procedere alla fusione;
- promuovere i Consorzi di cui all'art. 31 e 114 del TUEL, anche alla luce degli indirizzi introdotti dalla sentenza della Corte Costituzionale 236 del 24 luglio 2013.

Il secondo obiettivo strategico del prossimo triennio di programmazione è rendere la programmazione territoriale di zona condivisa tra tutte le parti sociali e gli attori del territorio, perché sia quanto più aderente ai bisogni della popolazione locale ed efficace nella sua capacità di rispondere a tali bisogni.

E' necessario dotare i territori di strumenti di ascolto e di **concertazione**, ampliare i luoghi e le occasioni di confronto e concertazione tra tutti gli attori del sistema, non limitandosi a momenti episodici. Confronto e concertazione tra le parti sono da intendersi non solo come vincolo obbligatorio, ma come lavoro di rete e azione di complementarietà tra soggetti diversi che concorrono verso uno stesso obiettivo, fondando il confronto sul perseguimento di un progetto che, per raggiungere risultati efficaci, ha bisogno di una valutazione congiunta dei soggetti in campo. In questo senso, la verifica della realizzazione della concertazione con le parti sociali e gli utenti, continuerà ad essere uno degli elementi necessari per l'approvazione dei piani di zona. La verifica verterà sugli aspetti sostanziali e non solo nella formale verifica di tempi e procedure. Si accompagnerà l'azione degli Ambiti anche con la predisposizione di un format. Il confronto è prioritariamente tra la Regione e gli Ambiti territoriali, ma anche con sindacati, terzo settore, ordini professionali, università, associazioni di utenti e *stakeholders*. In questo contesto, è sufficiente solo accennare che, a seguito dell'approvazione della legge regionale 7 aprile 2015, n. 10 "Promozione e valorizzazione delle cooperative sociali in Campania, in attuazione della legge 8 novembre 1991, n. 381 (Disciplina delle cooperative sociali)", sarà istituito l'Albo regionale delle cooperative sociali, la cui disciplina regolamentare è in corso di approvazione. Si completa così un tassello indispensabile per consentire al sistema della cooperazione sociale di partecipare alla realizzazione degli interventi e dei servizi, in vigenza di un articolato sistema di verifiche e controlli, a garanzia degli utenti e degli stessi soggetti erogatori dei servizi.

Terzo obiettivo per quest'asse strategico è il raccordo tra il nuovo ciclo di programmazione sociale e quello della **programmazione europea 2020**. E' necessario intrecciare gli obiettivi della programmazione regionale con quelli della nuova programmazione europea e rafforzare le capacità dei soggetti beneficiari di provvedere all'attuazione degli interventi e alla rendicontazione della spesa nei tempi e nelle modalità previste dalla Autorità di gestione dei fondi europei. Bisogna apprendere dalle buone prassi della passata fase e riproporre quelle imprescindibili per la programmazione 2014-2020, nel più ampio contesto della programmazione sociale in ordine agli elementi di correlazione e di integrazione operativa ed economica.

Afferisce a quest'asse strategico, infine, l'obiettivo della definitiva messa a sistema del **SIS Sistema Informativo Sociale**, che deve consentire il monitoraggio costante dell'attuazione delle politiche e degli interventi, e la loro valutazione alla luce dei bisogni espressi dall'utenza ed alle caratteristiche più generali del contesto cui sono rivolti.

La prima fase è il completamento del sistema per la presentazione digitale dei piani sociali di zona e del sistema di monitoraggio in itinere degli interventi e della spesa sociale. Se ad oggi il SIS fornisce un vasto patrimonio informativo che offre una solida base di dati da analizzare, è pur vero che questi dati consentono "solo" un'analisi "statica" ed ex post. Avviare il sistema di monitoraggio in itinere consentirà di intervenire in corso d'opera sull'andamento della programmazione sociale e di verificare l'efficacia degli interventi adottati.

Lo strumento strategico fondamentale del SIS è la **Cartella Sociale**, e cioè il sistema di rilevazione degli esiti della presa in carico di utenti e famiglie, in grado di delineare, in maniera integrata e dinamica – a livello di sistema dei servizi socio-assistenziali, di nucleo familiare e di individuo – la situazione socio-assistenziale di coloro che accedono ai servizi e alle risorse territoriali. Soluzioni tecniche e organizzative devono essere fornite per l'integrazione della Cartella Sociale con altri sistemi informativi di livello nazionale ed in particolare le banche dati INPS (Casellario dell'assistenza, ISEE), per supportare sia la singola presa in carico sia la programmazione regionale con analisi approfondite sui bisogni rilevati e le prestazioni sociali offerte - incluse quelle erogate da soggetti esterni al sistema regionale dei servizi – che tengano conto delle caratteristiche sociali, economiche e reddituali degli utenti e delle loro famiglie.

Rientra nella strategia Sistema integrato la promozione in regione Campania dell'utilizzo di titoli per l'acquisto di servizi/prestazioni, sull'esempio dei **Buoni servizio**. Tale strumento consiste in un ticket spendibile dall'utente per l'acquisto di determinati servizi erogati da *caregivers* professionali. Da un lato, il buono servizio rappresenta uno strumento particolarmente interessante per lo sviluppo del sistema integrato dei servizi, perché incentiva i soggetti erogatori a migliorare la loro capacità di risposta mirata ai bisogni, ampliando l'offerta di servizi ed estendendola anche ai bisogni meno diffusi. Inoltre consente un'elevata possibilità di controllo da parte dell'ente pubblico finanziatore sui bisogni dei beneficiari e sulle risposte ad essi forniti. I buoni servizio sono quindi in grado di produrre il progressivo ampliamento della rete professionale, la sua diversificazione e specializzazione, e di determinare un miglioramento della *performance* generale del sistema, in termini di efficacia ed efficienza nell'utilizzo delle risorse.

II.2.2 Asse strategico “Integrazione con il Sistema socio-sanitario, Disabilità, Non Autosufficienza”

Come abbiamo visto, sotto il profilo socio-demografico il territorio campano si configura oggi secondo una struttura fortemente duale, in cui a territori con buona dinamicità dei tassi di natalità e alto tasso di dipendenza giovanile, fanno da contrappeso territori con elevato tasso di invecchiamento della popolazione e altissimo carico di cura dovuto allo spopolamento nelle fasce di età giovanile e forte presenza di anziani e grandi anziani che non possono contare sul sostegno delle reti familiari. Il risultato complessivo, dal punto di vista statistico, fa della regione Campania quella con il minor indice di vecchiaia, tra le regioni italiane. Ma, dal punto di vista socioeconomico, i preoccupanti bassi tassi di attività e di occupazione che richiedono interventi importanti, in termini di politiche di attivazione e di sostegno all'occupazione delle fasce di popolazione in età lavorativa – con attenzione specifica alla componente femminile e giovanile della popolazione – combinandosi con la tendenza allo spopolamento proprio in quelle fasce di età, soprattutto nei territori in cui il carico di cura per la presenza di anziani e grandi anziani è più elevato, rendono strategici l'intervento del welfare sulla disabilità e la non autosufficienza e la integrazione degli interventi sociali con quelli sanitari. In questo scenario, la Regione Campania, attribuisce forte rilevanza, sul piano strategico, alla predisposizione di risposte pubbliche sempre più adeguatamente commisurate ai bisogni di quelle fasce di popolazione che risultano più fragili: persone anziane, persone diversamente abili e con disabilità psichica, di tutte le fasce di età.

Secondo le specifiche esigenze dei territori, bisogna pertanto **sostenere, integrare e sostituirsi alle famiglie** con forme assistenziali specifiche per le persone non autosufficienti, in particolare quelle della quarta e della quinta età, rispetto alle quali sono più carenti i servizi.

Il crescente carico sociale di cura in questo settore ha determinato nello scorso triennio operativo, un incremento delle risorse destinate all'Area Anziani con un valore percentuale che è passato dal 18% della prima annualità di programmazione al 22,73% della seconda.

Tra gli interventi socio-assistenziali programmati nell'area anziani, è rilevante il ruolo dei servizi domiciliari, con un peso percentuale di risorse programmate pari al 46,7% nel precedente triennio, e un incremento significativo del numero di utenti. Ciò conferma il consolidamento del processo di diffusione della domiciliarità volta a favorire la **permanenza in famiglia, la deistituzionalizzazione e la deospedalizzazione** con la conseguenziale non scarsamente rilevante riduzione dei costi e della spesa sanitaria.

La gestione a domicilio di condizioni di non autosufficienza, sostenuta attraverso il rafforzamento, il **consolidamento e l'ampliamento degli interventi di assistenza domiciliare** che tendono a mantenere e salvaguardare ogni abilità residua, garantire i livelli più alti possibili di autonomia, indipendenza e qualità della vita, si conferma essere un obiettivo strategico per il prossimo triennio di programmazione. Il potenziamento dell'assistenza domiciliare rappresenta un'opzione strategica sia perché costituisce un livello essenziale di assistenza sia per le necessarie implicazioni connesse agli indirizzi nazionali del Piano di Azione sull'ADI, del Quadro Strategico Nazionale (QSN) protrattosi fino al 2018 e per la necessità di coordinare e governare le azioni messe in campo dai Comuni attraverso il Piano di Azione e Coesione (PAC) per gli anziani.

Oltre al raggiungimento del target previsto dal piano di Azione per il biennio 2016-2018, di 3,85% di anziani assistiti, è necessario intervenire sulla qualità dei servizi offerti, potenziando l'integrazione delle politiche sanitarie e sociali a favore dei disabili gravissimi. In tal senso è opportuno intervenire sulla formazione permanente degli operatori coinvolti nelle funzioni di

valutazione e nei servizi di cura, sulla definizione delle tariffe, monitorare l'attività delle UVI ed aggiornare gli stessi strumenti di valutazione adottati nel 2012.

A tale proposito, anche alla luce dell'aggiornamento del quadro normativo precedentemente evidenziato (cfr. par. II.1.1), restano confermate le **procedure di valutazione per la presa in carico degli utenti** disposte dalla DGR n. 50/2012, che all'Allegato 1, punto 5 prevede le Modalità di valutazione congiunta delle UVI ed in particolare:

“I comuni associati in ambiti territoriali e le AA.SS.LL. di riferimento:

- sottopongono a valutazione congiunta delle Unità di Valutazione Integrata tutti i casi attualmente in carico ai servizi sanitari o sociali nei confronti dei quali viene erogata una prestazione sociosanitaria che produce un onere a carico dei soggetti pubblici, e a modificare, se del caso, la prestazione attuale in una prestazione maggiormente appropriata, tenendo conto anche dei relativi costi e della necessità di contenimento della spesa;
- sottopongono a valutazione congiunta delle Unità di Valutazione Integrata tutti i nuovi casi di utenti con bisogni complessi, e dei quali sia quindi necessario valutare la necessità di un servizio di tipo socio-sanitario;
- individuano per la partecipazione alle Unità di Valutazione Integrata rappresentanti dell'ente che siano dotati del potere di disporre delle risorse economiche e che quindi possano effettivamente impegnare l'ente alla relativa erogazione;
- considerano obbligatoria la partecipazione alle Unità di Valutazione Integrata e necessario l'assenso del rappresentante di ogni ente al progetto individuale concertato nell'UVI stessa, ai fini dell'erogazione della prestazione e della relativa assunzione di spesa. Nel caso in cui il rappresentante dell'Ambito, formalmente convocato, risulti assente a due sedute consecutive delle UU.VV.II., la A.S.L. procederà alla valutazione dell'assistito e le relative risultanze sono vincolanti ai fini della compartecipazione.”

Una opzione strategica da sviluppare nel prossimo triennio per il potenziamento degli interventi domiciliari è rappresentata dagli **assegni di cura** a favore dei disabili e degli anziani, misura sperimentata con successo fin dal 2013 e attualmente a regime nel sistema di offerta dei servizi sociosanitari, attraverso sia i Piani di Zona che un nuovo Programma a titolarità regionale condiviso con la Sanità come previsto con DD n.442 del 7 agosto 2015 sul riparto del Fondo sulle Non Autosufficienze. Beneficiari sono tutte le persone affette da patologie gravissime come la SLA o l'Alzheimer (con compromissione delle funzioni vitali e necessità di assistenza continua e vigile nelle 24 ore), a seguito di valutazione sociosanitaria del bisogno assistenziale ed alla elaborazione di progetti personalizzati da parte delle UVI. Per le sue caratteristiche, l'assegno di cura non rappresenta un semplice contributo economico, ma una vera e propria componente sociale delle prestazioni sociosanitarie, che permette di rispondere in tempi rapidi alle gravi condizioni di bisogno assistenziale degli ammalati valorizzando il peso e la qualità del lavoro di cura svolto da un familiare di fiducia dell'ammalato, ed evitando le criticità del *turn over* degli operatori oltre che i tempi amministrativi delle procedure di appalto.

Lo sviluppo degli assegni di cura s'interseca in linea più generale con le strategie per combattere la povertà. Il sostegno economico ai familiari che assumono il carico di cura, infatti, serve a contrastare le situazioni di indigenza economica che troppo spesso ne derivano, favorendo ad esempio l'acquisto di beni e servizi, strumenti o ausili tecnologici che non sono forniti dal SSN, ma necessari alla qualità di vita dell'ammalato. Saranno proposte indicazioni regionali sociosanitarie sempre più dettagliate per sopperire alle iniziali criticità di applicazione, oltre che iniziative di sensibilizzazione degli Ambiti e degli stessi disabili per una corretta interpretazione della misura.

Per le persone anziane e/o disabili più carenti di supporto familiare, e per i soggetti con particolari fragilità, l'obiettivo strategico per il prossimo triennio di programmazione è individuare la risposta più appropriata ai bisogni nelle diverse e concrete situazioni, anche attraverso interventi di welfare comunitario. Devono essere in primo luogo sostenuti i percorsi di **mantenimento, recupero o sviluppo dell'autonomia personale e sociale**, e ridotte le condizioni ed i rischi di emarginazione ed isolamento, anche attraverso forme di assistenza semiresidenziale e/o residenziale innovative e sperimentali, sul genere delle esperienze di *co-housing* previste dalle Linee Guida del Ministero delle politiche sociali per la presentazione di progetti sperimentali in materia di vita indipendente (ed inclusione nella società delle persone con disabilità (2015).

E' considerato prioritario anche il potenziamento dei servizi che erogano prestazioni residenziali con un livello medio di protezione sociale e un livello basso di assistenza sanitaria, appropriate ai

bisogni delle persone non autosufficienti che non presentano condizioni di gravità, ma sono prive di un adeguato sostegno familiare e richiedono un alto grado di assistenza tutelare e interventi prevalentemente di tipo socio-assistenziale capaci di facilitare il recupero dell'autonomia psicofisica.

In presenza di bisogni più complessi e di elevato grado di non autosufficienza, è fondamentale valutare accuratamente il grado di tutela e di assistenza sanitaria necessarie, e garantire l'accoglienza residenziale in strutture residenziali sociosanitarie, per anziani e disabili, o in strutture protette per coloro che necessitano di una elevata protezione sociale, o che si trovano in una condizione di particolare fragilità, per prevenire l'acuirsi di condizioni di dipendenza o per contrastare situazioni di sfruttamento e di violenza.

Nell'ambito degli obiettivi per la Disabilità e non la Non autosufficienza assumono inoltre valenza strategica gli interventi mirati al “**Dopo di Noi**”, volti cioè a garantire i bisogni fondamentali delle persone con disabilità nella fase particolarmente critica in cui la rete familiare di supporto e assistenza non è più in grado di prendersi cura della persona disabile.

La legge di stabilità per il 2016 – nella versione attualmente in discussione in Parlamento – finanzia la Legge per il “Dopo di Noi” per sostenere le famiglie nella prevenzione e gestione del problema di che cosa sarà della vita del congiunto disabile dopo la morte dei genitori. In tale direzione, devono essere assicurati percorsi di autonomia in grado di rendere il disabile progressivamente autosufficiente anche in vista della perdita di sostegno familiare, attraverso servizi e interventi che, nel rispetto della sua dignità, consentano di vivere senza l'appoggio della propria famiglia, ed in particolare:

- la realizzazione di centri socio-riabilitativi, di comunità-alloggio e altri servizi di comunità e di accoglienza;
- l'inserimento presso famiglie o strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare.

II.2.3 Asse strategico “Povertà e Inclusione sociale”

Il peggioramento delle condizioni di vita di ampie fasce della popolazione, verificatosi in conseguenza della crisi economica a partire dal 2008, rende improcrastinabile l'adozione di misure di contrasto alla povertà, in grado di fornire risposte tempestive ai bisogni essenziali delle persone fragili in condizioni di estrema difficoltà, sia sul versante del sostegno al reddito che su quello, non meno importante, della creazione di opportunità di inserimento sociale per quei cittadini che si trovano in condizione di difficoltà e per i quali è necessario favorire l'attivazione di tutte le risorse personali, familiari e comunitarie per conquistare il massimo livello di autonomia possibile.

Secondo le rilevazioni EUROSTAT, dal 2008 al 2014 l'Italia ha visto crescere del 2,8% il numero delle persone a rischio povertà e la percentuale è arrivata al 28,1% del totale dei cittadini della Penisola. Si tratta del sesto maggior incremento tra i 28 paesi dell'Unione. Sono aumentati dal 18,7% al 19,6% gli italiani che vivono in famiglie a basso reddito, ma soprattutto sono aumentati i più indigenti che salgono dal 7,5% all'11,5% e coloro che si ritrovano in una situazione familiare a “bassa intensità di lavoro” che passano dal 9,8% al 12%. E, come già visto (cfr. par. II.1.1), la Campania è tra le regioni italiane con l'incidenza più elevata di individui e famiglie in condizione di povertà assoluta e relativa.

Per concorrere alla realizzazione della strategia di Europa 2020, è necessario perseguire l'obiettivo della riduzione della povertà assoluta anche attraverso l'erogazione di **contributi economici**, cui associare misure di accompagnamento. A livello nazionale, una specifica innovazione viene introdotta, in tale direzione, dalla legge di Stabilità per il 2016, così come proposta al Parlamento dal Governo, che contiene misure finalizzate all'adozione, con cadenza triennale, di un Piano nazionale per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale e istituisce tal fine un fondo presso il Ministero del lavoro al quale sono assegnati 600 milioni di euro per il 2016 e 1.000 milioni di euro a partire dal 2017. Il Fondo finanzia la legge delega sulla povertà, prevista come collegato alla legge di stabilità. La legge dovrebbe prevedere in prima attuazione misure volte all'estensione del già sperimentato Sostegno per l'Inclusione Attiva (SIA) e mirate alle famiglie con minori ed introdurre quindi, gradualmente, strumenti da generalizzare, nei limiti delle risorse disponibili, e inserire nei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali. Viene poi istituito, in via sperimentale, un altro fondo destinato a contrastare la povertà educativa, alimentato da versamenti effettuati dalle fondazioni bancarie.

Nella programmazione degli interventi locali, che dovrà prevedere l'integrazione con le eventuali misure previste dal Piano nazionale, le forme di supporto dovranno essere improntate ad una logica di "attivazione" delle Amministrazioni, delle comunità e dei beneficiari, prevedendo misure e strumenti di accompagnamento e attivazione delle responsabilità di ciascuno dei soggetti coinvolti (progetto individualizzato, "contratto", ecc.).

Come è stato osservato, anche sulla scorta della valutazione della sperimentazione del Reddito di Cittadinanza in Regione Campania, "rompere il circolo vizioso tra assistenzialismo (degli Enti erogatori) e dipendenza (dei beneficiari) è condizione e non esito del superamento dei limiti che fanno apparire destinate al fallimento queste politiche nei contesti cosiddetti difficili, come quelli caratterizzati da alta intensità di economia sommersa e debole cultura della legalità."⁷ Ciò significa che per interrompere la spirale tra assistenzialismo e dipendenza ciascuno dei soggetti coinvolti – nella programmazione, nella progettazione dei piani personalizzati, nella erogazione e nella fruizione degli interventi e dei benefici - deve assumersi le proprie responsabilità al riguardo e modificare innanzitutto il proprio modo di operare e l'atteggiamento nei confronti dell'altro che a quel modo di operare si è adattato. In quest'area d'intervento il cambiamento di prospettiva richiamato in *Premessa* diventa cruciale. Si tratta di assumere in pieno, da parte degli Ambiti, le responsabilità di indirizzo e coordinamento, nella programmazione, nel controllo e nel monitoraggio come nella valutazione degli interventi, attrezzandosi a:

- governare le politiche in modo integrato. Se alle già scarse opportunità d'inserimento lavorativo, si aggiunge la frammentazione delle misure facenti capo a istituzioni e agenzie diverse per il sostegno dei soggetti più vulnerabili, l'assenza di un coordinamento tra i diversi decisori e operatori (per la salute, l'istruzione, il lavoro, la formazione professionale e l'assistenza sociale) continuerà a incidere in maniera sistematica nel riprodurre condizioni di esclusione e nel cronicizzare la povertà.
- ridurre gli strumenti coercitivi e aumentare quelli che incentivano i comportamenti considerati virtuosi. Gli strumenti coercitivi inaspriscono le asimmetrie informative che i sistemi di controllo centralizzati non riescono a superare (il lavoro nero non sarà mai visibile all'INPS e i correttivi all'ISEE affidati a formule algoritmiche hanno già mostrato di essere un'arma spuntata nell'attuazione del Reddito di Cittadinanza, producendo l'effetto inintenzionale, ma perverso, di premiare proprio i comportamenti meno virtuosi). Gli incentivi positivi generano invece un circolo virtuoso che generalizza la fiducia e legittima l'intervento pubblico.

⁷ Maria Carmela Agodi e Giuseppe Luca De Luca Picione, "L'esperienza del reddito di cittadinanza in Campania", in Elena Granaglia e Magda Bolzoni (a cura di), *Il reddito minimo di inserimento. Analisi e valutazioni di alcune esperienze locali*, Quaderno CIES 2010.

- costruire processi partecipativi basati sull'aumento delle informazioni (sui servizi e chi li eroga, con le rispettive Carte dei Servizi) e delle forme di comunicazione diretta dei cittadini (anche attraverso la valorizzazione delle piattaforme informatiche). Entro tale prospettiva la partecipazione diventa il fondamento procedimentale delle politiche "attive", facendo dell'erogazione monetaria non una contropartita per la sottoscrizione, da parte del destinatario, di un qualunque "impegno", ma una condizione di capacitazione: la temporanea liberazione dai vincoli imposti dal bisogno economico che consente di partecipare alla definizione di un progetto di acquisizione di capacità e risorse di autonomia, concordato con l'amministrazione perché ne garantisca la perseguibilità. ⁸

- sostituire i controlli burocratici con la valutazione dei risultati prodotti dalle politiche locali in termini di benessere reale della popolazione. In tale valutazione, alla logica meramente fattuale (che sembra imporsi ancora come modello prevalente) sarà opportuno applicare strumenti di metodologia valutativa più sensibili alla varietà dei meccanismi di produzione e riproduzione della povertà al variare dei contesti economico-sociali, che evidenziando quali strumenti funzionano in quali contesti e per quali tipologie di beneficiari, consentano di disegnare – riflessivamente – politiche più adeguate alle specificità territoriali.

L'azione di sostegno al reddito dovrà essere affiancata dalla programmazione di azioni di inclusione attiva delineate nell'ottica di quanto indicato dagli strumenti di programmazione dei fondi strutturali e quindi saranno implementabili:

1. Servizi sociali innovativi di sostegno a nuclei familiari multiproblematici e/o a persone particolarmente svantaggiate o oggetto di discriminazione [es. adozione sociale, tutoraggio, mediazione familiare e culturale, "centri territoriali per la famiglia", prevenzione dell'abuso e del maltrattamento intra-familiare, e della violenza].

2. Progetti di diffusione e scambio di *best practices* relativi ai servizi per la famiglia ispirati anche al modello della sussidiarietà circolare.

3. Azioni di sostegno a persone in condizione di temporanea difficoltà economica anche attraverso il ricorso a strumenti di ingegneria finanziaria.

In questa chiave, assumono significato operativo i concetti di *welfare generativo*⁹ e di *social investment welfare*¹⁰. Occorre aggiungere valore alle risorse messe in campo con strategie capaci di produrre sinergie, rendere più fluida la circolazione e l'attivazione delle risorse nascoste e generarne nuove, responsabilizzando ciascuno e valorizzandone il contributo. E' possibile trasformare i costi in investimenti sociali se si rovescia l'ottica "assistenzialistica" ed il beneficiario non è visto come destinatario passivo di un intervento, ma come soggetto in grado di attivarsi, per "rigenerare" risorse di autonomia e *capacitazione*. Azioni strategiche necessarie per affrontare le sfide del welfare generativo e adottare criticamente le suggestioni del paradigma del *social investment* sono:

- Verificare l'attuale sistema dell'offerta di servizi e la distribuzione della spesa sociale in modo da facilitare scelte necessarie per passare da una mera logica di spesa a una logica di investimento (ridurre la frammentazione della spesa, favorire l'integrazione degli interventi e dei servizi)
- Analizzare i processi di presa in carico professionale per misurare il potenziale di generatività conseguibile con il concorso dei beneficiari;
- Ridefinire i processi di erogazione e i loro contenuti per migliorare l'efficacia e il rendimento dell'offerta dei servizi e i suoi esiti;
- Sperimentare, con riferimento ai diversi bisogni, pratiche di valorizzazione dell'apporto delle persone, delle famiglie e delle comunità locali.

Da questo punto di vista sono buone prassi quelle che si traducono in:

8
Maria Carmela Agodi, "Procedimenti amministrativi e professioni sociali nel mutamento delle politiche di sostegno al reddito", <i>Quaderni di sociologia</i> , XLVII, 31, 200, p.59.
9
Rapporto della Fondazione Zancan, <i>Vincere la povertà con un welfare generativo. La lotta alla povertà</i> , Il Mulino, 2012;
M. Magatti, C. Giaccardi, <i>Generativi di tutto il mondo unitevi. Manifesto per la società dei liberi</i> , Feltrinelli, 2014
10
N. Molier, B. Palier, J. Palme (eds.) <i>Towards a Social Investment Welfare State? Ideas, Policies and Challenges</i> , Policy Press, 2012

- erogazione di prestazioni appropriate (dove la programmazione ha funzione di calibrare e creare, ove non esista, l'offerta sulla base della domanda effettivamente rilevata e la progettazione di rendere esplicita la domanda implicita)

- personalizzazione dell'aiuto, che eviti la standardizzazione delle risposte e gli effetti recessivi della burocratizzazione delle erogazioni

- concorso al risultato e incontro delle responsabilità (tra operatori, persone aiutate e loro familiari) Compito primario dei servizi sociali territoriali diventa stimolare azioni sinergiche di "concorso al risultato", integrando le capacità delle persone, delle famiglie, delle organizzazioni solidali e produttive per promuovere sviluppo umano e sociale e una cittadinanza più solidale.

Le capacità professionali e non professionali sono un punto di partenza necessario, a cui aggiungere il valore delle risorse di rete e di comunità, consapevoli che senza responsabilità condivise le azioni non alimentano il capitale sociale nei territori e consumano risorse pubbliche senza rigenerarle. La valorizzazione delle capacità operative dei servizi sociali – spesso provati essi stessi dalla crisi – passa attraverso la costruzione di collegamenti virtuosi finalizzati a introdurre variazioni nei processi operativi e nel funzionamento dei microsistemi organizzativi, per andare oltre la crisi¹¹. È un passaggio necessario per cambiare le politiche sociali assistenziali, promuovendo l'incontro tra le responsabilità e le capacità e contrastare la passività e la dipendenza, che tengono lontani i nostri territori da una cittadinanza più solidale e da quella fiducia generalizzata - fiducia cioè nella collettività sociale e nelle istituzioni - necessaria per rigenerare le risorse, finanziarie e soprattutto umane, a disposizione della collettività.

Il secondo obiettivo strategico riguarda gli interventi e le misure per **facilitare l'inclusione e**

l'autonomia dei soggetti deboli. In particolare, deve essere favorita e sostenuta l'inclusione nel mondo del lavoro delle persone con disabilità, e il loro *empowerment* attraverso il rafforzamento delle capacità e competenze personali e la partecipazione alla vita della comunità, anche seguendo le indicazioni contenute nelle *Linee Guida del Ministero delle politiche sociali per la presentazione di progetti sperimentali in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità (2015)* ed al redigendo Programma regionale di politica attiva che prevede misure in favore dell'occupabilità delle persone con disabilità.

Il concetto di vita indipendente rappresenta, per le persone con disabilità, la possibilità di vivere la propria vita come qualunque altra persona, prendendo le decisioni riguardanti le proprie scelte con le sole limitazioni che possono incontrare le persone senza disabilità. Non si tratta necessariamente di vivere una vita per conto proprio o dell'idea della semplice autonomia, ma ha a che fare con l'autodeterminazione delle persone con disabilità, riverberandosi anche sull'ambito familiare della persona interessata.

Vita indipendente e libertà di scelta sono strettamente connesse all'inclusione delle persone con disabilità nella società. Va ricordato come l'articolo 19 della Convenzione ONU ("Vita indipendente ed inclusione nella società") disponga che gli Stati Parti riconoscono "il diritto di tutte le persone con disabilità a vivere nella società" (community), con la stessa libertà di scelta delle altre persone, grazie a "misure efficaci ed adeguate al fine di facilitare il pieno godimento da parte delle persone con disabilità di tale diritto e la loro piena integrazione e partecipazione nella società".

L'inclusione e l'autonomia dei soggetti deboli vanno promossi anche individuando aree di sviluppo innovative, sul tipo delle "**fattorie sociali**", disciplinate in regione Campania dalla L.R. n. 5 del 30 marzo 2012 e dal Regolamento n. 8 del 25 novembre 2012: imprese economicamente e finanziariamente sostenibili condotte con etica e responsabilità verso la comunità e l'ambiente, in cui l'attività produttiva è integrata dall'offerta di servizi culturali, educativi, assistenziali, formativi ed occupazionali a vantaggio di particolari categorie svantaggiate (disabili, anziani, ex detenuti, ex tossicodipendenti, ecc.) in collaborazione con le istituzioni pubbliche e con il terzo settore (si veda parte III par. 5.1).

11

F. Olivetti Manoukian, *Oltre la crisi. Cambiamenti possibili nei servizi sociosanitari*, Guerini e associati, 2015

Anche i **progetti terapeutico-riabilitativi sostenuti da budget di salute-PTRI** - disciplinati dall'articolo 46 della legge regionale 27 gennaio 2012, n. 1.e dall'articolo 7, comma 5, della legge regionale n. 7 del 16 aprile 2012, nelle modalità operative indicate dalla DGR 483 del 21/09/2012.- costituiscono una modalità alternativa di erogazione di prestazioni sociosanitarie a favore di cittadini in condizioni di fragilità e/o non autosufficienza (persone con problemi psichiatrici, tossicodipendenti, disabili fisici, psichici e sensoriali), di cui sostengono i percorsi di inclusione sociale. Nell'ambito delle politiche regionali per l'inclusione sociale assumono un ruolo strategico quelle a favore delle **persone detenute, internate e prive della libertà personale**.

In Campania vi sono 17 istituti penitenziari per adulti che, su una capienza di 6.067 posti, ospitano 6.856 persone (6512 uomini - 344 donne). I detenuti stranieri sono 838, pari al 12% della popolazione detenuta. Le donne sono pari al 5% dei detenuti presenti. Per quanto riguarda la posizione giuridica, i detenuti condannati in via definitiva sono 3.654, in attesa di giudizio sono 1.415, i condannati in via non definitiva sono 1.678. Complessivamente in Campania vi è circa il 20% della popolazione nazionale detenuta.

Gli istituti di dimensioni più grandi sono la Casa Circondariale di Poggioreale (1.985 presenti) e la Casa Circondariale di Napoli "Secondigliano" (1.316), la Casa Circondariale di Santa Maria Capua Vetere (894). Sono di dimensioni medio-grandi gli istituti di Avellino Bellizzi (562 presenti), Benevento (418), Carinola (415), Salerno (405). La casa circondariale di Pozzuoli ospita solo donne (176) ed è l'istituto penitenziario femminile più grande in Italia. Gli internati presenti negli OPG (ad Aversa e Napoli sono ridotti a 78 unità) costituiscono un dato residuale, in considerazione della loro prossima definitiva chiusura.

Oltre i dati sulla popolazione adulta, occorre considerare i dati relativi ai minori detenuti negli IPM di Nisida ed Airola, nonché i dati relativi ai minori in affidamento ai servizi. Attualmente a Nisida sono presenti 48 minori, ad Airola 30.

Sulla base di questi dati e sull'analisi dei trend di andamento della popolazione detenuta adulta nell'ultimo triennio, si può affermare che via sia una lieve inversione di tendenza, dopo lo stato di emergenza proclamata dal Governo nel 2010, con una riduzione della popolazione detenuta. Pur registrandosi, dunque, una presenza di detenuti superiore alla capienza ufficiale, appaiono almeno ridotte le problematiche connesse al sovraffollamento. Non per questo la situazione del sistema penitenziario nel suo insieme è da considerarsi meno delicata e meno bisognosa di un articolato intervento multidisciplinare.

L'azione di intervento è disciplinata dall'articolo 34 della legge regionale n.11/2007 che attribuisce alla Regione un ruolo prevalente, in considerazione di una azione che, evidentemente richiede, per le dimensioni e la tipologia di intervento, una titolarità regionale.

In base alla norma, la Regione, in accordo con il Ministero della giustizia, nelle sue diverse articolazioni, con gli enti locali e con i soggetti interessati promuove iniziative a favore della popolazione adulta detenuta, internata e priva di libertà personale sulla base dei seguenti criteri:

- a) realizzazione di politiche tese al reinserimento sociale e lavorativo di detenuti ed ex detenuti;
- b) sostegno al miglioramento delle condizioni di vita dei detenuti nelle carceri mediante attività di preparazione professionale, sportive, culturali, ricreative e progetti di attività lavorative intramurarie;
- c) promozione di progetti di sostegno alle famiglie e di mediazione fra vittime e autori di reato;
- d) promozione di progetti mirati a rispondere a bisogni specifici di particolari tipologie di persone detenute, quali popolazione femminile, donne con figli, immigrati non comunitari, persone con problemi di dipendenza, detenuti che necessitano di un particolare trattamento rieducativo in relazione al tipo di reato commesso.

Gli indirizzi normativi sono molto chiari e delineano la necessità di un intervento che cominci nella fase c.d. intra-muraria per consentire che i processi di inclusione sociale siano attivati già nella fase iniziale della detenzione.

Tra i suoi obiettivi strategici per il prossimo triennio di programmazione, la Regione, di concerto con il Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria ed in base a priorità da individuarsi congiuntamente, con il coinvolgimento del Centro servizi sociali per adulti, Ambiti Territoriali, Magistratura di Sorveglianza, Terzo Settore - anche alla luce delle Regole Penitenziarie Europee del Consiglio d'Europa che sottolineano come la vita in carcere dovrebbe avvicinarsi "il più possibile agli aspetti positivi della vita nella società libera" (Regola 5) e che tutta la detenzione dovrebbe "essere gestita in modo da facilitare il reinserimento nella società libera delle persone che sono state private della libertà" (Regola 6) – promuove le seguenti linee di intervento, calibrate in modo differenziale in base alla tipologia di detenuti (minori, stranieri, donne, tossicodipendenti) e alle caratteristiche degli istituti penitenziari:

- interventi socio-formativi delle persone in esecuzione penale, per qualificare l'elemento rieducativo e di recupero sociale come asse portante di sviluppo delle misure di detenzione.
- Interventi sociali destinati a promuovere le condizioni detentive e le attività delle persone detenute attraverso il sostegno ad iniziative progettuali promosse congiuntamente da Amministrazione penitenziaria-Terzo Settore.
- Interventi di mediazione culturale finalizzati a garantire reali possibilità di inclusione e tutela dei diritti ai detenuti stranieri, valorizzando i modelli di mediazione già sperimentati nell'ultimo triennio.
- Interventi rivolti alla popolazione detenuta femminile, volti a garantire la tutela della maternità e il mantenimento delle relazioni essenziali, il rispetto delle differenze di genere e a ridurre forme di discriminazione correlate alla condizione di vulnerabilità.
- Interventi volti a favorire la cooperazione tra tutti i soggetti istituzionali competenti in materia e gli attori del privato sociale, anche attraverso forme di coordinamento permanente e gruppi di lavoro congiunti.
- Interventi sperimentali che favoriscano il sostegno a modelli penitenziari di custodia attenuata.

Come detto, nel rispetto del principio di leale collaborazione istituzionale e in un'ottica di sinergia delle risorse pubbliche, gli interventi realizzati nel triennio saranno condivisi con il Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria.

Infine, per la strategia di contrasto alla povertà è centrale l'obiettivo di fornire risposta adeguata alle situazioni di **grave emarginazione adulta**, ed in particolare ai senza fissa dimora che sono portatori di un bisogno indifferibile e urgente e devono essere collocati quanto prima in una

sistemazione alloggiativa adeguata, dalla quale ripartire per la realizzazione di un percorso di inclusione sociale. L'approccio residuale all'emergenza sociale deve essere superato in favore di un approccio «housing first», che permette anche una riduzione dei costi sociali ed economici degli interventi, in cui la casa viene prima di tutto il resto nel percorso personalizzato di accompagnamento verso l'autonomia.

In analogia alle emergenze che connotano situazioni di grave emarginazione vanno poi programmati interventi analoghi rivolti alle **popolazioni Rom, Sinti e Caminanti**, così come previsto anche nell'ambito della Strategia Nazionale RSC. La modalità «housing first» può essere la strada da percorrere anche in quest'ambito, ponendo particolare attenzione ad evitare situazioni di «concentrazione del disagio» favorendo dunque percorsi di inserimento in modalità diffusa e laddove possibile in comunità con una bassa concentrazione demografica.

Tra gli obiettivi strategici è infine da annoverare l'inclusione sociale, culturale, sanitaria e lavorativa degli stranieri che vivono in regione Campania. In particolare attraverso la **mediazione culturale**, è indispensabile intervenire nelle situazioni di disagio/pericolo/conflicto da cui possono scaturire atteggiamenti di chiusura ed esclusione sociale nei confronti dei soggetti appartenenti a culture differenti, facilitarne l'accesso ai servizi e alle altre opportunità territoriali e includerli pienamente nel godimento dei diritti di cittadinanza.

II.2.4 Asse strategico “Prevenzione e interruzione del circolo vizioso dello svantaggio sociale”

La prospettiva dell'investimento sociale in una regione come la Campania dove lo svantaggio sociale rischia di riprodursi, per la forte incidenza che la povertà assume nelle famiglie con minori ed in quelle dove le dimensioni del disagio e della povertà si cumulano (c.d. famiglie multiproblematiche), fa assumere rilievo strategico agli interventi su quelle situazioni che, se non affrontate tempestivamente, potrebbero produrre ulteriore marginalità ed esclusione sociale.

Azioni strategiche di prevenzione, primaria, secondaria, terziaria e quaternaria¹², devono essere prioritariamente predisposte con riferimento alle aree “Infanzia ed adolescenza” e “Responsabilità familiari”, per la migliore gestione delle problematiche relative ai minori ed alle loro famiglie.

Analizzando la programmazione sociale effettuata dagli Ambiti Territoriali della Regione Campania, emerge un dato significativo: nella prima annualità del PSR 2013 -2015 le risorse destinate agli **interventi per i minori** ammontano al 19.7% del totale delle risorse assegnate (che sale al 26.9% se agli interventi programmati a favore dei minori aggiungiamo quelli a favore delle famiglie). Nella seconda annualità si registra un leggero incremento: 21.8% le risorse programmate a favore dei minori (27.5% unendole a quelle a favore degli interventi per la famiglia). Questi dati mostrano comunque, un **investimento insufficiente** a favore della popolazione minorile nella regione che, sulla base dei dati già riportati, è la più giovane tra quelle italiane, con un'età media di 41,5 anni contro i 44,4 della media nazionale e un tasso di dipendenza giovanile secondo solo al Trentino Alto Adige. Entrando poi, nel dettaglio della tipologia dei servizi programmati per l'area Minori nella II annualità di attuazione del PSR 2013 - 2015, si osserva come ben il 40.72% delle risorse sia “fagocitato” dai servizi residenziali e, quindi, dal pagamento delle rette per i minori allontanati dal loro nucleo familiare (tale percentuale raggiunge l'apice del 44.75%, per la provincia di Napoli).

Tali dati denotano uno scarso utilizzo sul territorio della pratica di **presa in carico della famiglia**.

Investire nell'infanzia significa investire sulla famiglia attraverso un programma globale e integrato della presa in carico della famiglia al fine di favorire il benessere del minore.

A questo proposito si richiama la raccomandazione della Commissione Europea del 23 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”.

La strada per un miglioramento delle politiche consiste nel valorizzare il quadro legislativo esistente e le buone pratiche sviluppate nel corso degli anni.

A tal fine appare importante che gli Ambiti territoriali capitalizzino i risultati conseguiti con l'intervento di **Adozione Sociale** – Sostegno Precoce alla Genitorialità – (deliberazione n. 2063 del 13 dicembre 2006) attraverso la riproposizione e la rielaborazione del modello di presa in carico

del nucleo familiare, per ridurre significativamente i rischi di allontanamento del bambino o del ragazzo dalla famiglia e/o di rendere l'allontanamento, quando necessario, un'azione fortemente limitata nel tempo facilitando i processi di riunificazione familiare. In questo modello, le famiglie con figli minori vengono sostenute in maniera intensiva, rigorosa e per tempi definiti, e possono così apprendere nuovi modi di essere genitori, di stare insieme, di gestire il loro quotidiano. Allo scopo di migliorare l'efficacia degli interventi è necessario:

12 Prevenzione Primaria: è focalizzata sull'adozione di interventi e comportamenti in grado di evitare o ridurre i fattori di rischio.
Prevenzione precocemente sulla stessa, ma non evitando o riducendone la comparsa. La precocità di intervento consente di migliorare la situazione e ridurre gli effetti negativi.
Prevenzione Terziaria: è relativa alla prevenzione degli esiti più complessi, della degenerazione e cronicizzazione. La prevenzione in questo caso è quella delle complicanze, delle probabilità di "ricaduta".
Prevenzione quaternaria è un termine mutuato dalla medicina generale che si riferisce ai rischi di iper-medicalizzazione e, che, riferita agli interventi sui minori, vuole ridurre, anticipando gli interventi, il ricorso alla istituzionalizzazione.

- rafforzare e promuovere l'integrazione tra tutti i sistemi che si interessano della protezione e tutela del minore: sociale, sanitario, scolastico, formativo, della giustizia e delle pari opportunità;
- assumere come visione di riferimento del fenomeno della negligenza familiare l'ecologia dello sviluppo umano, quindi l'unitarietà dei bisogni di crescita di ogni bambino compreso nel suo mondo di relazioni;
- integrare il modello di adozione sociale con interventi di educativa domiciliare e con i centri per le famiglie.

Attualmente il contesto campano di offerta di **servizi socio-educativi per la prima infanzia** è caratterizzato da un'apparente divergenza tra lo stato di diffusione dei servizi (indicatore S04) e la capacità di soddisfare i bisogni dell'utenza (indicatore S05). Mentre la Campania sembrerebbe aver raggiunto un livello soddisfacente di offerta, è ben lontana dal raggiungere il target per la presa in carico dell'utenza.

Gli sforzi della Regione, anche in coerenza con le indicazioni del PAC, sono pertanto concentrati sulle attività che possano impattare direttamente sull'indicatore S05: "presa in carico degli utenti dei servizi per l'infanzia", promuovendo l'attivazione di servizi di cura per l'infanzia nelle aree e territori ad oggi sprovviste, con particolare attenzione ai grandi centri urbani e agli ambiti rurali.

Per ciò che concerne il **maltrattamento e l'abuso sui minori**, gli obiettivi per il prossimo triennio di programmazione sono:

1. favorire l'emergere dei fenomeni di maltrattamento e abuso nei confronti dei minori;
2. assicurare la tempestiva individuazione e la presa in carico precoce ed integrata dei minori attraverso gli strumenti di tutela;
3. uniformare gli interventi assistenziali ed i procedimenti diagnostici terapeutici;
4. integrare le attività tra operatori di ambiti diversi;
5. individuare ed ottimizzare le risorse specifiche dei servizi pubblici e del privato

Il lavoro di rete è la metodologia cardine per programmare, organizzare e verificare gli interventi: deve prevedere un'articolazione territoriale capillare e coinvolgere le famiglie, gli operatori dei servizi sociali e sanitari territoriali, gli operatori dei servizi educativi e scolastici, le forze dell'ordine, la magistratura e le figure significative che vengono a contatto con il minore.

Per far ciò è necessario rafforzare la rete integrata dei servizi per la prevenzione e la cura del maltrattamento e abuso a danno di minori, anche in collegamento con la più ampia rete dei servizi (consultori e centri antiviolenza, SERT, ecc.), attraverso il lavoro di equipe multidisciplinari e prevedendo interventi integrati, tempestivi ed appropriati.

Gli Ambiti Territoriali sono inoltre chiamati a potenziare le misure legate **all'affido**. I dati che emergono dalla *"Rilevazione dei bambini e degli adolescenti fuori dalla famiglia di origine, in affidamento familiare o accolti in strutture residenziali della Campania al 31/12/2013"*¹³ mostrano come l'affido sia di fatto, in Campania, un intervento residuale rispetto ad altre opzioni: ogni tre minori collocati all'esterno della cerchia familiare e parentale, due sono in servizi residenziali e uno in affido. E questa prassi si è affermata nonostante la legge 184/1983 *"Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori"* preveda che l'affido familiare debba essere la prima scelta, e ci si

debba rivolgere alle comunità di tipo familiare soltanto in seconda battuta. Non solo gli affidi diminuiscono, ma quelli esistenti durano troppo a lungo, togliendo così all'istituto le originarie caratteristiche di aiuto temporaneo. In tal modo l'istituto dell'affido familiare viene snaturato e non è più uno strumento per offrire a una famiglia in difficoltà l'occasione per risollevarsi in modo concordato, ma quasi una scelta estrema per assestare, con la sottrazione del figlio, il colpo di grazia a genitori già pesantemente provati.

¹³ Da alcuni anni le Regioni e le province autonome hanno assunto l'impegno di fornire annualmente al Ministero delle Politiche Sociali un set minimo di dati relativi a bambini e adolescenti fuori dalla famiglia di origine, in affidamento familiare (a singoli, famiglie, parenti) o accolti nelle strutture residenziali.

Il fine ultimo dell'affido familiare è riunificare ed emancipare le famiglie, non quello di separare e può essere utilizzato anche per prevenire gli allontanamenti. Implica una reale sussidiarietà in cui i servizi pubblici e del privato sociale e le espressioni formali e informali della società civile si integrano reciprocamente nel rispetto delle specifiche competenze.

E' pertanto necessario promuovere la cultura dell'affido familiare all'interno di una più complessiva politica di sostegno alla famiglia e alla genitorialità; e individuare, selezionare e formare coppie e/o persone disponibili all'affido, istituendo la cosiddetta anagrafe degli affidatari. A tal scopo occorre:

- rilanciare il valore dell'affido familiare sperimentando nuove tipologie di affido e buone prassi da seguire per il rientro del bambino in famiglia, formando gli operatori;
- dare attuazione ad una serie di interventi di sostegno da mettere in atto in chiave preventiva dell'allontanamento.

Altro istituto particolarmente rilevante, per le sue numerose implicazioni sul piano sociale, è **l'adozione**, sia nazionale che internazionale.

Una sempre più adeguata cultura dell'adozione deve essere promossa, e le procedure e gli strumenti tesi a qualificare e sostenere il percorso adottivo devono essere sviluppati e potenziati.

E' fondamentale l'integrazione delle prestazioni necessarie allo svolgimento dell'intero iter adottivo, per omogeneizzare sul territorio regionale le procedure rivolte all'accertamento delle competenze genitoriali, all'accoglienza ed all'inserimento del minore sia nel nuovo nucleo familiare che nel nuovo contesto psico-sociale. E' necessario, pertanto, individuare prassi operative che attribuiscono ruoli chiari e definiti ai diversi soggetti coinvolti nell'iter dell'adozione. Tale approccio assume quale momento fondante i principi contenuti nella Convenzione dell'Aja, che sancisce tra l'altro:

- 1) la centralità del bambino;
- 2) il valore del principio di sussidiarietà;
- 3) l'importanza della dimensione multi-culturale.

A questo scopo, occorre sostenere la qualificazione degli operatori del territorio e la costituzione di équipe multidisciplinari specializzate in grado di dare risposte articolate e adeguate alle varie situazioni, in un'ottica di solidarietà interistituzionale che possa fare fronte alla complessità ed onerosità che talvolta richiede il garantire, tramite la più appropriata risposta di accoglienza e sostegno, sia la tutela dei bambini e dei ragazzi che l'accompagnamento delle famiglie adottive.

Un ruolo importante nella strategia della prevenzione, di livello secondario e terziario, è svolto anche dagli interventi e dai servizi in favore di altre categorie a rischio di marginalità come persone anziane, persone con disabilità e disagio psichico, vittime di tratta e di violenza, ecc. in tutti i casi in cui la presa in carico di tali soggetti concorre ad evitare fenomeni di aggravamento o cronicizzazione o delle problematiche evidenziate. Ne è un esempio la realizzazione e diffusione del "**Centro antiviolenza**", afferente all'area "Interventi per il sostegno alle donne in difficoltà", che rappresenta uno strumento di prevenzione (secondaria e terziaria) di straordinaria portata che la Regione Campania promuove nell'ambito delle azioni previste per la prevenzione ed il contrasto della violenza sessuale e di genere, in attuazione dell'art.3 della L.R. n. 2/2011 e dall'articolo 5 della legge regionale n. 11/2007 e in collaborazione interistituzionale con le misure previste dalle pari opportunità. La Regione porrà in essere tutte le sinergie possibili con le Istituzioni presenti sul territorio, svolgendo attività di coordinamento, controllo e monitoraggio delle attività realizzate in ciascun Ambito Territoriale, al fine di poter proseguire nei compiti di programmazione e fondarle su evidenze dei risultati raggiunti.

Infine, occorre richiamare tra gli interventi di prevenzione che la Regione intende realizzare anche quelli di tipo congiunto in sinergia con l'area sanitaria, rivolti alla prevenzione delle c.d. nuove dipendenze patologiche - soprattutto quelle che (come la dipendenza da Internet o dal gioco compulsivo) interferiscono con lo sviluppo armonico della persona e la sua integrazione sociale - rafforzando il ruolo degli Ambiti territoriali e dei soggetti del terzo settore nella rete integrata con le altre istituzioni pubbliche (innanzi tutto sistema d'istruzione e sanità), sostenendo punti di primo ascolto e di presa in carico e la diffusione di materiali informativi di prevenzione, con particolare attenzione ai minori e ai giovani. Specifica attenzione andrà riservata, tra tali forme di dipendenza, a quella **connessa al gioco d'azzardo**, data la diffusione sul territorio regionale di sale gioco e altri punti dedicati, proprio nei territori dove più elevati sono i tassi di rischio povertà e marginalità sociale. La Campania risulta peraltro la regione italiana con il rapporto più alto tra spesa per gioco rispetto al reddito pro/capite¹⁴, ed una particolare attenzione sarà data alla dipendenza da ludopatia, sia rispetto alla popolazione anziana che rispetto alla popolazione giovanile. A quest'ultimo riguardo cisi coordinerà con il Piano Giovani 2016-2018.

II.3 L'INTEGRAZIONE CON LA PROGRAMMAZIONE EUROPEA 2014-2020

Gli interventi inerenti l'inclusione sociale nell'ambito della programmazione europea 2014-2020, sono stati programmati in coerenza con gli indirizzi regionali in materia di politiche sociali, in particolare con lo strumento del Piano Sociale Regionale e sono descritti nell'ambito dell'Obiettivo Tematico 9 "Promuovere l'inclusione sociale, combattere la povertà e ogni forma di discriminazione".

Uno degli obiettivi principali della Strategia Europa 2020 è quello di ridurre di 20 milioni il numero delle persone a rischio di povertà o di esclusione sociale.

Al tal fine la Regione Campania ha programmato la realizzazione di un intervento straordinario di sostegno alle famiglie svantaggiate che vivono al di sotto della soglia "povertà" attraverso azioni integrate di tutela dei diritti essenziali - infanzia, istruzione, salute, casa, formazione, lavoro - in cui attenzione particolare è rivolta alla tutela dei diritti dei minori, anche attraverso misure di sostegno alla genitorialità.

I Programmi Operativi prevedono azioni complementari tra il FSE, il FESR ed il PON Inclusione Sociale, sulla base delle indicazioni dell'Accordo di Partenariato conforme all'articolo 14 del Regolamento UE N.1303/2013, adottato dalla Commissione europea il 29 ottobre 2014.

II.3.1 POR Campania FSE 2014-2020

Per quanto riguarda il POR Campania FSE 2014-2020, gli interventi sono delineati in particolare nell'ambito dell'Asse II - Obiettivo Tematico 9 "Inclusione Sociale e lotta alla povertà", al quale sono stati destinati complessivamente € 184.010.000,00 ripartiti tra le diverse Priorità tematiche ed i

relativi Obiettivi specifici/Risultati attesi. E' prevista una forte complementarità con gli interventi di sostegno all'occupabilità femminile finalizzati a favorire la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro descritti nell'ambito della priorità 8iv (Asse I Occupazione).

Gli Ambiti sono indicati quali principali beneficiari degli interventi in considerazione del ruolo a loro assegnato e della diretta vicinanza con i destinatari delle azioni. E' fondamentale quindi, realizzare una programmazione integrata delle risorse assegnate, al fine di rafforzare e coordinare tutti gli interventi da finanziare.

14

M. Esposito, Geografia economica del gioco d'azzardo, *Communitas*, n.84-85, 2014 (<http://communitas.vita.it/wpcontent/uploads/2014/12/GEOGRAFIA-ECONOMICA-DEL-GIOCO-DAZZARDO-IN-ITALIA.pdf>)

Le azioni previste nel presente Piano Sociale Regionale saranno realizzate in sinergia con quanto previsto nel Programma Operativo, con riferimento a ciascuna area.

Le tre priorità tematiche secondo cui si articola l'Asse Inclusione sociale sono: 9i) Inclusione attiva, 9iv) Accesso ai servizi e 9vi) Sviluppo locale.

II.3.1.1 L'inclusione attiva

La priorità di investimento 9i) Inclusione attiva si propone di “promuovere le pari opportunità e la partecipazione attiva e migliorare l'occupabilità”.

Gli interventi perseguiti sono finalizzati a sostenere le famiglie e le persone povere ed i soggetti svantaggiati e/o a rischio di discriminazione, attraverso servizi di sostegno e strumenti di microcredito, al fine di favorirne l'emancipazione sociale ed economica. Le misure riguardano persone in carico ai servizi sociali nuclei multi-problematici e/o persone particolarmente svantaggiate o oggetto di discriminazione, persone con disabilità, anche psichica, detenuti ed ex detenuti, vittime di violenza, di tratta e grave sfruttamento, minori stranieri non accompagnati prossimi alla maggiore età, beneficiari di protezione internazionale, sussidiaria ed umanitaria.

Un'attenzione particolare viene riservata all'inclusione economica e sociale delle comunità dei Rom, Sinti e Camminanti presenti in Campania, attraverso azioni integrate e coordinate nell'ambito dei quattro assi di intervento, relativi all'istruzione, al lavoro, alla salute ed alla casa.

Sono previste forme di sostegno all'economia sociale, rivolte in particolare alle imprese del terzo settore, compreso le comunità di accoglienza, finalizzate a promuovere la diffusione di strumenti di responsabilità sociale, l'attivazione di percorsi formativi rivolti agli operatori e la realizzazione di ambienti di lavoro e forme di organizzazione inclusivi.

Il rafforzamento dei servizi di cura e la conciliazione tra i tempi di vita e di lavoro è l'obiettivo fondamentale della priorità *Accesso ai servizi*, nell'ambito della quale sono previste forme di sostegno per il pagamento dei servizi socio educativi per l'infanzia, anche in forma flessibile (nidi e micronidi, servizi integrativi, sperimentali e ricreativi), con priorità al target bambini 0-36 mesi, dei servizi di *care giver* (rivolti ad ammalati cronici e agli anziani non autosufficienti) e dei servizi di Assistenza Domiciliare Integrata, destinati agli anziani ed ai non autosufficienti.

Per gli anziani non autosufficienti e le persone con disabilità, che necessitano di servizi socio assistenziali integrati, sono previste forme di sostegno ed accompagnamento all'abitare assistito, con particolare riferimento ai soggetti privi di assistenza familiare, anche in attuazione del *Protocollo d'intesa in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità*.

Il Programma Operativo ribadisce il raccordo di tali interventi con la normativa regionale di riferimento, in particolare con quanto previsto dal *Catalogo dei servizi residenziali, semiresidenziali, territoriali e domiciliari di cui al Regolamento di attuazione della L.R. 11/2007* (DGR n. 107 del 23/04/14).

L'implementazione dei servizi di cura viene identificato come strumento di sostegno all'occupabilità femminile, sia a favore delle donne coinvolte nella sperimentazione di forme di organizzazione del lavoro *family friendly* (es. voucher, flessibilità dell'orario di lavoro, *coworking*, telelavoro, etc.), sia a favore delle donne coinvolte in percorsi formativi e/o di orientamento finalizzati a favorirne l'ingresso nel mondo del lavoro.

Il Programma prevede la messa a regime del Sistema Informativo Sociale regionale al fine di favorire la mappatura dell'offerta delle prestazioni sociali e del fabbisogno per area di intervento, la ridefinizione e l'aggiornamento dei profili professionali sociali e l'attivazione di percorsi formativi integrati rivolti agli operatori dei sistemi.

La priorità *Sviluppo locale* ha come obiettivo l'aumento della legalità nelle aree ad alta esclusione sociale ed il miglioramento del tessuto urbano nelle aree a basso tasso di legalità attraverso azioni integrate di prevenzione e contrasto alla criminalità, di educazione alla legalità e di sostegno alle aziende confiscate alle mafie, che coinvolgono le famiglie, le istituzioni ed il terzo settore.

Di seguito si riportano le azioni da promuovere per ogni obiettivo specifico. *9.1 Riduzione della povertà, dell'esclusione sociale e promozione dell'innovazione sociale*

- Servizi sociali innovativi di sostegno a nuclei familiari multiproblematici e/o a persone particolarmente svantaggiate o oggetto di discriminazione [es. adozione sociale, tutoraggio, mediazione familiare e culturale, “centri territoriali per la famiglia”, prevenzione dell'abuso e del maltrattamento intra-familiare, e della violenza]. Progetti di diffusione e scambio di best practices relativi ai servizi per la famiglia ispirati anche al modello della sussidiarietà circolare.
- Sostegno a persone in condizione di temporanea difficoltà economica anche attraverso il ricorso a strumenti di ingegneria finanziaria, tra i quali il micro-credito, e strumenti rimborsabili eventualmente anche attraverso ore di lavoro da dedicare alla collettività.

RA 9.2 Incremento dell'occupabilità e della partecipazione al mercato del lavoro delle persone maggiormente vulnerabili e dei soggetti presi in carico dai servizi sociali

- Interventi di presa in carico multi professionale, finalizzati all'inclusione lavorativa delle persone con disabilità attraverso la definizione di progetti personalizzati. Promozione della diffusione e personalizzazione del modello ICF [International Classification of Functioning, Disability and Health] su scala territoriale. Interventi di politica attiva specificamente rivolti alle persone con disabilità.
- 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 [ad es. interventi di recupero delle competenze di base rivolti a tossicodipendenti, detenuti etc.], misure per l'attivazione e accompagnamento di percorsi imprenditoriali, anche in forma cooperativa (es. accesso al credito, fondi di garanzia, microcredito d'impresa, forme di tutoraggio, anche alla pari).
- Progetti integrati di inclusione attiva rivolti alle vittime di violenza, di tratta e grave sfruttamento, ai minori stranieri non accompagnati prossimi alla maggiore età, ai beneficiari di protezione internazionale, sussidiaria ed umanitaria e alle persone a rischio di discriminazione.
- Sostegno alle imprese per progetti integrati per l'assunzione, l'adattamento degli ambienti di lavoro, la valorizzazione delle diversità nei luoghi di lavoro [informazione e sensibilizzazione alle diversità, adozione di carte per le pari opportunità, codici di condotta, introduzione della figura del *diversity manager*, gestione del percorso lavorativo dei lavoratori con disabilità, etc.].
- Sviluppo e diffusione delle tecnologie assistite finalizzate all'inserimento lavorativo delle persone con disabilità.

9.7 Rafforzamento dell'economia sociale

- Promozione di progetti e di partenariati tra pubblico, privato e privato sociale finalizzati all'innovazione sociale, alla responsabilità sociale di impresa e allo sviluppo del welfare community.
- Rafforzamento delle imprese sociali e delle organizzazioni del terzo settore in termini di efficienza ed efficacia della loro azione [ad es. attività di certificazione di qualità delle istituzioni private e di terzo settore che erogano servizi di welfare, di promozione di network, di promozione degli strumenti di rendicontazione sociale e formazione di specifiche figure relative, di innovazione delle forme giuridiche e organizzative, di sensibilizzazione e formazione per lo sviluppo di imprenditoria sociale].

II.3.1.2 L'accesso ai servizi

La priorità di investimento 9.iv) "Miglioramento dell'accesso a servizi accessibili, sostenibili e di qualità, compresi servizi sociali e cure sanitarie d'interesse generale" verrà perseguito attraverso due obiettivi specifici, per ciascuno dei quali si specificano di seguito le azioni che saranno intraprese.

9.3 Aumento/ consolidamento/ qualificazione dei servizi e delle infrastrutture di cura socio educativi rivolti ai bambini e dei servizi di cura rivolti a persone con limitazioni dell'autonomia e potenziamento della rete infrastrutturale e dell'offerta di servizi sanitari e sociosanitari territoriali

- Implementazione di buoni servizio [anche in ottica di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, per favorire l'accesso dei nuclei familiari alla rete dei servizi socioeducativi e a ciclo diurno e per favorire l'incremento di qualità dei servizi sia in termini di prestazioni erogate che di estensione delle fasce orarie e di integrazione della filiera.
- Sostegno a forme di erogazione e fruizione flessibile dei servizi per la prima infanzia, tra i quali nidi familiari, spazi gioco, centri per bambini e genitori, micronidi estivi, anche in riferimento ad orari e periodi di apertura [nel rispetto degli standard fissati per tali servizi].
- Implementazione di buoni servizio per servizi a persone con limitazione nell'autonomia (per favorire l'accesso dei nuclei familiari alla rete dei servizi sociosanitari domiciliari e a ciclo diurno, e per favorire l'incremento di qualità dei servizi sia in termini di prestazioni erogate che di estensione delle fasce orarie e di integrazione della filiera e per la promozione dell'occupazione regolare).
- Formazione degli assistenti familiari e creazione di registri di accreditamento e di albi di fornitori di servizi di cura rivolti alle persone anziane e/o non autosufficienti.
- Implementazione del Sistema informativo dei servizi e delle prestazioni sociali [questa azione riguarda l'intero sistema sociale].

- Percorso di definizione della denominazione dei contenuti delle professioni sociali e del loro riconoscimento uniforme sul territorio nazionale [questa azione riguarda l'intero sistema sociale].

9.4 Riduzione del numero di famiglie con particolari fragilità sociali ed economiche in condizioni di disagio abitativo.

- Servizi di promozione e accompagnamento all'abitare assistito nell'ambito della sperimentazione di modelli innovativi sociali e abitativi, finalizzati a soddisfare i bisogni di specifici soggetti-target (ad esempio residenzialità delle persone anziane con limitazioni dell'autonomia, l'inclusione per gli immigrati, la prima residenzialità di soggetti in uscita dai servizi sociali, donne vittime di violenza).

II.3.1.3 Lo sviluppo locale

La priorità di investimento 9.vii "Strategie di sviluppo locale di tipo partecipativo" verrà perseguita con cinque azioni finalizzate a realizzare un obiettivo specifico.

9.6 Aumento della legalità nelle aree ad alta esclusione sociale e miglioramento del tessuto urbano nelle aree a basso tasso di legalità

- Azioni integrate di prevenzione e contrasto ai fenomeni del racket e dell'usura.
- Azioni di aggregazione e promozione sociale ed economica in collegamento con interventi per il sostegno di aziende confiscate alle mafie.
- Promozione di networking, servizi e azioni di supporto destinate a organizzazioni del terzo settore e amministrazioni pubbliche per la gestione di beni confiscati alle mafie.
- Sostegno alla funziona educativa della famiglia [prevenzione al ricorso al circuito giudiziario]; azioni di educazione alla legalità presso scuole, istituzioni educative, comunità locali, ed educativa di strada anche con il coinvolgimento del terzo settore.
- Attività di animazione sociale e partecipazione collettiva di ricostruzione della identità dei luoghi e delle comunità, connessi al recupero funzionale e al riuso di vecchi immobili, compresi i beni confiscati alle mafie

II.3.2 POR Campania FESR 2014-2020

Nell'ambito del POR FESR presentata alla Commissione europea le azioni finalizzate all'inclusione sociali sono inserite nell'ambito dell'Asse VIII.

L'Asse mira alla costituzione di un sistema di welfare orientato all'inclusione e alla partecipazione, innalzando il livello della qualità della vita attraverso il riordino e la riorganizzazione del sistema sanitario, lo sviluppo e la promozione dei servizi alla persona. L'Asse punta a tre principali obiettivi:

1. promuovere l'inclusione sociale attraverso un migliore accesso ai servizi sociali, culturali e ricreativi e il passaggio dai servizi istituzionali ai servizi territoriali di comunità;
2. ridurre il numero di famiglie con particolari fragilità sociali ed economiche in condizioni di disagio abitativo;
3. aumentare la legalità nelle aree ad alta esclusione sociale e migliorare il tessuto urbano nelle aree a basso tasso di legalità.

Per il raggiungimento dei suddetti risultati, si intendono realizzare i seguenti Obiettivi Specifici previsti dall'Accordo di Partenariato articolati nelle azioni di seguito elencate.

- *Aumento/ consolidamento/ qualificazione dei servizi e delle infrastrutture di cura socio-educativi rivolti ai bambini e dei servizi di cura rivolti a persone con limitazioni dell'autonomia* Le azioni saranno attuate in coerenza con gli interventi già avviati nella precedente programmazione, al fine di evitare duplicazioni e favorire il completamento di progetti in corso (a cavallo). In particolare saranno realizzate azioni in sintonia con la strategia già delineata nel Piano Sociale Regionale 2013-2015, che raccorda le politiche socio-assistenziali e sociosanitarie regionali finanziate a valere delle diverse fonti di finanziamento, compreso le azioni finanziate attraverso il PAC. Il "Programma servizi di cura" e attraverso le risorse premiali del Piano Obiettivi di Servizi, indicatori S04-S05-S06.

Si prevede il finanziamento di "P.T.I.P.I." Piani Territoriali d'Investimento Prima Infanzia presentati dagli Ambiti Territoriali, per la messa a sistema della rete di servizi socio educativi per la prima infanzia e l'individuazione del fabbisogno, a partire dall'analisi della domanda e delle caratteristiche dell'offerta, in continuità con il piano finanziato attraverso il PAC "Programma servizi di cura". I

Piani, adottati attraverso lo strumento della programmazione negoziata, potranno prevedere azioni di ristrutturazione di edifici già adibiti o da adibire a servizi prima infanzia (nidi, micronidi, servizi integrativi e sperimentali); implementazione delle infrastrutture, compreso gli arredi interni ed esterni. I Piani dovranno favorire l'armonizzazione delle diverse strutture presenti sul territorio, sia private che pubbliche, al fine di favorire l'ottimizzazione dei costi e l'efficienza dei servizi, per il conseguimento dei seguenti obiettivi:

- aumento strutturale dell'offerta di servizi;
- estensione della copertura territoriale per soddisfare bisogni e domanda di servizi oggi disattesi;
- attivazione di nuove strutture e servizi nelle aree ad oggi sprovviste, in particolare nelle aree urbane più grandi e densamente popolate e nei centri minori e ambiti rurali dove oggi i servizi sono deboli o inesistenti.

L'azione è finalizzata a sostenere l'aumento dell'offerta regionale verso il valore target del 12% dei bambini presi in carico. A partire dal fabbisogno individuato attraverso i "P.T.I.P.I." Piani Territoriali d'Investimento Prima Infanzia, sarà definito il finanziamento di aiuti alle imprese private per la realizzazione di strutture di servizi socioeducativi per la prima infanzia.

Finanziamento di "P.I.A." Piani di Investimenti per non Autosufficienti, a cura degli Ambiti Territoriali finalizzati alla messa a sistema della rete di servizi per anziani e persone con limitazioni nell'autonomia, a partire dall'analisi della domanda e delle caratteristiche dell'offerta, in continuità con il piano finanziato attraverso il PAC "Programma servizi di cura". I Piani, adottati attraverso lo strumento della programmazione negoziata, potranno prevedere azioni di ristrutturazione di edifici già adibiti o da adibire ad anziani e persone con limitazioni nell'autonomia, implementazione delle infrastrutture, compreso gli arredi interni ed esterni. I Piani dovranno favorire l'armonizzazione delle diverse strutture presenti sul territorio, sia private che pubbliche, al fine di favorire l'ottimizzazione dei costi e l'efficienza dei servizi, per il conseguimento dei seguenti obiettivi:

- a) aumento e qualificazione dell'offerta di servizi residenziali e semiresidenziali per gli anziani a carattere socio assistenziale;
- b) creazione e/o riqualificazione di strutture specializzate, leggere e rispettose della dignità e della libertà individuale, anche per alleviare il carico di cura del caregiver familiare, in particolare nei territori in cui tale offerta è particolarmente carente o dove è possibile sperimentare progetti innovativi;
- c) consolidamento di un'offerta differenziata di servizi/interventi a supporto degli anziani e delle loro famiglie, a partire da una infrastrutturazione minima dei servizi di assistenza domiciliare,
- d) potenziamento e sviluppo di infrastrutture per la realizzazione di servizi di facilitazione: soluzioni per il potenziamento di ADI e SAD, trasporto urbano; rimozione delle barriere architettoniche, tecnologie per l' *Ambient Assisted Living*, telemedicina.

A partire dal fabbisogno individuato attraverso i "P.I.A." Piani di Investimenti per non Autosufficienti", sarà definito il finanziamento di aiuti alle imprese private per la realizzazione di strutture per anziani e persone non autosufficienti, concentrati in particolare nelle aree in cui tali servizi siano particolarmente carenti o dove si individui la possibilità di sperimentare progetti innovativi, e con contributi per parziale sostegno dei costi di gestione.

Riduzione del numero di famiglie con particolari fragilità sociali ed economiche in condizioni di disagio abitativo

➤ Interventi di recupero di edifici pubblici o privati da adibire a strutture abitative per persone in difficoltà economiche. Interventi abitativi da destinare a categorie fragili per ragioni economiche e sociali (giovani fra i 25 e i 35 anni con lavoro precario, famiglie monoparentali, anziani, separati, disoccupati, sfrattati):

– autorecupero di unità abitative rese disponibili da soggetti pubblici o privati che contribuiscano ai lavori di risistemazione con il proprio lavoro manuale, così da riscattare un numero di mensilità di locazione, garantendo tuttavia sin dall'inizio le spese condominiali;

– autocostruzione di alloggi in proprietà secondo criteri, regole e modalità conformi alla pratica di edificazione assistita, già sperimentata positivamente sul territorio.

➤ Interventi abitativi finalizzati al recupero di alloggi o spazi non utilizzati da destinare a residenza temporanea per soggetti in difficoltà: donne maltrattate, immigrati, ex detenuti ed ex-tossicodipendenti che si impegnino a contrarre regolare contratto di affitto.

➤ Interventi di recupero di edifici pubblici o privati da adibire a strutture abitative per persone in condizioni di disagio psichico, disabilità o con problemi di salute per la fase di transizione dall'istituto, struttura di detenzione o casa di cura alla vita autonoma, in collaborazione con la istituzione ospitante. Promozione di appalti sociali per la ristrutturazione di alloggi sfitti e la creazione di spazi abitativi attrezzati da adibire a persone con disabilità fisica. Supporto alla costituzione delle cooperative per l'autocostruzione, ristrutturazione/ riutilizzo. Supporto all'autocostruzione di alloggi in proprietà secondo la pratica di edificazione assistita.

Aumento della legalità nelle aree ad alta esclusione sociale e miglioramento del tessuto urbano nelle aree a basso tasso di legalità

➤ Valorizzazione e promozione di specifici progetti di riuso di beni confiscati che sono caratterizzati da un alto valore simbolico, sono già stati interessati da investimenti pubblici e sono dotati di forti prospettive di sviluppo economico ed occupazionale per i territori su cui insistono Incremento dell'uso istituzionale dei beni confiscati

➤ Azioni di sostegno alla creazione e qualificazione di imprese sociali che operano nell'ambito dei beni confiscati.

➤ Azioni di valorizzazione dei servizi e dei prodotti che si realizzano sui beni confiscati.

➤ Azioni di tutoraggio e adozione delle aziende confiscate, di concerto con l'Agenzia Nazionale dei beni sequestrati e confiscati e attraverso il coinvolgimento di soggetti altamente specializzati.

➤ Studi di settore e business plan per immobili e aziende confiscate. Creazione e qualificazione di imprese sociali preposte alla realizzazione di prodotti e servizi sui beni confiscati. Qualificazione dei prodotti e dei servizi realizzati sui beni confiscati.

➤ Creazione di un "brand/marchio" dei prodotti e dei servizi realizzati sui beni confiscati. Pubblicità e promozione dei prodotti e servizi realizzati sui beni confiscati.

➤ Internazionalizzazione dei prodotti e dei servizi realizzati sui beni confiscati.

➤ Esportazione dei progetti con particolare riferimento alla Bottega dei Sapori e dei Saperi della Legalità.

➤ Attivazione, in sinergia con il Piano Giovani 2016-2018, di interventi a diretta gestione dei giovani.

II.4 L'INTEGRAZIONE CON IL PIANO DEGLI OBIETTIVI DI SERVIZIO

Gli Obiettivi di Servizio sono stati definiti nell'ambito del Quadro strategico nazionale (QSN) per la politica regionale di sviluppo 2007/2013, quali ambiti strategici in cui migliorare l'offerta di servizi pubblici essenziali e conseguire obiettivi prefissati.

Il meccanismo degli Obiettivi di Servizio ha previsto l'assegnazione di premi per le 8 Regioni del Mezzogiorno al conseguimento di obiettivi fissati (target) per il miglioramento di servizi essenziali in quattro ambiti strategici per le politiche di sviluppo regionale (istruzione, servizi di cura per l'infanzia e gli anziani, gestione dei rifiuti urbani, servizio idrico integrato), rappresentati da 11 indicatori.

Tra gli ambiti strategici è stato identificato l'obiettivo "**Elevare i servizi di cura per l'infanzia e per gli anziani**", misurato dagli indicatori :

- S04 "Diffusione dei servizi per l'infanzia: percentuale di Comuni che hanno attivato servizi socio-educativi per la prima infanzia (asili nido o servizi integrativi) sul totale dei Comuni della Regione";

- S05 "Presenza in carico "ponderata" degli utenti dei servizi per l'infanzia: percentuale di bambini tra zero e fino al compimento dei 3 anni che hanno usufruito dei servizi socio-educativi per la prima infanzia (asili nido o servizi integrativi) di cui il 70% in asili nido, sul totale della popolazione in età 0-3 anni";

- S06 "Presenza in carico degli anziani per il servizio di assistenza domiciliare integrata: percentuale di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata (ADI) rispetto al totale della popolazione anziana (65 anni e oltre)".

Il QSN ha previsto, inoltre, l'attribuzione di premi finanziari alle Regioni che raggiungano i risultati finali e intermedi, come stabilito dalla delibera CIPE 82/2007. La Regione Campania ha approvato il Piano d'azione Obiettivi di Servizio con Deliberazione n. 210 del 06/02/2009, aggiornato annualmente mediante i Rapporti annuali Obiettivi di servizio (RAOS). Con successiva

deliberazione n. 427 del 23/03/2010 è stato approvato il documento tecnico “Meccanismo formale di premialità per gli enti erogatori o responsabili del servizio nell’ambito degli Obiettivi di servizio del QSN 2007-2013”.

Con riferimento all’offerta di servizi socio-educativi per la prima infanzia, il contesto campano attuale è caratterizzato da un livello soddisfacente di diffusione dei servizi (indicatore S.04) a fronte di una ridotta capacità di presa in carico dell’utenza (indicatore S.05), come si evince dalla tabella sottostante.

Gli sforzi della Regione devono essere, quindi, orientati ad aumentare la capacità di presa in carico degli utenti, sia incidendo sull’incremento delle risorse finalizzate alla gestione dei servizi, sia rafforzando il sistema di accreditamento delle strutture private, in applicazione di quanto stabilito nel Catalogo dei servizi residenziali, semiresidenziali, territoriali e domiciliari, di cui al Regolamento di attuazione della L.R. 11/2007, approvato con deliberazione n.107 del 23 aprile 2014.

Con riferimento all’indicatore S.06, il cui valore attuale è riportato nella tabella sottostante, l’Amministrazione regionale intende colmare il gap con il target di riferimento attraverso la messa in campo delle seguenti azioni: la diffusione del servizio nelle aree attualmente sprovviste o con bassi livelli di presa in carico, l’integrazione della copertura finanziaria con diverse fonti di finanziamento e mediante la compartecipazione dei privati, una più efficace programmazione degli interventi e delle risorse.

II.5 L’INTEGRAZIONE CON IL PIANO DI AZIONE COESIONE SERVIZI DI CURA

Il PNSCIA si configura come azione aggiuntiva di sostegno alla funzione ordinaria di erogazione di servizi essenziali sui territori delle regioni ricadenti nell’obiettivo convergenza. Gli Ambiti Territoriali sono i beneficiari delle risorse ripartite a livello nazionale, in base alla popolazione residente, di età 0-3 anni, per i servizi per la prima infanzia, e di età superiore ai 75 anni, nel caso dei servizi per gli anziani non autosufficienti.

Il PNSCIA ha definito un Primo Riparto delle proprie risorse (risorse PAC) nel corso del 2013, ed un secondo nel corso del 2014 (cfr. tabella sottostante).

L’erogazione è subordinata alla presentazione di piani da parte degli Ambiti, redatti sulla base della modulistica e delle linee guida, messi a disposizione dal Ministero degli Interni. I piani presentati devono contenere, tra l’altro, informazioni relative al sistema dei servizi già erogati nel territorio di riferimento

Relativamente ai **servizi di cura socio-educativi per la prima infanzia** (PAC Infanzia) il Secondo Riparto del PNSCIA prevede, come il primo, l’ampliamento ed il consolidamento dell’offerta complessiva dei servizi ed il loro riequilibrio territoriale (avvio dei servizi nelle aree dove questi sono molto deboli o inesistenti). Introduce, però, modifiche ai criteri ed ai vincoli per l’accesso al finanziamento da parte degli Ambiti:

1. mantenimento dei livelli di servizio (MLS), tenendolo costante nei due anni scolastici 2015-2016 e 2016-2017, garantendo la presa in carico negli asili nido prevista nell’anno scolastico 2014-2015, per come quantificata nei Piani di intervento del Primo Riparto. L’atteso aumento della presa in carico di nuovi utenti nell’anno scolastico 2014- 2015 indotto – anche se non esclusivamente – con l’azione del PNSCIA pone, infatti, la questione della sostenibilità del servizio negli anni scolastici a venire;
2. esclusione dei nidi di nuova costruzione dalle spese ammissibili e vincolo, per le ristrutturazioni, ad un effettiva attivazione del servizio ed alla presa in carico della nuova utenza, in considerazione della tempistica di attuazione del PAC;
3. flessibilità dei servizi, ottenuta dando priorità ai nido e micro-nidi nelle aree urbane densamente popolate (in particolare, laddove i servizi per la prima infanzia siano ancora molto deboli o inesistenti, o laddove esistano strutture per nidi o micronidi non utilizzate), lasciando maggiore flessibilità nell’avvio di servizi integrativi in aree interne o di montagna, caratterizzate da dispersione e bassa densità demografica/abitativa;
4. finanziamento di interventi finalizzati al sostegno della domanda relativa a servizi di nido e micronido a titolarità pubblica e gestione diretta o in affidamento a terzi tramite appalto di servizi.
5. maggiore omogeneità nella distribuzione territoriale dei servizi all’interno dei singoli Ambiti, garantendo pari opportunità di accesso ai servizi da parte di tutti gli utenti interessati.

Relativamente ai **Servizi di Cura per gli anziani non autosufficienti**, il Secondo Riparto del PNSCIA prevede, in continuità con il Primo, l'ampliamento dell'offerta complessiva dei servizi domiciliari ovvero l'attivazione di tali servizi nelle aree dove questi sono molto deboli o inesistenti. Anche in questo caso sono innovati i criteri ed i vincoli per l'accesso al finanziamento da parte degli Ambiti:

1. consolidare i servizi già finanziati, concentrando le risorse su interventi di sostegno alla gestione e in particolare alla erogazione di prestazioni di assistenza domiciliare;
2. assicurare l'erogazione di un numero di ore di assistenza domiciliare annuale superiore a quelle programmate nell'ambito del Primo Riparto, utilizzando anche altre fonti di finanziamento;
3. intensificare e migliorare la qualità delle prestazioni socio-assistenziali domiciliari erogate dagli Ambiti a complemento dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) erogata dalle aziende sanitarie (ASL), rafforzando gli Accordi di Programma tra Ambiti e ASL;
4. finanziare l'assistenza domiciliare per anziani non autosufficienti non bisognosi di cure sanitarie intensive (non in ADI, cd. SAD o ADA) solo nei casi in cui l'Ambito o il distretto di riferimento attesti che siano già soddisfatti i livelli di prestazioni socio-assistenziali complementari all' ADI rispondenti al fabbisogno del territorio;
5. limitare il finanziamento degli interventi non strettamente connessi all'erogazione delle prestazioni, ammettendo il solo sostegno delle spese di gestione dei PUA.
6. favorire una maggiore uniformità nella distribuzione territoriale dei servizi all'interno dei singoli Ambiti, garantendo pari opportunità di accesso ai servizi da parte di tutti gli utenti interessati.

PARTE III: AZIONI STRATEGICHE PER MACRO LIVELLO E OBIETTIVO SERVIZIO

Il III Piano sociale regionale, al fine di uniformarsi alle indicazioni del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali contenute nel decreto di riparto del F.N.P.S. 2013, si articola su 5 macro livelli, che declinati in obiettivi di servizio, includono tutte le aree di intervento previste dalla L.R. 11/2007. Per il perseguimento delle strategie del triennio 2016-2018, gli Ambiti Territoriali strutturano il proprio Piano di Zona a seconda delle caratteristiche delle proprie comunità e quindi del loro fabbisogno. Alcuni interventi/azioni tra quelli presenti nel Nomenclatore regionale (cfr. Appendice 3) sono considerati prioritari perché più funzionali al conseguimento degli obiettivi strategici del Piano, precedentemente descritti, e per tali interventi definiti "strategici" è necessario realizzare azioni mirate di monitoraggio che consentano, attraverso indicatori all'uopo predisposti, la valutazione ex ante, in itinere ed ex post degli interventi implementati, di supporto alla definizione e misurazione degli obiettivi della programmazione sociale.

Gli interventi strategici, sia a gestione di Ambito che a titolarità regionale, sono riepilogati nella tabella 5 per macro livello e con riferimento agli assi strategici cui prevalentemente afferiscono.

Nei paragrafi che seguono essi sono presentati per obiettivo di servizio con la descrizione degli indicatori proposti per il loro monitoraggio.

III.1 MACROLIVELLO 1: SERVIZI PER L'ACCESSO E LA PRESA IN CARICO

Il macro livello 1¹⁵ "Servizi per l'accesso e la presa in carico da parte della rete assistenziale" è composto da 3 Obiettivi di Servizio (OdS), cui afferiscono 6 linee di intervento e 33 interventi del nomenclatore regionale (4 nella prima, 4 nella seconda, 1 nella terza, 3 nella quarta, 7 nella quinta e 14 nella sesta), di cui 7 relativi alle Responsabilità Familiari (SINBA), 7 alla Disabilità e Non Autosufficienza (SINA), 14 alla Povertà ed esclusione sociale (SIP) e 5 a trasversali .

Si tratta di un macro livello che riveste una valenza strategica per il buon funzionamento del sistema integrato dei servizi sociali, tant'è che dei 33 interventi, 14 sono particolarmente significativi per il triennio di vigenza del Piano.

15

Cfr. Appendice 2: Nomenclatore regionale adattato alla classificazione del MLPS

III.1.1 Accesso

L'obiettivo di servizio "Accesso" ha come finalità di assicurare a ciascun Ambito una struttura

organizzativa in grado di assolvere appieno alle funzioni indispensabili per garantire l'accessibilità al sistema integrato dei servizi sociali.

Esso va perseguito attraverso l'attivazione di due servizi: "Funzionamento Ufficio di Piano" dell'area di intervento *Azioni di sistema* e "Segretariato sociale" afferente all'area *Welfare d'accesso*.

Entrambi sono indispensabili e fortemente influenzati dagli assetti organizzativi dei Comuni che compongono l'Ambito Territoriale, nonché dalla loro capacità di gestire le funzioni associate, anche se il servizio di Segretariato sociale può non essere autonomamente previsto nel piano di Zona e le sue funzioni possono essere sussunte dal Servizio Sociale Professionale.

La dimensione ottimale dei servizi, in termini di entità di risorse dedicate, deve essere individuata in ragione delle caratteristiche socio-demografiche della popolazione dell'Ambito, nonché della qualità e quantità degli atti necessari a garantire l'erogazione dei servizi sociali ai suoi cittadini.

Nel corso del triennio di vigenza del Piano verrà effettuato il monitoraggio e la valutazione in itinere dei servizi utilizzando gli indicatori di seguito riportati.

III.1.2 Presa in carico

La finalità dell'obiettivo è di assicurare una presa in carico puntuale ed efficace, in grado di promuovere interventi appropriati. Essa è perseguita attraverso tre linee di intervento: "Servizio Sociale Professionale e funzioni sociali per la valutazione multidimensionale", "Funzioni sociali per affido e adozioni dei minori" e "Altra presa in carico".

Di esse la prima si sostanzia nel "Servizio Sociale Professionale" che rappresenta un servizio essenziale per il PdZ e che pertanto deve essere espressamente previsto nel rispetto del target minimo ordinato dalla L.R. 11/2007 e s.m.i. di 1 assistente sociale per 10.000 abitanti. Nel corso del triennio, anche attraverso una riflessione condivisa a partire da indicatori da sviluppare con tutti gli attori coinvolti, si individueranno gli standard minimi da garantire, per declinare con più accuratezza il target previsto affinché dal punto di quantitativo e qualitativo possa essere uniforme su tutto il territorio regionale.

La linea di intervento "Funzioni sociali per affido e adozioni dei minori" prevede misure di prevenzione primaria, secondaria e terziaria di grande valenza strategica. Essa si dovrà perseguire attraverso l'attivazione dei servizi territoriali "nei casi di maltrattamento e abuso sessuale in atto sui minori" dell'Area *Infanzia ed Adolescenza* e per ciò che concerne l'Area *Responsabilità familiari* con i servizi "per l'affido familiare" e "per l'adozione nazionale ed internazionale".

Per ciò che attiene all'affido, gli Ambiti Territoriali devono realizzare attività volte a potenziarlo promuovendo la cultura dell'affidamento familiare all'interno di una più complessiva politica di sostegno alla famiglia e alla genitorialità:

- individuare, selezionare e formare coppie e/o persone disponibili all'affidamento;
- formare gli operatori;
- sperimentare nuove tipologie di affidamento e buone prassi da seguire per il rientro del bambino in famiglia;
- attuare interventi di sostegno per prevenire l'allontanamento.

Altra azione particolarmente rilevante riguarda l'adozione, sia nazionale, che internazionale, per cui è necessario programmare interventi coordinati per il supporto all'evoluzione delle funzioni genitoriali e filiative e la promozione e sviluppo di procedure e strumenti tesi a qualificare e sostenere il percorso adottivo.

Fondamentale è dunque lavorare per l'integrazione delle prestazioni necessarie allo svolgimento dell'intero iter adottivo, e individuare prassi operative che attribuiscono ruoli chiari e definiti ai diversi soggetti coinvolti nell'iter dell'adozione.

Diversamente dalle precedenti, la linea di intervento "Altra presa in carico" sarà attivata con interventi a titolarità regionale, capitalizzando le esperienze del triennio precedente

Ulteriore forma specifica di presa in carico è quella in relazione alla quale la Regione Campania si sta impegnando nella realizzazione e diffusione del "Centro antiviolenza", afferente all'area *Interventi per il sostegno alle donne in difficoltà*, che rappresenta uno strumento di prevenzione (primaria, secondaria e terziaria) di straordinaria portata, nell'ambito delle azioni previste per la prevenzione ed il contrasto della violenza sessuale e di genere, in attuazione dell'art.3 della L.R. n. 2/2011 e dall'articolo 5 della legge regionale n. 11/2007. Attraverso l'approvazione del Piano di riparto delle risorse per la realizzazione di un nuovo Centro Antiviolenza e/o potenziamento di uno

già esistente, la Regione intende assicurare la gestione dei servizi a tutela e sostegno delle donne vittime di violenza, con la sperimentazione di una progettazione annuale in ciascun Ambito Territoriale. La Regione porrà in essere tutte le sinergie possibili con le Istituzioni presenti sul territorio, svolgendo attività di coordinamento, controllo e monitoraggio delle attività realizzate in ciascun Ambito Territoriale, al fine di poter proseguire nei compiti di programmazione e fondarle su evidenze dei risultati raggiunti. Al termine della sperimentazione, la Regione auspica la prosecuzione delle attività, eventualmente anche attraverso il rafforzamento di strutture inter-Ambito/sovra- Ambito, in considerazione dei trasferimenti di risorse nazionali all'uso dedicate. Ogni forma di presa in carico dovrà confluire nel Sistema Informativo Sociale, che ne sosterrà la qualità, attraverso l'integrazione delle informazioni nella Cartella Sociale, e la valutabilità, attraverso il monitoraggio che renderà possibile. Il "Sistema Informativo Sociale", di cui si darà conto estesamente in seguito (cfr. parte IV cap. 4), è un'azione di sistema di valore strategico su cui la Regione investirà con un impegno diretto, chiedendo piena collaborazione agli Ambiti e sostenendoli nel percorso di implementazione.

III.1.3 Pronto intervento Sociale

Le azioni strategiche di contrasto alla povertà devono fornire risposte tempestive ai bisogni essenziali delle persone in condizioni di fragilità o in più estrema difficoltà.

Gli interventi per l'emergenza sociale in favore delle situazioni di grave emarginazione adulta devono prevedere il potenziamento dei servizi a bassa soglia di tutte le tipologie (residenziali, semi residenziali, domiciliari e territoriali) da attivare nei territori di tutti gli Ambiti, affinché a partire dal primo contatto realizzato da unità mobili di strada, si possa provvedere al soddisfacimento dei bisogni primari con il servizio mensa e la distribuzione di pasti, il servizio docce e cambio abiti, e quindi l'accoglienza sia diurna che notturna. E' essenziale che gli interventi per le situazioni di grave emarginazione adulta e per i senza dimora, in particolare, vadano oltre il sostegno economico e la progettazione ordinaria dei servizi. I senza dimora richiamano uno sforzo e un'attenzione specifici. La persona senza dimora deve essere collocata quanto prima in una sistemazione alloggiativa adeguata, adottando approcci «housing first», in cui la casa viene prima di tutto, nell'ambito di un percorso personalizzato di accompagnamento verso l'autonomia.

Interventi analoghi vanno rivolti alle popolazioni Rom, Sinti e Caminanti, ed anche in questo caso l'approccio «housing first» può essere la strada da percorrere.

Gli interventi di *housing*, in sintonia con quanto delineato nella nuova proposta di programmazione del PO FESR, potranno riguardare attività di recupero di edifici pubblici o privati da adibire a strutture abitative per persone in difficoltà economiche. Interventi abitativi da destinare a categorie fragili per ragioni economiche e sociali (giovani fra i 25 e i 35 anni con lavoro precario, famiglie monoparentali, anziani, separati, disoccupati, sfrattati):

- autorecupero di unità abitative rese disponibili da soggetti pubblici o privati che contribuiscano ai lavori di risistemazione con il proprio lavoro manuale, così da riscattare un numero di mensilità di locazione, garantendo tuttavia sin dall'inizio le spese condominiali;
- autocostruzione di alloggi in proprietà secondo criteri, regole e modalità secondo la pratica di edificazione assistita, già sperimentata positivamente sul territorio.

Data la numerosità degli attori, istituzionali e non, nonché la necessità di mettere a sistema il contributo che ciascuno di essi fornisce per fronteggiare le emergenze sociali, nel corso del triennio la Regione eserciterà la funzione di coordinamento e di regia, per orientare gli interventi.

III.2. MACROLIVELLO 2: SERVIZI E MISURE PER FAVORIRE LA PERMANENZA A DOMICILIO

Il macro livello 2¹⁶ "Servizi e misure per favorire la permanenza a domicilio" si articola in 2 Obiettivi di Servizio (OdS), 5 linee di intervento, cui afferiscono 19 servizi del nomenclatore regionale, di cui 4 relativi alle Responsabilità Familiari (SINBA) e 15 alla Disabilità e Non Autosufficienza (SINA).

Si tratta di un macro livello di grande importanza, non solo perché ha assorbito nel corso del precedente triennio circa un quarto del budget dei Piani di Zona, ma soprattutto perché la fornitura delle prestazioni al domicilio del fruitore è senz'altro un'opzione da privilegiare per l'importanza in termini emotivi, affettivi e relazionali che assume la permanenza nell'abituale contesto di vita, oltre che per il rischio di istituzionalizzazione che potrebbe derivare dal ricorso ad altre soluzioni, che peraltro presentano costi notevolmente superiori.

Dei due obiettivi di servizio di questa macro area, l' "Assistenza domiciliare" merita senz'altro un'attenzione particolare.

III.2.1 Assistenza Domiciliare

La finalità dell'obiettivo di servizio è di fornire assistenza al domicilio del cittadino che, per le proprie condizioni fisiche e psicofisiche, ha necessità di essere supportato nello svolgimento delle attività ordinarie della vita quotidiana e di essere facilitato nell'integrazione familiare e sociale.

La linea di intervento "Assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari" si sostanzia nei servizi di cure domiciliari integrate con i servizi sanitari per persone disabili, persone anziane e persone con disabilità psichica, che ai sensi del DPCM 29/11/2001 sono livelli essenziali di assistenza, concorrendo in parte alla realizzazione dell'obiettivo S06 del QSN 2007-2013 riferito al numero di anziani trattati in ADI.

Dalla lettura dei dati forniti dal SIS regionale, risulta che, complessivamente gli interventi per favorire la permanenza a domicilio sono cresciute dal 21,7% della prima annualità al 27,9 % della seconda. Questo incremento è stato sostenuto nel secondo anno dai Fondi PAC e dal FNA 2013.

16

Cfr. Appendice 2: Nomenclatore regionale adattato alla classificazione del MLPS

Infatti sul totale dei 187 progetti per anziani ammessi a finanziamento il 25,8% ha riguardato l'ADI mentre il complesso della programmazione si è orientata su interventi sociali domiciliari per il 62,9% o su altre tipologie di servizi innovativi per l'11,4%.

Parimenti indirizzata a rispondere ad esigenze connesse con la non autosufficienza è la linea di intervento "Misure di sostegno alla Non Autosufficienza ed alla disabilità grave" di cui assumono grande importanza gli assegni di cura a favore dei disabili e degli anziani, che rappresentano contributi economici erogati per soddisfare a domicilio esigenze analoghe alle cure domiciliari integrate.

La prevenzione terziaria è la finalità invece della linea "Supporto domiciliare per aiuto domestico/familiare" che in quanto intervento di tipo socio-assistenziale per persone disabili, persone anziane e persone con disabilità psichica, consente la gestione a domicilio di condizioni di non autosufficienza che prive di supporto richiederebbero il ricovero in regime di residenzialità.

Tra gli interventi socio-assistenziali programmati nell'area *Anziani*, vanno previsti quelli finalizzati a sostenere, integrare e, quando necessario, sostituire le famiglie nelle forme assistenziali più specifiche per gli anziani della quarta e della quinta età, attivando interventi mirati per i distinti bisogni di queste nuove fasce di popolazione.

Finalità di prevenzione, primaria e secondaria, hanno i servizi "Tutoraggio educativo" e "Assistenza domiciliare di sostegno alla famiglia e alla genitorialità", afferenti rispettivamente alle aree *Infanzia ed adolescenza* e *Responsabilità familiari*, che sono parte della linea di intervento "Assistenza educativa domiciliare", unitamente al servizio di "Assistenza scolastica" che, destinato a persone con disabilità, è indirizzato alla non autosufficienza.

Nella programmazione dei servizi di "assistenza domiciliare di sostegno alla famiglia e alla genitorialità" (cod c3) e di "tutoraggio educativo" (cod b13) è necessario tenere conto della necessità di integrare la presa in carico di famiglie con figli minori con interventi di educativa domiciliare e con i Centri per le famiglie.

III.3 MACROLIVELLO 3: SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA E SERVIZI TERRITORIALI COMUNITARI

Il macro livello 3 si compone di 2 Obiettivi di Servizio (OdS), 2 linee di intervento e 10 servizi, nove dei quali dell'area del nomenclatore regionale *Infanzia e adolescenza* ed 1 in quella *Responsabilità familiari*, tutti afferenti all' area di intervento che il più volte citato decreto ministeriale definisce "Responsabilità Familiari (SINBA)".

Articolato in due obiettivi di servizio, il macro livello 3 è particolarmente significativo non solo, e non tanto, perché ha assorbito negli anni precedenti circa il 10% delle risorse disponibili, quanto per la numerosità dei destinatari dei suoi servizi e per l'importanza sul piano della prevenzione (primaria, secondaria e terziaria) che hanno i servizi per la prima infanzia ed i servizi territoriali

III.3.1 Asili Nido e Altri Servizi per la prima infanzia

L'attivazione di servizi di cura per l'infanzia nelle aree e territori ad oggi sprovvisti è una azione strategica di grande importanza e a tal fine nel corso del prossimo triennio, la Regione intende fornire agli Ambiti Territoriali indicazioni più stringenti per l'inserimento nei Piani di Zona di misure specifiche per la gestione dei servizi per la Prima Infanzia e per la razionalizzazione delle risorse previste. Un ulteriore rafforzamento del sistema dei servizi è stato realizzato con l'approvazione del Regolamento attuazione Legge 11 N. 4 del 7 aprile 2014" (D.G.R. n. 27 del 07/02/2014), del Catalogo dei servizi residenziali, semi-residenziali, territoriali e domiciliari (D.G.R. n. 107 del 23/04/2014) e del successivo decreto governativo del 27 marzo 2015 che hanno sostituito la precedente regolamentazione in materia di autorizzazione e accreditamento di strutture e servizi e modificato il metodo di calcolo dei fabbisogni standard. Nello specifico, il decreto prevede che i fabbisogni per il servizio degli asili nido vengano sottoposti a monitoraggio e rideterminazione con cadenza annuale, anziché triennale come previsto dal decreto legislativo n. 216 del 2010. Inoltre, la rideterminazione dovrà tenere conto delle variazioni intervenute nell'erogazione dei servizi da parte dei Comuni e degli obiettivi di servizio introdotti con il Quadro Strategico Nazionale 2007-2013 legato alle Politiche di Coesione. La nuova disciplina in materia dovrebbe tra l'altro facilitare l'utilizzo di buoni servizio spendibili, da parte delle famiglie, all'interno delle strutture accreditate. Le risorse saranno ripartite tra gli Ambiti Territoriali in funzione del fabbisogno locale, tenendo conto della distribuzione geografica dei servizi e della domanda inesausta delle famiglie richiedenti.

III.3.2 Centri Diurni e altri servizi territoriali comunitari

La linea "Centri di aggregazione e polivalenti" si sviluppa in servizi semiresidenziali e territoriali finalizzati a prevenire situazioni di disagio che se non affrontate tempestivamente con il supporto ai minori ed alle loro famiglie potrebbero produrre marginalità ed esclusione sociale.

Essa è complementare ai servizi della linea di intervento "Assistenza educativa domiciliare", in quanto concorre all'azione sistemica della presa in carico della famiglia.

III.4 MACROLIVELLO 4: SERVIZI TERRITORIALI A CARATTERE RESIDENZIALE PER LE FRAGILITÀ

Il macro livello 4 "comunità / residenze a favore dei minori e persone con fragilità" vede un solo Obiettivo di Servizio (OdS), 2 linee di intervento e 38 servizi, di cui 6 servizi relativi alle Responsabilità Familiari (SINBA), 6 alla Povertà ed esclusione sociale (SIP) e 26 alla Disabilità e Non Autosufficienza (SINA).

Tra tutti è il macro livello senz'altro più consistente dal punto di vista delle risorse assorbite (circa il 40% del totale delle risorse disponibili nello scorso triennio), poiché include tutti i servizi semiresidenziali e residenziali socio-sanitari, livelli essenziali di assistenza ai sensi del DPCM 21/11/2001,.

Entrambe le linee di intervento hanno come orizzonte strategico sia il fronteggiamento della non autosufficienza che la prevenzione - terziaria, finalizzata a prevenire recidive, e quaternaria, tesa ad evitare l'ipemedicalizzazione.

III.4.1 Comunità/residenze a favore dei minori e persone con fragilità

Con la linea di intervento "Centri semiresidenziali sociosanitari e socio-riabilitativi" si incoraggiano anche le esperienze di co-housing previste dalle Linee Guida del Ministero delle politiche sociali per la presentazione di progetti sperimentali in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità (2015), da intendersi come esperienze a favore di persone con disabilità, senza il necessario supporto familiare, da accogliere in gruppi appartamento al fine di potenziare il monitoraggio degli utenti e l'autonomia nell'ambiente domestico, anche eventualmente mediante specifiche tecnologie domotiche (sicurezza, comandi a distanza, arredi specifici, ecc...). Grande attenzione va esercitata sulla integrazione di tali esperienze integrate nel tessuto abitativo e sociale della comunità di riferimento per evitare ogni possibile forma di segregazione.

Per quel che riguarda la linea di intervento "Residenze per anziani, sociosanitarie per Non Autosufficienti, per disabili senza supporto familiare, comunità educativo-assistenziali", la novità del precedente triennio è consistita nella piena partecipazione dei Comuni alla spesa sociosanitaria dei LEA. Come già osservato (cfr. parte II par. 1.2), infatti, il II Piano Sociale Regionale ha sancito che a partire dal 2013 fosse concluso il percorso avviato con la DGRC

50/2012 per sostenere gli Ambiti con risorse regionali nella compartecipazione alla spesa sociosanitaria ed ha disposto che nel nuovo triennio 2013 – 2015 gli stessi dovessero includere nel Piano di Zona la programmazione degli interventi sociosanitari riferiti ai L.E.A. assumendone gli oneri relativi nel Fondo unico di Ambito.

E' necessario, per il prossimo triennio di programmazione, perseguire tale obiettivo potenziando la rete dei servizi per fornire risposte sempre più appropriate a bisogni complessi che richiedono un alto grado di assistenza tutelare e un basso livello di assistenza sanitaria nelle strutture residenziali per anziani e disabili, e nelle nuove Strutture, introdotte nella programmazione sociosanitaria di Ambito a partire dal II P.S.R., che erogano prestazioni a bassa intensità assistenziale: Comunità tutelari per persone non autosufficienti e Case Alloggio per persone con disagio psichico.

III.5 MACROLIVELLO 5: MISURE DI INCLUSIONE SOCIALE. SOSTEGNO AL REDDITO

Il macro livello 5 “Misure di inclusione sociale – sostegno al reddito”, descritto nella seguente tabella, si articola in 2 Obiettivi di Servizio (OdS), 3 linee di intervento e 76 servizi, di cui 13 relativi alle Responsabilità Familiari (SINBA), 28 alla Disabilità e Non Autosufficienza (SINA), e 35 alla Povertà ed esclusione sociale (SIP). Nelle annualità del precedente Piano Sociale Regionale le risorse destinate ai servizi di questo macro livello sono progressivamente aumentate, sino ad attestarsi su una soglia di poco inferiore al 20% del totale.

Per il prossimo triennio la Conferenza delle Regioni e delle Provincie autonome ha richiesto un ulteriore aumento delle risorse destinate a misure di inclusione sociale e sostegno al reddito per la necessità non più procrastinabile di intervenire nel contrasto alla povertà, rafforzando quanto già previsto nella Proposta legge di Stabilità 2016 in discussione in Parlamento¹⁷.

17

La Conferenza delle Regioni e delle provincie autonome è, peraltro, tra i soggetti fondatori della Alleanza contro la povertà in Italia, che promuove la introduzione di un Reddito di inclusione sociale (REIS) che, con attuazione graduale modulata secondo un Piano nazionale (quale quello previsto appunto dalla Legge di stabilità proposta dal Governo per il 2016), raggiunga tutti i soggetti in povertà assoluta.

III.5.1. Interventi e misure per facilitare inclusione e autonomia

L'obiettivo di servizio ha come finalità di attivare interventi volti a fornire opportunità di inserimento sociale a quei cittadini che si trovano in condizione di difficoltà e per i quali è necessario favorire l'attivazione delle risorse personali, ancorché residue, per conquistare il massimo livello di autonomia possibile.

Rientrano in questo obiettivo gli interventi di promozione della vita indipendente del disabile. Tra i servizi/interventi possibili, le Linee Guida del Ministero delle politiche sociali per la presentazione di progetti sperimentali in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità (2015) prevedono:

- Il servizio di Assistente personale;
- Interventi che facilitino l'ingresso nel mondo del lavoro quali borse lavoro, tirocini formativi e percorsi di orientamento;
- Il servizio di trasporto sociale disabili.

Si rimanda alle predette Linee Guida per il dettaglio delle progettualità possibili. In particolare si segnala la possibilità di predisporre progetti finalizzati all'*empowerment* della persona con disabilità, intendendo il termine *empowerment* in una duplice accezione: la prima legata al rafforzamento delle capacità e competenze della persona; la seconda legata all'acquisizione di potere attraverso la partecipazione alla vita della comunità.

Tra gli Interventi e le misure per facilitare inclusione e autonomia, si segnalano anche le “fattorie sociali”, disciplinate in regione Campania dalla L.R. n. 5 del 30 marzo 2012 e dal Regolamento n. 8 del 25 novembre 2014. Le fattorie sociali sono imprese economicamente e finanziariamente sostenibili, la cui conduzione di una o più delle attività agricole, zootecniche, forestali, florovivaistiche, di agriturismo, di fattoria didattica, di apicoltura e di acquacoltura, è condotta con etica e responsabilità verso la comunità e l'ambiente e svolge l'attività produttiva in modo integrato con offerta di servizi culturali, educativi, assistenziali, formativi ed occupazionali a vantaggio dei

soggetti deboli, in collaborazione con le istituzioni pubbliche e con il terzo settore per attivare relazioni e servizi atti ad offrire risposte ai bisogni locali unitamente ad una o più attività, tra cui:

- attuazione di politiche attive di inserimento socio-lavorativo di persone appartenenti alle fasce deboli;
- svolgimento di percorsi di inserimento socio-lavorativo di tipo formativo-sociale attraverso tirocini formativi, formazione professionale ed esperienze orientate all'occupazione di soggetti appartenenti alle fasce deboli e più basso potere contrattuale, realizzati in conformità alle disposizioni in materia di formazione professionale;
- servizi di accoglienza, rivolti ad un ampio spettro di persone appartenenti a fasce deboli, con finalità socio-ricreative;
- servizi alla vita quotidiana: agri-asili, servizi di accoglienza diurna per anziani;
- riorganizzazione di reti di prossimità per la cura ed il supporto alla vita di anziani.

III.5.2. Misure di Sostegno al Reddito

Come richiesto dalla Strategia di Europa 2020, la finalità dell'obiettivo di servizio è di ridurre il numero di famiglie in povertà assoluta attraverso l'erogazione di contributi economici, cui associare misure di accompagnamento.

La realizzazione di interventi specifici di contrasto alla povertà deve partire da valutazioni che siano quanto più sistemiche possibile, privilegiando la possibilità di intersecare far convergere in un'unica misura le disponibilità finanziarie provenienti da diversi canali. E' essenziale che gli ambiti pongano attenzione ai diversi strumenti di contrasto messi in campo a livello locale, nazionale ed europeo.

In tale ottica si struttureranno gli interventi che saranno messi in campo.

E' essenziale che la programmazione degli interventi locali tenga conto delle misure di livello nazionale – in particolare di quanto previsto dal Piano nazionale previsto dalla proposta di Legge di Stabilità 2016 - e ponga in essere un costante monitoraggio per favorire la “compartecipazione responsabile” dei beneficiari.

L'azione di sostegno al reddito potrà essere affiancata dalla programmazione di azioni di inclusione attiva delineate nell'ottica degli strumenti di programmazione dei fondi strutturali (POR FSE, OT9, RA 9.1) e cioè:

1. Servizi sociali innovativi di sostegno a nuclei familiari multiproblematici e/o a persone particolarmente svantaggiate o oggetto di discriminazione [es. adozione sociale, tutoraggio, mediazione familiare e culturale, “centri territoriali per la famiglia”, prevenzione dell'abuso e del maltrattamento intra-familiare, e della violenza]. Progetti di diffusione e scambio di *best practices* relativi ai servizi per la famiglia ispirati anche al modello della sussidiarietà circolare.
2. Azioni di Sostegno a persone in condizione di temporanea difficoltà economica anche attraverso il ricorso a strumenti di ingegneria finanziaria.

La progettazione delle misure di inclusione deve essere parte di un programma multisettoriale che coinvolga oltre che le politiche sociali anche quelle del lavoro, dell'istruzione, della sanità e le istituzioni che le attuano, utilizzando tutti gli strumenti di *governance* locale che consentano la piena integrazione delle politiche (protocolli d'intesa, accordi di programma, conferenze di servizi).

Nella predisposizione dei Piani di Zona andrà seguita l'evoluzione degli interventi previsti dalla proposta Legge di stabilità 2016 in relazione al Piano nazionale contro la povertà, perché le opportunità messe in campo possano essere integrate in maniera da produrre interventi e servizi integrati, il più possibile efficaci, soprattutto, nell'interrompere la riproduzione intergenerazionale della povertà e dello svantaggio sociale. Si tratta di un obiettivo prioritario del Piano Sociale Regionale, sull'asse strategico della prevenzione, per trasformare la giovane età media della popolazione campana – che fa della Campania la più giovane tra le regioni italiane – in una risorsa di sviluppo e in una opportunità di miglioramento della qualità della vita di tutti.

Sin dalla predisposizione dei Piani di Zona si chiede agli Ambiti di predisporre modalità di intervento che siano già orientate nel senso previsto dalla normativa in via di definizione. In particolare:

– Gli Ambiti Territoriali, ai fini della predisposizione e attuazione dei progetti personalizzati di presa in carico, sono tenuti a **promuovere accordi di collaborazione in rete** con le amministrazioni competenti sul territorio in materia di servizi per l'impiego, tutela della salute e istruzione (Centro per l'impiego, Servizio Materno infantile, Centro di Salute Mentale, Sert, Centri di Formazione

Professionale, Scuola) nonché con soggetti privati attivi nell'ambito degli interventi di contrasto alla povertà.

– Agli Ambiti territoriali si chiede la **sottoscrizione di atti formali (accordi di programma, convenzioni, regolamenti)** che disciplinino i rapporti con i diversi soggetti pubblici e del privato sociale. Si chiede inoltre di formalizzare **accordi di collaborazione interservizi** (ad esempio servizi sociali, Servizio socio-educativo minori, adulti e famiglia, Servizio Sociale penale adulti)

– Tali atti dovranno indicare **le procedure, le risorse, le reciproche responsabilità**. In particolare andranno chiariti:

- i criteri per la composizione delle Equipe multidisciplinari (EEMM);
- le risorse umane e strumentali complessivamente dedicate alle EEMM;
- i flussi informativi necessari ad integrare l'Assessment, evitare la duplicazione e garantire la complementarità degli interventi (nelle more dell'attuazione del Sistema informativo dei servizi sociali- SISS);
- le modalità di attuazione della formazione congiunta degli operatori;
- le procedure per semplificare l'accesso ai servizi appropriati e agli interventi programmati, attraverso la funzione svolta dalla figura del Responsabile del caso;
- la gamma di servizi e interventi che potranno essere attivati (una sorta di "catalogo" dei servizi) e i criteri di priorità nell'accesso;

La Regione intende, per parte sua, prestare la massima attenzione allo sviluppo della normativa sul piano nazionale e si riserva di attuare **azioni di sistema e governance unitaria** sugli interventi di contrasto alla povertà che garantiscano i raccordi inter-istituzionali e interprofessionali necessari alla **collaborazione** e, possibilmente alla realizzazione di una **offerta integrata** (co-operazione) fra sistema sociale, del lavoro, sanitario, educativo, dell'istruzione e della formazione, nonché fra servizi del pubblico e del privato sociale, per garantire sul piano regionale parità di garanzie e di diritti ai residenti nei diversi territori.

PARTE IV: IL SISTEMA E GLI ASSETTI ISTITUZIONALI

IV.1 GLI ASSETTI DELLA GOVERNANCE

Per gli Ambiti, la cui natura e forma associativa prescelta lo consentono, permangono il Coordinamento Istituzionale e l'Ufficio di Piano. A questi due organismi è richiesto un equilibrio complementare, sia in termini di integrazione fra dimensione politica e tecnico amministrativa sia in termini di flessibilità e stabilità, che è proprio dei sistemi di *governance* territoriali.

IV.1.1. La gestione associata dei servizi

Come è noto le forme che i Comuni possono adottare per lo svolgimento associato di funzioni e servizi sono disciplinate dal Decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, Testo Unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali, e ss.mm.ii. In tale materia, le novità più rilevanti sono state introdotte dalla legge 7 aprile 2014, n. 56 "Disposizioni sulle città metropolitane, sulle province, sulle unioni e fusioni di comuni" c.d. legge Delrio, che è intervenuta, in materia di Unione dei Comuni con le modifiche apportate all'art. 32 del Testo Unico e con nuove disposizioni, alcune introdotte, a modifica dell'art. 14 del d.l. n. 78/2010, altre *ex novo*.

Per quanto il quadro normativo in materia sia in continua evoluzione, è possibile affermare che nessuna delle modifiche intervenute nel corso di questi anni ha messo in discussione l'esigenza di favorire i processi di razionalizzazione delle risorse attraverso l'esercizio associato di funzioni e servizi da parte dei Comuni.

Del resto, l'articolo 27 lettera g) della L. 30 luglio 2010, n. 122 ha inserito tra le funzioni fondamentali dei Comuni la "progettazione e gestione del sistema *locale* dei servizi sociali ed erogazione delle relative prestazioni ai cittadini, secondo quanto previsto dall'articolo 118, quarto comma, della Costituzione".

Se tale principio, affermato come principio cardine del sistema degli interventi e dei servizi sociali dalla legge regionale n. 11/2007, non è mai stato messo in discussione, ciò che appare tema di riflessione è quale sia il modello più efficace di forma associativa, pur all'interno delle diverse opzioni previste dalla legge.

In questo senso, le tendenze desumibili dalle scelte legislative della legge Delrio, sembrano oggi prediligere la forma dell'Unione dei Comuni quale forma strutturale riconosciuta dall'ordinamento statale per lo svolgimento delle funzioni fondamentali. Appare poi mitigato l'indirizzo, finalizzato al

contenimento della spesa pubblica, con l'abrogazione dell'articolo 9 della legge 7 agosto 2012, n. 135 (Conversione, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95) che prevedeva il divieto di istituzione e soppressione di enti, agenzie e organismi.

Questo nuovo quadro normativo conferma solo per i comuni di minore dimensione demografica (5000 abitanti, 3000 per i comuni montani o già appartenenti a Comunità montane) l'**obbligo** della gestione associata delle funzioni fondamentali nella forma dell'Unione dei Comuni entro il termine del 31 dicembre 2015. La stessa normativa nazionale, articolo 131 della legge 56/2014, prevede tuttavia che le regioni, nella definizione del patto di stabilità verticale, possano individuare idonee misure volte a **incentivare le unioni e le fusioni di comuni**, fermo restando l'obiettivo di finanza pubblica attribuito alla medesima regione.

Il sistema regionale di interventi e servizi in Campania è fondato sul principio dell'esercizio associato. La legge regionale n.11/2007 stabilisce l'obbligo di esercizio associato da parte degli Ambiti territoriali. Obbligo rafforzato dalle disposizioni in materia di Fondo Unico di Ambito chiaramente dirette a garantire l'esercizio sostanziale - e non solo formale - in forma associata delle funzioni in materia di interventi e servizi sociali, garantendo una reale disponibilità delle risorse in un unico centro di spesa. Con la deliberazione della Giunta Regionale n. 320 del 03/07/2012 si è poi garantita la coincidenza degli Ambiti con i Distretti sanitari per consentire, come previsto dalla legge regionale, una *governance* unitaria dell'assetto sociosanitario dei servizi alla persona.

Nonostante gli indirizzi e gli obiettivi perseguiti, a livello nazionale e regionale, per rafforzare l'esercizio associato, è innegabile che permangono delle criticità in parte dovute alla difficoltà di consolidare gli assetti istituzionali degli Ambiti territoriali. Rispetto alla cooperazione tra Comuni si deve far riferimento anche alla recente Legge Regionale n. 14/2015 sul riordino delle Province.

La Convenzione è, tra le forme associative individuate quali possibili dal T.U. – Convenzioni (art.30), Consorzi (art. 31), Unioni dei Comuni (art.32), Accordi di programma (art. 34) – quella adottata in modo prevalente dagli Ambiti territoriali della nostra regione per svolgere in modo coordinato le funzioni e i servizi sociali e per stabilite i rapporti finanziari ed i reciproci obblighi e garanzie.

Tale forma associativa, priva di veste giuridica, autonomia organizzativa e di bilancio, si dimostra sempre più inadeguata a gestire la molteplicità e la complessità di funzioni e servizi che sono stati attribuiti agli Ambiti Territoriali dalla legge regionale n. 11/07, così come modificata e integrata dalla legge regionale n. 15/2012.

Come già visto, nel triennio della nuova Programmazione sociale regionale 2016-2018, la Giunta regionale intende rafforzare l'esercizio associato delle funzioni dei comuni e favorire processi di riorganizzazione sovracomunale dei servizi, delle funzioni e delle strutture, in una direzione che garantisca il massimo grado di integrazione tra i comuni, anche attraverso forme di incentivazione da prevedere di un apposito fondo di bilancio dedicato.

Si rende pertanto necessario che gli Ambiti Territoriali (anche con Comuni superiori ai 3000-5000 abitanti) assumano forme associative più strutturate della Convenzione ex articolo 30 del TUEL, più adeguate ai compiti e alle funzioni che ad essi si richiede, con propria veste giuridica, autonomia organizzativa e di bilancio.

Tali forme associative e/o di gestione sono individuabili o nei Consorzi di cui all'ex articolo 31 del TUEL, secondo le norme previste per le aziende speciali di cui all'articolo 114 del TUEL, o nell'Unione di Comuni di cui all'articolo 32 del TUEL .

Fermo restando che occorre sia definito con chiarezza il quadro degli assetti istituzionali e della nuova ripartizione di materie attribuite alle Regioni dalla riforma costituzionale in corso, e che dunque anche il quadro normativo regionale è suscettibile di novità e modifiche, gli obiettivi della prossima programmazione triennale sono stati così individuati:

- favorire il massimo grado di integrazione tra i comuni, attraverso il potenziamento delle forme associative, sostenendo i processi di **aggregazione dei comuni di minori dimensione demografica**;
- promuovere le **unioni di comuni**, senza alcun vincolo alla successiva fusione, prevedendo comunque ulteriori benefici da corrispondere alle unioni che autonomamente deliberino, su conforme proposta dei consigli comunali interessati, di procedere alla fusione;
- **promuovere i Consorzi di cui all'art. 31 e 114 del TUEL**, anche alla luce degli indirizzi introdotti dalla sentenza della Corte Costituzionale 236 del 24 luglio 2013.

IV.1.2. Il Coordinamento Istituzionale

Il Coordinamento Istituzionale è definito dall'art.11 della L.R.11/07 e s.m.i., quale soggetto deputato alla funzione d'indirizzo programmatico, di coordinamento e di controllo della realizzazione della rete integrata d'interventi e servizi sociali e socio-sanitari d'ambito.

Il Coordinamento Istituzionale è composto, per ciascuno degli Ambiti territoriali, dai sindaci dei comuni associati, dal delegato della Città Metropolitana e, in materia d'integrazione socio-sanitaria, dal Direttore generale della ASL di riferimento o loro delegati.

Il Coordinamento Istituzionale al fine di esercitare le funzioni di cui è titolare:

- ✓ si dota di un proprio regolamento;
- ✓ promuove l'adozione e definisce, anche attraverso l'individuazione degli obiettivi e delle finalità, gli indirizzi per l'adozione degli atti sui criteri e modalità organizzative della erogazione dei servizi, dell'accesso prioritario, della compartecipazione degli utenti al costo dei servizi e sulle modalità del controllo di regolarità amministrativa e contabile, di gestione e di valutazione e controllo strategico di cui al decreto legislativo n. 286/1999;
- ✓ attribuisce, sino alla adozione della forma associativa ad uno dei comuni associati il ruolo di comune capofila d'ambito, con funzioni di coordinamento e responsabilità di gestione amministrativa e contabile del piano di zona;
- ✓ propone, ai comuni associati nell'ambito territoriale la forma associativa per l'esercizio delle funzioni e la modalità di gestione degli interventi e dei servizi programmati nel piano sociale di ambito, ai sensi del testo unico degli enti locali;
- ✓ nomina il coordinatore, istituisce l'ufficio di piano dell'ambito territoriale, regola il funzionamento ed i rapporti con il comune capofila e i comuni associati, nel rispetto delle direttive regionali e della forma associativa prescelta;
- ✓ verifica la corrispondenza dell'attività gestionale con le finalità e la programmazione del piano di zona;
- ✓ approva con atto deliberativo, congiuntamente al piano di zona, il bilancio del piano di zona.

IV.1.3 L'Ufficio di Piano

L'Ufficio di Piano riveste un ruolo estremamente delicato in quanto struttura tecnica di supporto per la realizzazione del Piano di zona. Ha il compito di elaborare e attuare la programmazione, secondo gli indirizzi forniti dall'organo politico di riferimento, e di svolgere le funzioni di gestione, amministrazione, monitoraggio e valutazione del Piano Sociale di Zona Territoriale. Esso costituisce inoltre l'ufficio di raccordo con l'amministrazione regionale in quanto è allo stesso che vengono generalmente inviate tutte le comunicazioni inerenti il sistema integrato dei servizi sociali. A tale organismo, proprio per il ruolo strategico di programmazione e controllo, vanno garantite tutte le prerogative istituzionali e tecniche di autonomia gestionale nel rispetto dell'indirizzo programmatico.

L'ufficio, dotato di un proprio regolamento, si avvale di personale competente rispetto alle funzioni da svolgere. Le risorse umane devono essere individuate prioritariamente fra il personale già in organico nei Comuni dell'Ambito o nella ASL, oppure, in subordine, con le modalità previste dalla normativa vigente, fra professionisti esterni.

Un'adeguata dotazione organica dell'Ufficio di Piano, in linea con lo svolgimento delle funzioni allo stesso attribuite, ferma restando, in ogni caso, l'autonomia degli Ambiti nell'andare a definirne l'effettiva dotazione organica in relazione al carico di lavoro e ai procedimenti realizzati, dovrebbe prevedere:

- un Coordinatore dell'Ufficio di Piano;
- un esperto di programmazione sociale e sociosanitaria;
- un referente amministrativo contabile;
- un referente per la comunicazione e il monitoraggio;
- un esperto di rendicontazione e monitoraggio dei fondi europei

Nello specifico, per quanto concerne la funzione di supporto alla programmazione l'Ufficio di Piano svolge:

- analisi del sistema d'offerta dei servizi (localizzazione, funzioni, prestazioni, professioni, costi) presenti nell'Ambito territoriale per valutarne l'appropriatezza e l'eventuale ridefinizione;

- redazione del piano sociale di zona sulla base degli indirizzi programmatici forniti dal coordinamento istituzionale e dell'attività di concertazione svolta;
- monitoraggio e della domanda sociale e individuazione di eventuali nuovi bisogni, attraverso l'organizzazione di momenti concertativi con i soggetti presenti nel territorio dell'Ambito territoriale;
- progettazione/ri-progettazione partecipata dei servizi da realizzare nell'Ambito territoriale;
- definizione del sistema di comunicazione fra i Comuni e i diversi soggetti dell'Ambito territoriale;
- raccordo con il Servizio Sociale Professionale, e il Servizio di Segretariato sociale laddove esistente;
- programmazione sociosanitaria;
- programmazione delle risorse europee;
- predisposizione di piani di comunicazione sociale;
- aggiornamento in materia di normativa regionale, nazionale, europea anche al fine di intercettare nuove e differenti risorse economiche.

Quanto alla gestione tecnica e amministrativa il suddetto Ufficio si occupa della:

- definizione delle procedure amministrative connesse alla programmazione, gestione, controllo e rendicontazione delle risorse finanziarie;
- definizione delle modalità di individuazione, allocazione delle risorse economiche, strutturali, umane;
- organizzazione e affidamento dei servizi ai soggetti del terzo settore previsti dal Piano sociale di zona (definizione di bandi, gare d'appalto, procedure per l'autorizzazione e accreditamento, ecc);
- definizione dei regolamenti d'accesso e di compartecipazione degli utenti.
- Per il monitoraggio e la valutazione svolge funzioni di:
 - predisposizione di sistemi di monitoraggio e valutazione dei servizi;
 - monitoraggio della qualità offerta ai destinatari dei servizi;
 - monitoraggio delle procedure di affidamento dei servizi previsti nel Piano di zona con particolare attenzione alle caratteristiche dei soggetti a cui affidare, ai criteri di valutazione delle proposte progettuali ed ai vincoli posti nei bandi e negli avvisi per sostenere il rispetto della normativa vigente in materia di contratti di lavoro per tutte le risorse umane impegnate dai soggetti affidatari per la erogazione dei servizi;
 - implementazione di sistemi informativi già esistenti per l'elaborazione di dati territoriali locali, provinciali e regionali.

Alla luce delle criticità che il limite previsto per il personale esterno contrattualizzato dall'Ambito ha avuto nel precedente triennio, soprattutto per quanto riguarda i servizi relativi all'accesso e alla presa in carico dell'utenza, per il triennio 2016 – 2018 viene stabilito il limite complessivo del 20% del FUA per l'utilizzo di personale esclusivamente presso l'Ufficio di Piano, il Servizio Sociale Professionale e il Segretariato Sociale.

Tale limite costituisce la somma complessiva del FUA (calcolato in base alle disponibilità finanziarie) che potrà essere utilizzata per l'impiego di figure esterne, laddove strettamente necessarie, e/o per la valorizzazione del costo del personale interno distaccato dai Comuni dell'Ambito presso l'Ufficio di Piano, nel limite massimo del 60% del costo tabellare contrattuale per ogni unità di personale formalmente messa a disposizione dell'Ufficio di Piano, in base alle ore di effettivo impiego.

Tale valorizzazione potrà concorrere alla compartecipazione dei Comuni dell'Ambito al FUA secondo quanto riportato nel successivo paragrafo sulle modalità di partecipazione finanziaria dei Comuni.

Al fine di dotare l'ufficio di piano di un organico sempre più stabile, con preferenza per rapporti di lavoro a tempo determinato e indeterminato, si ribadisce, inoltre, la necessità di definire, all'interno delle norme che regolano la gestione associata degli Ambiti, la dotazione organica dell'Ufficio di piano per un periodo non inferiore al triennio di vigenza del piano sociale regionale. Allo stesso modo, il periodo temporale di contrattualizzazione dei collaboratori esterni va definito a livello triennale.

IV.1.4 Il Servizio Sociale Professionale

Il luogo dell'accoglienza del cittadino, delle sue problematiche complesse e non, sono i servizi sociali territoriali e il segretariato sociale.

Al servizio sociale professionale spetta la presa in carico dell'utente e la responsabilità del progetto individualizzato sul singolo caso.

L'assistente sociale, quale *case manager*, è la figura professionale in grado di assumersi la responsabilità istituzionale del progetto individualizzato, da realizzare insieme all'utente, alla sua famiglia, all'ASL e agli altri servizi o enti se coinvolti.

Oltre all'importanza che tale servizio riveste nei confronti del cittadino, esso ricopre un ruolo fondamentale anche nei confronti dell'Ufficio di Piano. Sono gli assistenti sociali di questo servizio che, determinando l'accesso nel sistema integrato dei servizi, operano a costante contatto con i bisogni dei cittadini.

In ogni Ambito Territoriale, come definito dall'art. 5 della L.R. 11/2007 e s.m.i., deve essere garantito almeno un assistente sociale ogni 10.000 abitanti.

Tuttavia permangono ancora situazioni di instabilità del servizio, legate alla presenza di personale con contratti di collaborazione esterna e non stabilizzata all'interno dei Comuni e, pertanto, a difficoltà derivanti dalla formalizzazione del ruolo e dalla responsabilità istituzionale del mandato da affidare agli assistenti sociali.

Si ribadisce, pertanto, la necessità di dotarsi di figure professionali istituzionali che abbiano la responsabilità sia della qualità del processo sia della sostenibilità dei costi nella presa in carico degli utenti, nelle Unità di Valutazione Integrata (UVI), nell'elaborazione del progetto individualizzato, nella valutazione del percorso e nelle scelte di dismissione.

IV.1.5 Il Servizio di Segretariato Sociale

Il segretariato sociale (Antenne sociali) opera in stretta connessione con il Servizio Sociale Professionale, ha la funzione di accoglienza, informazione, orientamento, filtro della domanda e collegamento con i diversi servizi territoriali.

Si tratta di un servizio che i Comuni possono gestire direttamente o esternalizzare a soggetti terzi, presidiando con idonei strumenti di monitoraggio, valutazione e controllo il suo funzionamento.

IV.1.6 L'ufficio di tutela degli utenti

Secondo il novellato comma 1 dell'art. 48 della L.R. 11/2007 "ciascun ambito territoriale istituisce, di norma presso l'ufficio relazioni con il pubblico, l'ufficio di tutela degli utenti con il compito di sollecitare, a seguito di reclamo dell'utente, il rispetto, da parte degli erogatori delle prestazioni, della carta dei servizi sociali in precedenza adottata e sottoscritta".

In seguito alle modifiche alla L.R. 11/2007 adottate con la L.R. 15/2012, i componenti di tale ufficio non sono più nominati dalla Giunta regionale, ma dai singoli Ambiti. E' pertanto opportuno che ogni Ambito si doti al più presto di tale ufficio e ne disciplini le funzioni e la composizione, al fine di gestire adeguatamente il rapporto con l'utenza.

IV.2 DISPOSIZIONI PER IL FONDO UNICO DI AMBITO

IV.2.1 Il Fondo Sociale Regionale

Lo strumento individuato dalla L.R. n. 11/07 e s.m.i per il finanziamento del sistema integrato di interventi e servizi sociali è il Fondo sociale regionale che rappresenta il principale strumento finanziario per l'attuazione e lo sviluppo omogeneo su tutto il territorio regionale del sistema. In esso confluiscono diverse fonti di finanziamento:

- ✓ risorse statali
- ✓ risorse regionali
- ✓ risorse europee

Al finanziamento del sistema integrato contribuiscono, inoltre, i Comuni e le Province con risorse proprie.

Le risorse del Fondo sociale regionale sono vincolate alla programmazione dei Piani di Zona degli Ambiti territoriali, ad eccezione di quelle destinate dalla programmazione regionale all'attuazione delle azioni a titolarità regionale.

Per quanto riguarda l'assegnazione dei fondi destinati alla programmazione dei Piani di Zona i criteri di riparto saranno i seguenti:

- Fondo Nazionale Politiche Sociali: 85% popolazione residente nell'Ambito e 15% estensione territoriale dell'Ambito;
- Fondo Regionale: 85% popolazione residente nell'Ambito e 15% estensione territoriale

dell'Ambito;

➤ Fondo Non Autosufficienza: popolazione residente nell'Ambito di età pari o superiore a 75 anni.

IV.2.2 L'entità e le modalità di partecipazione finanziaria dei comuni

I comuni, associati in ambiti territoriali, istituiscono, ai sensi dell'art. 52 bis della L.R. 11/2007 e s.m.i., il Fondo Unico di Ambito (FUA) per la realizzazione del piano di zona. In essi confluiscono le risorse destinate al finanziamento del sistema integrato locale. Il Fondo Unico di Ambito è lo strumento finanziario unico per la realizzazione del piano di zona e nello stesso confluiscono, tra le altre, le risorse dedicate provenienti dai bilanci dei Comuni associati in Ambito. Operativamente, esso consiste di uno o più capitoli di bilancio dedicati nel bilancio del comune capofila, per i comuni la cui forma associativa è la convenzione, o della entità cui dà luogo la forma associativa prescelta se diversa dalla convenzione.

Il Fondo Unico di ambito è costituito da:

- ✓ risorse provenienti dal Fondo sociale regionale;
- ✓ risorse del sistema delle autonomie locali;
- ✓ fondi europei a disposizione dell'ambito per la realizzazione di interventi che rientrano nel piano di zona;
- ✓ risorse provenienti da altri soggetti del settore pubblico o privato.

I comuni associati assicurano la tenuta di una contabilità separata analitica per centri di costo e responsabilità tale da consentire analisi comparative dei costi e dei risultati.

Le risorse del FUA non possono essere utilizzate per altri fini se non quelli previsti dal piano di zona.

Il Coordinamento istituzionale delibera la misura della contribuzione dei singoli comuni al Fondo Unico di Ambito, tenendo conto delle spese complessive per la realizzazione del sistema integrato dei servizi sociali di Ambito, della spesa storica consolidata in riferimento ai servizi sociali e delle tendenze evolutive della stessa. La misura del contributo finanziario, per ogni singolo comune appartenente all'Ambito, non potrà in ogni caso essere inferiore a € 7 per abitante.

Accanto al contributo in termini finanziari, potrà essere contabilizzata anche la messa a disposizione di risorse umane per le esigenze di funzionamento dell'Ambito. Ciò avviene attraverso la valorizzazione del costo contrattuale tabellare del personale dipendente dei singoli comuni distaccato presso l'Ufficio di Piano (in coerenza con la composizione indicata nel paragrafo specifico e secondo quanto lì specificato), fermo restando la quota minima di compartecipazione (pari o superiore a 7€ per abitante) da assicurare con il contributo finanziario.

Dall'analisi dei dati relativi al triennio precedente si può osservare come la Regione Campania abbia progressivamente provveduto ad incrementare le proprie risorse destinate alle politiche sociali portando il Fondo Regionale, istituito nel 2013, da uno stanziamento iniziale di € 15.615.000,00 per la I annualità ad € 28.500.000,00 per la III annualità, arrivando così anche a superare l'assegnazione del Fondo Nazionale Politiche Sociali.

Fondo regionale 2013 Fondo regionale 2014 Fondo Regionale 2015

€ 15.615.000,00 € 16.315.000,00 € 28.500.000,00

Grazie a questo impegno, la quota capitaria relativa al Fondo Sociale Regionale è passata, nell'ultimo anno, da € 10,72 ad € 12,12 ad abitante, con un investimento maggiore pari ad € 8.206.140,60.

Per quanto riguarda, invece, la compartecipazione dei Comuni si può notare come, a fronte di una quota capitaria media regionale pari ad € 26,64, sia presente una significativa differenza di distribuzione su base provinciale, laddove si passa da un minimo di € 7,81 ad abitante per la provincia di Benevento fino ad arrivare ad € 34,19 per la provincia di Napoli.

Provincia Quota capitaria per fondi comunali

Avellino	15,00
Benevento	7,81
Caserta	11,34
Napoli	34,19
Salerno	27,42

Campania 26,64

Alla luce degli appostamenti del triennio precedente, pertanto, l'obiettivo del triennio 2016 – 2018 sarà quello di tendere al superamento degli squilibri territoriali e all'incremento delle quote capitarie

dei Comuni ancora attestate al di sotto della media regionale, che dovranno essere progressivamente incrementate almeno fino a € 15 ad abitante, in coerenza con la strategia regionale di programmazione delle risorse.

IV.2.3 I criteri per il concorso degli utenti al costo delle prestazioni socio-sanitarie

Nel rispetto degli assetti istituzionali determinati dalla riforma del Titolo V della Costituzione, dal Testo Unico degli Enti Locali e della legge regionale n. 11/2007 e ss.mm.ii. risulta di primaria importanza garantire l'organizzazione di servizi a favore di cittadini in condizione di non autosufficienza assicurandone la continuità assistenziale. I criteri ispiratori del sistema integrato di offerta devono sottostare a principi di efficacia, efficienza, economicità, trasparenza e solidarietà.

Nel rispetto dell'autonomia dei Comuni, la Regione per garantire uniformità nei criteri di accesso al sistema integrato dei servizi ed a maggior tutela dei diritti dei cittadini campani, propone modalità di compartecipazione alla spesa da parte degli utenti. A tale fine si forniscono ai Comuni associati in Ambiti territoriale strumenti condivisi.

I Comuni Associati nell'Ambito Territoriale e l'A.S.L. di riferimento realizzano l'integrazione sociosanitaria nel rispetto delle normativa nazionale e regionale vigente, e con particolare riguardo ai criteri di determinazione della quota di compartecipazione dei cittadini/utenti al costo delle prestazioni socio sanitarie, di tipo domiciliare e semi-residenziale, si rinvia a quanto disposto dalla L.R. 11/07, dalla L.R. 15/12, dal D.P.C.M. Del 29.11.01, nonché dai Decreti del Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di Rientro del Settore Sanitario n. 6/10 e n.110/2014, dal D.P.C.M. 159/2014, e dalla L.R. 16/14.

In base a tale disposto normativo, alla Regione spetta la funzione di individuare le soglie minime di esenzione e massime di compartecipazione, mentre è lasciata all'autonomia decisionale dei Comuni associati in Ambiti Territoriali la facoltà di definire, con proprio regolamento, sia soglie minime e massime alternative *se più favorevoli* alle esigenze dei propri cittadini, sia di definire fasce intermedie di reddito e relativa quota di compartecipazione comprese fra le soglie minima e massima.

La quota di compartecipazione dell'utente al costo del servizio è strettamente correlata alla sua situazione reddituale e patrimoniale. Per il calcolo dell'indicatore di situazione economica equivalente (I.S.E.E.), la Dichiarazione Sostitutiva Unica (D.S.U.) concernente la situazione reddituale e patrimoniale del richiedente la prestazione agevolata, nonché quella di tutti i componenti il nucleo familiare andrà redatta conformemente al D.P.C.M. 159/2014. Il dichiarante potrà presentare una nuova dichiarazione sostitutiva prima della scadenza in caso di variazione della propria situazione familiare e/o patrimoniale.

IV.3. LA PROMOZIONE E L'ACCESSO AI SERVIZI

IV.3.1 Il catalogo e le tariffe

Con l'approvazione della L.R. n.15 del 6 luglio 2012 recante "Misure per la semplificazione, il potenziamento e la modernizzazione del sistema integrato del welfare regionale e dei servizi per la non autosufficienza", è stato avviato un lavoro di revisione del regolamento regionale di attuazione della L.R. 11 del 23 ottobre 2007 (Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. Attuazione della legge 8 novembre 2000, n. 328) che si è concluso con l'approvazione del nuovo regolamento regionale emanato con DPGR n. 4 del 7 aprile 2014.

Tale regolamento, disciplina, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, lettera d), della legge regionale 11/07, le procedure, le condizioni, i requisiti comuni e i criteri di qualità per l'esercizio dei servizi del sistema integrato nonché l'esercizio delle funzioni di controllo e di vigilanza riservate ai comuni associati negli ambiti territoriali ai sensi dell'articolo 19 della legge regionale. Esso è corredato dal catalogo dei requisiti specifici dei servizi, adottato con DGRC n.107 del 23.04.2014.

Il nuovo testo regolamentare ha consentito un'importante azione di revisione degli standard strutturali organizzativi e funzionali dei servizi residenziali, semi-residenziali, territoriali e domiciliari, garantito una maggiore uniformità dell'offerta dei servizi, una maggiore semplificazione del procedimento amministrativo e favorito la risoluzione di alcune problematiche riscontrate nell'applicazione della precedente normativa.

E' stato introdotto il meccanismo della segnalazione certificata di inizio di attività (SCIA), secondo la disciplina recata dall'articolo 19 della legge n. 241 del 1990, per consentire l'immediata attivazione dei servizi territoriali e domiciliari, fermo restando il compito di verifica del rispetto dei

requisiti da parte dell'amministrazione competente ed è stata prevista per i prestatori privi di autorizzazione, la possibilità di richiedere contestualmente sia l'autorizzazione che l'accREDITAMENTO.

La disciplina per l'autorizzazione all'erogazione di servizi sperimentali è stata resa più stringente e sono state dettate norme più puntuali sulle procedure di verifica e controllo della qualità al fine di assicurare il rispetto della carta dei servizi e degli standard di qualità senza, tuttavia, appesantire le procedure amministrative.

Si è provveduto ad ampliare la rete di infrastrutture e servizi. Il catalogo dell'offerta dei servizi si è arricchito di nuove fattispecie di servizi, come il Pronto Intervento Sociale e il Servizio di Assistenza Scolastica e tra i servizi residenziali, la "Comunità alloggio" e il "Gruppo appartamento" per persone con disagio psichico. Questi ultimi sono confluiti nel repertorio dei servizi di cui al catalogo a conclusione del percorso di sperimentazione realizzato sul territorio regionale ai sensi della DGRC n. 666 del 6 dicembre 2011 recante "Linee guida dei servizi per la salute dei cittadini adulti sofferenti psichici".

E' stata prevista la possibilità di collocare più servizi all'interno di una stessa unità abitativa (es. RSA e comunità tutelare), al fine di facilitare la continuità assistenziale e la Comunità tutelare per persone adulte non autosufficienti è stata estesa anche alle persone ultrasessantacinquenni, conformemente a quanto stabilito dalla L.R. 15/2012. Ciò al fine di garantire alle persone anziane non autosufficienti e/o parzialmente non autosufficienti che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse l'accoglienza in una struttura comunitaria in grado di offrire un alto grado di assistenza tutelare e interventi prevalentemente di tipo socio-assistenziale capaci di facilitare il recupero dell'autonomia psico-fisica.

Le figure professionali sono state raggruppate in quattro livelli che operano a seconda della specificità nei servizi al fine di semplificare le disposizioni regolamentari in tema di personale. Con deliberazione nr.490/2015 sono state apportate delle modifiche ai requisiti dei profili professionali dei servizi denominati nido, micro-nido e servizi integrativi al nido, necessarie a garantire la continuità operativa degli educatori che hanno già prestato servizio in data antecedente all'entrata in vigore del regolamento 4/2014 al fine di non interrompere la loro funzione educativa. A tal fine, è stato, inoltre, eliminato il limite del 30% riservato alle figure professionali di II livello e stabilito che, tra le figure professionali presenti nel servizio, almeno una debba essere di III livello e a tempo pieno – garantendo, cioè, una presenza nel servizio secondo il monte ore stabilito dal proprio C.C.N.L di riferimento.

Un significativo processo di dematerializzazione di alcune importanti procedure amministrative, quali ad esempio quelle connesse all'autorizzazione al funzionamento ed all'iscrizione nel registro regionale dei servizi, è stato avviato con l'adozione del Sistema di Rilevazione Servizi – SRS - (Decreto Dirigenziale n. 108 del 23.12.2014) che consente alle Amministrazioni competenti di adempiere alla trasmissione alla Giunta Regionale dei dati relativi a tutti i provvedimenti emessi a favore dei servizi di cui al catalogo adottato con D.G.R.C. 107 del 23/04/2014, ottenendo in tal modo una mappatura dell'offerta regionale dei servizi e delle prestazioni, articolata per territori, per tipologie di servizi e per tipologie di target di bisogno.

Si prevede per il prossimo triennio operativo una messa a regime del citato sistema attraverso il consolidamento delle procedure di trasmissione dei dati nella piattaforma ON _Line del SRS da parte delle amministrazioni competenti.

Insieme all'istituto dell'accREDITAMENTO, che fornisce garanzie nel contesto più ampio dell'offerta di prestazioni in quanto assoggetta gli erogatori pubblici e privati alle stesse regole, con Delibera della Giunta Regionale n.372 del 07.08.2015 sono state approvate le tariffe relative ai servizi residenziali e semi-residenziali, di cui alla DGRC n. 107 del 23/04/2014.

Le suddette tariffe garantiscono che l'erogazione del servizio avvenga nel rispetto degli standard minimi individuati dal regolamento 4/2014. Esse si applicano ai servizi residenziali e semiresidenziali accREDITATI il cui costo si pone anche solo in parte a carico dell'ente pubblico. Sono esclusi pertanto i servizi privati la cui utenza è a carico dei privati in ottemperanza all'art.3 del Decreto legislativo 26 marzo 2010 n.59 (Attivazione della Direttiva 2006/123/CE relativa ai servizi del mercato interno).

Attraverso l'istituto dell'accREDITAMENTO e la definizione pubblica delle tariffe da corrispondere ai soggetti accREDITATI per le prestazioni erogate, la Regione Campania, ha inteso garantire la qualità

dei servizi dando garanzia e certezza al cittadino/utente di un buon livello qualitativo dei servizi e della loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale.

IV.4 IL SISTEMA INFORMATIVO SOCIALE DELLA CAMPANIA

La Giunta Regionale della Campania con deliberazione n. 26 del 7 febbraio 2014 ha elencato gli strumenti necessari a soddisfare il fabbisogno informativo del sistema integrato dei servizi sociali, da attivare con le forme dell'*in house providing* conformi ai principi comunitari, in base ai quali per le attività che si intendono esternalizzare occorre avvalersi in via prioritaria delle proprie strutture in *house*, così come d'altronde recentemente ribadito dal legislatore regionale nell'art. 1, comma 2 della Legge 15/2013.

Tenuto conto delle sperimentazioni realizzate dai progetti SFA-SFAAR prima, e da Campania Sociale Digitale poi, il Sistema Informativo Sociale (SIS) della Campania deve quindi essere articolato in 6 applicativi *web based*, in grado di produrre la mappatura della domanda di servizi alla persona, potenziali e manifesti, di supportare la pianificazione e la programmazione della offerta da parte delle comunità locali, di favorire la decodifica e ricodifica della domanda espressa in funzione dell'offerta di servizi, individuando le prestazioni più appropriate, monitorando la loro erogazione e valutandone l'efficacia per promuovere i necessari adattamenti migliorativi.

In considerazione dei debiti informativi degli Ambiti Territoriali e degli uffici regionali, già presenti ed in via di ulteriore definizione - in particolare quelli relativi all'indagine ISTAT sulla spesa sociale dei comuni singoli ed associati, al Casellario dell'assistenza, al Sistema Informativo Servizi Educativi (SINSE), al Sistema Informativo Minori non accompagnati (SIM) - gli applicativi del SIS, tra loro correlati, devono renderne agevole l'assolvimento nonché consentire ai cittadini di essere tempestivamente informati sull'offerta dei servizi, sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo.

Di seguito si descrivono sinteticamente le componenti del SIS.

L'applicativo "Profilo di Comunità", deve processare dati provenienti da fonti riconosciute ed attendibili (ISTAT, SSN, etc.), importati attraverso la cooperazione applicativa tra sistemi informativi, aladdove possibile, o attraverso procedure semiautomatiche di acquisizione degli *open data* forniti dalle Amministrazioni competenti.

L'*output* atteso è costituito da indicatori sintetici delle caratteristiche salienti della comunità analizzata (struttura demografica, socio-economica ed epidemiologica, dotazione infrastrutturale etc.) ed il posizionamento nel contesto provinciale e regionale, al fine di delineare la potenziale domanda di servizi che essa esprime. Resi disponibili e fruibili da cittadini e *stakeholders* in formato aperto nell'area pubblica del Portale "Campania Sociale" e nella *home page* di ciascun Ambito, i dati e gli indicatori del "Profilo di Comunità" devono essere acquisiti dall'applicativo "PdZ presentazione e gestione" a supporto delle scelte strategiche della programmazione territoriale.

L'applicativo "Carta dei Servizi" deve consentire agli operatori degli enti del sistema integrato dei servizi sociali, attraverso la compilazione di *format* conformi agli schemi adottati dalla Regione Campania, di esplicitare la propria carta dei servizi, rendendo disponibili in formato digitale le informazioni in essa presenti.

L'*output* atteso è costituito dalla Carta dei Servizi delle Strutture e degli Enti fornitori di servizi accreditati, nonché dalla Carta della Cittadinanza degli Ambiti Territoriali, sia singolarmente che strutturate in un DB generale che renda possibile il confronto tra le informazioni e gli standard presenti in ciascuna di esse. Le Carte dei Servizi e le Carte della Cittadinanza devono essere disponibili e fruibili da cittadini e *stakeholders* in formato aperto nell'area pubblica del Portale "Campania Sociale", ed inoltre devono essere acquisiti dall'applicativo "PdZ presentazione e gestione" a corredo della documentazione obbligatoria della pianificazione sociale, e dall'applicativo "Anagrafi fornitori" quale elemento necessario per il buon esito della procedura di accreditamento.

L'applicativo "Anagrafi fornitori" deve consentire ai legali rappresentanti delle Strutture e degli Enti fornitori di servizi, di attivare la procedura di accreditamento ed autorizzazione prevista dal regolamento n. 4/2014, e di assolvere ai connessi adempimenti anche utilizzando l'applicativo "Carta dei Servizi", nonché agli operatori delle Amministrazioni Comunali competenti di gestire *online* il procedimento.

L'*output* atteso è costituito da un DB che in tempo reale descrive le caratteristiche principali delle Strutture sociali e dei fornitori di Servizi presenti sul territorio regionale in grado di soddisfare adeguatamente i bisogni assistenziali dei cittadini campani. L'elenco dei fornitori deve essere

disponibile e fruibile da cittadini e *stakeholders* in formato aperto nell'area pubblica del Portale "Campania Sociale", deve essere utilizzato dagli applicativi "PdZ attuazione" e "Cartella Sociale Informatizzata" per registrare il soggetto a cui viene commissionato il servizio e che fornisce al cittadino la prestazione assistenziale; deve, infine, consentire di assolvere ai debiti informativi del SINSE e SIM.

L'applicativo "PdZ Presentazione e gestione" deve consentire agli operatori dell'Ufficio di Piano degli Ambiti Territoriali di programmare gli interventi sul proprio territorio, attraverso la redazione del Piano di Zona triennale e dei suoi aggiornamenti annuali, nonché agli operatori regionali di verificarne la conformità con le disposizioni normative e le indicazioni regionali, attraverso la valutazione delle sue componenti costitutive.

L'*output* atteso è costituito da un *Data Warehouse* per ogni Ambito Territoriale del proprio PdZ, da un DB che consenta di cogliere con indicatori sintetici le sue dimensioni più significative, nonché da un DB in grado di assolvere ai debiti informativi dell'Ambito (ISTAT, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, etc.). Gli indicatori sintetici degli interventi e dei servizi programmati con i PdZ devono essere disponibili nell'area pubblica del Portale "Campania Sociale" e fruibili da cittadini e *stakeholders* in formato aperto, sia nella *home page* che nelle pagine di ciascun Ambito, e devono essere acquisiti dall'applicativo "PdZ Attuazione" per il monitoraggio degli stati di avanzamento.

L'applicativo "PdZ Attuazione" deve consentire agli operatori dell'Ufficio di Piano degli Ambiti Territoriali di registrare lo stato di avanzamento procedurale, fisico e finanziario degli interventi di cui beneficiano i cittadini, programmati nel PdZ e formalizzati nei progetti individuali, ed attraverso il loro monitoraggio, agli operatori del welfare di gestire i procedimenti operativi ed amministrativi ad essi connessi.

L'*output* atteso è costituito da un *Data Warehouse* per ogni Ambito Territoriale degli atti (note, decreti, etc.) dei procedimenti amministrativi connessi all'attuazione del PdZ, da un DB che permetta di cogliere attraverso indicatori sintetici il grado di realizzazione di quanto programmato, nonché da un DB in grado di assolvere ai debiti informativi verso tutti gli attori del welfare campano, accessibile attraverso profili di accesso personalizzati e corredati di opportuni cruscotti informativi. Gli indicatori sintetici degli interventi e dei servizi attuati devono essere disponibili nell'area pubblica del Portale "Campania Sociale" e fruibili da cittadini e *stakeholders* in formato aperto, sia nella *home page* che nelle pagine di ciascun Ambito.

L'applicativo "Cartella Sociale Informatizzata" deve consentire agli operatori degli Ambiti Territoriali a tal fine preposti, di provvedere alla presa in carico degli utenti in modo efficiente, efficace ed appropriato, favorendo la cooperazione tra tutti gli attori del welfare campano e, in particolare, con gli operatori sanitari per ciò che concerne i servizi sociosanitari. Esso deve pertanto consentire la raccolta delle informazioni di ogni cittadino che si rivolge al sistema integrato dei servizi, attraverso la registrazione dei dati relativi all'accesso, alla valutazione del bisogno (sociale o sociosanitario), alla composizione del progetto individuale di intervento ed al monitoraggio della sua attuazione.

L'*output* atteso è costituito da un *Data Warehouse* per ogni Ambito Territoriale dei fascicoli elettronici dei propri utenti, comprensivo di dati e di documentazione opportunamente digitalizzata, delle schede di valutazione impaginate con i *format* condivisi con gli operatori sanitari (SVAMA e SVAMDI), nonché di un DB che consenta di descrivere in forma anonima ed aggregata le loro caratteristiche e di assolvere ai debiti informativi esistenti (SINA e SINBA e SIP) connessi con gli adempimenti relativi al Casellario dell'assistenza, regolamentati dal Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 16 dicembre 2014, n. 206 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 57 del 10 marzo 2015.

L'interfaccia web, conforme alle indicazioni normative elencate nelle "Linee guida per i siti web della P.A.", deve essere costituita da un portale, strutturato in pagine generali e pagine di Ambito Territoriale, dotato di un *Content Management System* (sistema di gestione dei contenuti) in grado di permettere agli operatori regionali ed a quelli territoriali di aggiornare ed implementare i contenuti, e così renderlo uno strumento dinamico. Esso deve articolarsi in un'area pubblica, liberamente consultabile, in cui cittadini e *stakeholders* trovano tutte le informazioni relative al sistema integrato dei servizi sociali campani, ed un'area riservata, nella quale gli operatori regionali e territoriali, secondo il proprio ruolo, possono svolgere le attività operative, gestionali e direzionali. Gli applicativi ed il portale, previo un periodo di sperimentazione, devono essere messi in esercizio nel triennio di vigenza del III PSR, verificando in ciascuna annualità lo stato di avanzamento ed il

grado di soddisfazione dei suoi utilizzatori e dei suoi fruitori, affinché prontamente possano essere apportati gli opportuni miglioramenti.

IV.5. I PIANI DI ZONA 2016-2018

IV.5.1 Procedure per la presentazione dei Piani di Zona

Anche per questo triennio la presentazione dei Piani di Zona avverrà online.

In seguito all'approvazione del presente Piano, saranno emanate le indicazioni operative in cui verranno riportate le procedure di dettaglio per la presentazione dei Piani di Zona triennali e i riparti dei fondi destinati agli Ambiti territoriali per l'attuazione dei Piani di Zona.

Il Piano di zona triennale dovrà contenere l'analisi dei bisogni, le strategie generali per il triennio, gli obiettivi da raggiungere e i relativi indicatori, con l'indicazione dei servizi che si intendono realizzare e una previsione di massima delle risorse da impiegare sugli stessi per ogni annualità del triennio.

La programmazione finanziaria di dettaglio per ogni annualità del Piano dovrà essere invece aggiornata annualmente, in seguito all'emanazione degli atti di riparto delle relative risorse.

Le risorse assegnate agli Ambiti territoriali saranno trasferite in due tranche, la cui percentuale sarà determinata sulla base della disponibilità del bilancio regionale:

- Acconto, alla presentazione del Piano di Zona triennale e della programmazione finanziaria di dettaglio di ogni singola annualità;
- Saldo, a seguito del monitoraggio della spesa sostenuta dall'Ambito per ogni singola annualità.

Il procedimento regionale per la dichiarazione di conformità del Piano di zona triennale, avviene secondo quanto specificato all'art. 21 della L.R. 11/2007, con ricorso all'esercizio dei poteri sostitutivi previsti dall'art. 47, in caso di mancato rispetto delle disposizioni di cui agli artt. 10, 21 e 52 bis della stessa legge.

APPENDICE 1. LA PROGRAMMAZIONE DEI PIANI DI ZONA NEL PSR 2013-2015

Il sistema integrato dei servizi sociali campani così come si è strutturato nel triennio i vigenza del II Piano Sociale Regionale (PSR) può essere descritto attraverso l'analisi dei dati dei Piani di Zona (PdZ), che a partire dal 2013 è stato possibile presentare con l'ausilio dell'applicativo *web based* "PdZ online".

Al fine di tracciarne una corretta rappresentazione è però necessario sottolineare almeno tre peculiarità particolarmente significative.

In primo luogo occorre evidenziare che i dati relativi alla I e la II annualità si riferiscono alla totalità dei Piani di Zona della Campania, tutti risultati conformi alle indicazioni regionali, mentre quelli della III riguardano 56 su 57, nessuno dei quali è stato dichiarato conforme in quanto il procedimento di verifica della corrispondenza alle linee guida regionali al momento è ancora in atto.

Ulteriore differenza rispetto al I PSR è l'assetto territoriale del sistema del welfare campano che descrivono. Infatti con deliberazione n. 320 del 3 luglio 2012, la Giunta Regionale ha ridefinito gli Ambiti al fine di rialinearli con i Distretti Sanitari, e così rafforzare il processo d'integrazione sociosanitaria, come richiesto dal decreto n. 65 del settembre 2011 del Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro del settore sanitario, ed in particolare dall'intervento 3.4 "Riorganizzazione delle reti di assistenza territoriale".

Sebbene formalmente gli Ambiti presenti nel Comune di Napoli siano 10 (uno per ciascuna municipalità), sostanzialmente essi presentano un unico PdZ e pertanto nelle pagine seguenti, piuttosto che ai 51 Ambiti del precedente triennio, ed ai 66 formalmente definiti dalla deliberazione 320/2012, si farà riferimento a 57 Ambiti a cui numerosità, estensione territoriale e popolazione per annualità è riportata nella seguente tabella su base provinciale.

Infine molto diversa rispetto ai dati relativi al triennio 2010-2012 presentati nel II PSR, è la struttura di quelli proposti nelle pagine seguenti, che tiene conto della classificazione operata dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali in occasione dell'emanazione nel giugno 2013 del decreto di riparto alle Regioni del Fondo Nazionale Politiche Sociali (FNPS) per l'anno 2013, ulteriormente dettagliata nel gennaio 2015, in occasione dell'approfondimento realizzato con il CISIS ed il Coordinamento Tecnico Politiche Sociali, finalizzato ad agevolare la determinazione dei livelli

essenziali di assistenza affidata al SOSE, la società per azioni del Ministero dell'Economia e delle Finanze e della Banca d'Italia.

In attesa di specifici indicatori quantitativi la cui determinazione è demandata alla Conferenza Unificata, il Ministero ha inoltre disposto che il monitoraggio e la rendicontazione del FNPS 2013 avvenga con la medesima struttura e che utilizzi i moduli in fase di sperimentazione del Sistema Informativo per la Non Autosufficienza (SINA), del Sistema Informativo dei Bambini e delle bambine (SINBA) e del Sistema Informativo sulla Povertà (SIP).

L'Unità Operativa Dirigenziale 02 "Welfare dei Servizi e Pari Opportunità" della Direzione Generale 12 della Giunta Regionale della Campania ha pertanto ritenuto opportuno che il proprio Sistema Informativo Sociale (SIS) si conformasse alle indicazioni ministeriali, riportate nella seguente tabella e, nelle more della sua piena realizzazione, ha adattato il proprio nomenclatore regionale, che si riporta in allegato, provvedendo a strutturare la periodica reportistica realizzata dal personale regionale in modo tale da recepire le indicazioni ministeriali ed assolvere i connessi adempimenti.

Al fine di fornire una visione sufficientemente esaustiva della programmazione sociale degli Ambiti Territoriali nel periodo di vigenza del II PSR, in particolare con riferimento agli anni 2013-2015, nelle pagine che seguono si riportano le dimensioni più significative delle fonti di finanziamento utilizzate, nonché degli interventi programmati, attraverso l'elaborazione su base provinciale dei dati presenti nell'applicativo *web based* utilizzato per la presentazione dei PdZ.

A1.1 Le fonti finanziarie

L'articolo 52 bis, aggiunto dalla Legge Regionale n. 15/2012 al testo della Legge Regionale 11/2007, ha formalmente istituito il Fondo Unico di Ambito (FUA), già previsto dal II PSR, quale strumento contabile cui afferiscono tutte le risorse finanziarie necessarie a realizzare le politiche sociali che i comuni associati in Ambiti Territoriali devono programmare con i propri PdZ.

Esso è costituito dalle risorse provenienti dal fondo sociale regionale, dalle autonomie locali, dai fondi europei per ciò che riguarda tutti gli interventi che rientrano nel piano di zona, nonché da quelle degli altri soggetti del settore pubblico o privato che concorrono a vario titolo alle politiche sociali.

L'utilizzo dell'applicativo *web based* "PdZ online" ha reso possibile la registrazione di un numero maggiore di dati ed informazioni di quanto non sia avvenuto per il triennio 2010-2012, e così dalle 7 voci di fonti di finanziamento allora censite, si è potuto disporre di 15 nella I annualità, 17 nella II e 19 nella III. Inoltre è stato possibile rilevare le fonti extra FUA, ovvero contabilmente non gestite dall'Ambito Territoriale, costituite dalle risorse del Servizio Sanitario Nazionale e dalla compartecipazione degli utenti alle prestazioni sociosanitarie, che tuttavia concorrono in modo consistente a finanziare gli interventi del PdZ, e di cui pertanto si riporta l'importo al pari delle altre fonti.

A1.1.1 Le fonti finanziarie della I annualità

Nella I annualità del II PSR gli Ambiti campani hanno programmato poco più di 279,5 milioni di euro, con una distribuzione territoriale che evidentemente vede la prevalenza della provincia di Napoli.

Il concorso di ciascuna fonte finanziaria è ovviamente differente a seconda della provincia considerata, così come emerge chiaramente dalla seguente tabella.

La provincia in cui è maggiore il concorso percentuale delle risorse del FUA è quella di Salerno, seguita da Avellino; sostanzialmente uguale alla media regionale è il contributo degli Ambiti napoletani, mentre le risorse extra FUA risultano maggiori in quelli casertani, ed ancor più nei beneventani, sulla cui provincia nel complesso quasi un terzo delle risorse utilizzate per programmare gli interventi del PdZ proviene dalle risorse gestite direttamente dell'ASL.

Considerando solo le risorse FUA, nella I annualità il primato spetta ai Fondi Comunali, che su base regionale concorrono per il 52,3%, con differenze su base provinciale molto significative.

Come appare nel grafico seguente, in cui si rappresenta il concorso delle 7 fonti a livello regionale più cospicue, essi incidono negli Ambiti napoletani per il 56,6%, mentre all'opposto in quelli avellinesi per il 27,5%, determinando un *range* di 29,1. Maggiore è il campo di variazione del concorso del Fondo Nazionale delle Politiche Sociali (FNPS), che su base regionale incide per il 19,3%, ma che risulta essere del 32,7% giacché incide sul FUA degli Ambiti beneventani per il 47,2%, mentre su quello dei napoletani solo per il 14,5%.

Ancorché programmate, non tutte le risorse risultano utilizzate, tanto che su base regionale il

12,6% delle risorse FUA sono state riprogrammate nella II annualità, con il primato degli Ambiti casertani nei quale tale quota arriva ad un terzo.

A1.1.2 Le fonti finanziarie della II annualità

Nella II annualità gli Ambiti hanno programmato complessivamente poco più di 395,2 milioni di euro, provenienti da 19 fonti finanziarie, di cui nella tabella seguente si riporta la consistenza di ognuna di esse per ciascuna provincia e per l'intera regione.

Il concorso percentuale dei fondi extra FUA è su base regionale inferiore di 3,1% a quanto verificatosi nella I annualità, e così per quasi tutte le province (-4,3% Benevento, -5,8 Caserta, -3,1 Napoli e -6,0% Salerno) ad eccezione di Avellino dove la loro quota passa dal 18,3% al 24,7% (+6,4%).

Nel complesso la distribuzione del totale delle risorse programmate nella II annualità ha una distribuzione tra le province molto simile a quelle relative alla I.

Parzialmente diverse sono invece le prime 7 fonti che maggiormente concorrono al FUA.

Il primato, come nella I annualità, è dei Fondi Comunali il cui concorso su base regionale scende del 4,8%, con una quota del 47,5% del FUA ed un *range* tra le province campane del 24,4% determinato dalla differenza presente tra gli Ambiti napoletani, in cui è del 51,1%, e quelli avellinesi in cui si registra invece il 26,7%.

Analogamente all'annualità precedente, al secondo posto vi è il FNPS, che però su tutto il territorio regionale incide per il 10,6% anziché per il 19,3%, presentando un *range* di 12,6% in luogo del 32,7% della I annualità, quale differenza tra il 21,8% di Benevento ed il 9,2% di Napoli.

E' interessante rilevare che il contributo percentuale del Fondo Regionale al FUA nella II annualità è al sesto posto rispetto al terzo della I, con il 5,5% rispetto al 7,0% ed un *range* analogo, 10,2% rispetto all'11,9%, per la discrepanza tra gli Ambiti beneventani in cui è del 14,2% ed i napoletani che presentano il 4,0%.

Al terzo posto del concorso percentuale al FUA della II annualità vi è il Fondo Non Autosufficienza (FNA) 2013, che presenta un'incidenza su base regionale pari al 7,0% ed un *range* di 11,4%.

Assegnato agli Ambiti nel 2013, poiché il Ministero non aveva emesso le necessarie disposizioni di utilizzo, non è stato possibile utilizzarlo nella I annualità, rientrando così nei residui riprogrammati nella II, il cui peso è rappresentato nel seguente grafico.

A1.1.2.1 Le fonti finanziarie proprie della II annualità

Le fonti di finanziamento proprie della II annualità, al netto dei residui della I, sono 16, per un importo complessivo di poco più di 275,6 milioni di euro.

L'incidenza percentuale su base provinciale delle 7 più consistenti fonti a livello regionale vede il primato dei Fondi Comunali, pari al 55,0%, con una incidenza massima del 58,4% a Napoli e minima del 29,2% ad Avellino, con un *range* di 29,2%. Al secondo posto il FNPS, con l'8,6% per l'intera Campania, il 24,9% a Benevento ed il 6,1% a Napoli, con un *range* di 18,8%.

A1.1.2.2 Le fonti finanziarie residue della I annualità

Circa 51 milioni di euro dei complessivi 326,7 del FUA, sono residui delle fonti di finanziamento della I annualità che sono stati riprogrammati nella II, il cui dettaglio su base provinciale è riportato nella seguente tabella.

Considerato che il FNA 2013, pur assegnato, non ha potuto essere inserito nella programmazione della I annualità, in assenza di indicazioni in merito da parte del Ministero competente, per valutare correttamente l'entità dei residui, l'apporto percentuale dei fondi residui della I annualità al totale del FUA va calcolato al netto del FNA. Su base regionale, esso risulta pari all'8,6%, mentre su base provinciale esso risulta pressoché nullo per Avellino, su valori inferiori alla media per Benevento e Salerno, mentre raggiunge il valore massimo in provincia di Caserta, con il 21,9%.

A1.1.3 Le fonti finanziarie della III annualità

Nella III annualità gli Ambiti, utilizzando 21 fonti finanziarie, hanno programmato servizi per circa 400,2 milioni di euro, il cui importo su base provinciale si riporta nella seguente tabella.

Il concorso percentuale dei fondi extra FUA è su base regionale maggiore di 2,1 punti percentuali rispetto alla II annualità. Su base provinciale diminuisce ad Avellino (-1,8) e Benevento (-0,4), mentre aumenta a Caserta, (+1,8), Napoli (+2,3) e Salerno (+3,2) dove è la quota minore tra le province campane, così come per le annualità precedenti.

Parzialmente diverse sono invece le prime 7 fonti che maggiormente concorrono al FUA.

Il primato, come nella I e II annualità, è dei Fondi Comunali il cui concorso su base regionale è del 43,8%, ovvero -3,7% rispetto alla II e -8,5% rispetto alla I, con un *range* tra le province campane

del 26,2% quale differenza della quota degli Ambiti salernitani che conquistano il primato con il 49,8% e quelli avellinesi in cui la quota scende ancora rispetto alla II annualità, attestandosi al 23,7%.

Al secondo posto, ancora, vi è il FNPS con una quota su base regionale sostanzialmente analoga alla II annualità e con un *range* di 8,6% di 4 punti minore, perché la quota maggiore è di Benevento con 18,0% e la minore di Salerno con il 9,4%.

Al terzo posto si posiziona il PAC Infanzia con una incidenza su base regionale del 9,8%, superiore di 3,6 punti rispetto alla II, in cui era la quinta fonte di finanziamento.

Al quarto è collocato il Fondo Regionale con il 9,1% su base regionale ed un *range* del 12,8% causato dalla differenza tra l'incidenza percentuale degli Ambiti beneventani in cui è del 19,7% e quella dei napoletani del 6,9%.

Interessante è poi evidenziare il peso che hanno assunto le risorse ASL del FUA, soprattutto per ciò che riguarda gli Ambiti salernitani, dove l'incidenza percentuale pari all'11,1% è in quella provincia seconda e precede il Fondo Regionale.

Sono proprio i fondi delle ASL trasferiti nei FUA a presentare, tra le prime sette fonti di finanziamento, della III annualità un residuo dell'annualità precedente, seppure in entità molto limitata.

A1.1.3.1 Le fonti finanziarie proprie della III annualità

Le fonti di finanziamento proprie della III annualità, ad esclusione dei residui della II, sono 19, per un importo complessivo di poco più di 297,0 milioni di euro.

Tra le 7 più consistenti fonti proprie della III annualità, primeggiano i Fondi Comunali, con il 46,0% a livello regionale ed un *range* del 26,9%, quale differenziale tra Salerno (50,3%) e Benevento (23,5%).

A1.1.3.2 Le fonti finanziarie residue della II annualità

Nella III annualità sono stati utilizzati poco più di 25,6 milioni di euro quali residui della II.

Il concorso percentuale dei residui della II annualità sul FUA utilizzato dagli Ambiti per programmare la III è molto variegato: negli Ambiti delle province di Salerno e Benevento ammonta a poco più dell'1%, in quelli avellinesi al 2,5%, mentre in quelli casertani e napoletani rispettivamente poco meno e poco più del 10%.

A1.2 Gli interventi programmati

L'utilizzo dell'applicativo *web based* "PdZ online" ha reso disponibile una gran quantità di dati circa i servizi e gli interventi programmati dagli Ambiti Territoriali.

Tra i tanti disponibili, sia per la I che per la II e la III annualità, nelle pagine che seguono si presentano il numero di interventi programmati, l'importo, la quota capitaria ed il numero atteso di beneficiari, mentre per la II e la III annualità si presenta anche la stima di quanti di essi vivono la condizione di disabilità grave, in quanto in fase di manutenzione evolutiva si è ritenuto necessario integrare i dati già richiesti con quelli relativi ad informazioni così significative.

A1.2.1 Gli interventi programmati nella I annualità

Con Decreto Dirigenziale n. 308 del 17/06/2013 sono state approvate le indicazioni operative per la presentazione dei Piani di Zona triennali, individuando la finestra temporale che andava dal 1 luglio al 15 settembre 2013 come il lasso di tempo utile per accedere all'applicativo "PdZ online" e compilare tutti i moduli relativi alla I annualità in esso presenti.

Benché tutti gli Ambiti Territoriali abbiano provveduto alla presentazione entro i termini stabiliti, le numerose richieste di integrazione effettuate dal Settore Assistenza Sociale prima e dall'Unità Dirigenziale poi, nonché i molteplici cambiamenti che gli Ambiti hanno ritenuto necessario apportare (evidentemente previa autorizzazione, indispensabile per poter sovrascrivere sui moduli già compilati) hanno reso il database dei Piani presentati nella I annualità estremamente dinamico. Nelle more della messa in esercizio di un applicativo in grado di monitorare l'attuazione dei PdZ e quindi di registrare tutte le modifiche non sostanziali che evidentemente intervengono nel corso del suo ciclo di vita, nelle pagine seguenti si presentano i dati aggiornati al luglio 2015.

A1.2.1.1 La numerosità degli interventi

Nella I annualità del PSR 2013-2015, nei Piani di Zona (PdZ) sono stati programmati 1.702 interventi e servizi, distribuiti su base provinciale tra i 5 macro livelli.

Le differenze maggiori si verificano nella percentuale del numero di interventi programmati nel macro livello 1, 2 e 3, per i quali il campo di variazione è rispettivamente di 9.5, 11.7 e 11.8.

Benevento è l'area provinciale in cui la distribuzione percentuale è meno simile a quella presente a livello regionale, seguita da Salerno, ed in modo ancor accentuato da Avellino.

A1.2.1.2 Le risorse programmate

I 57 Ambiti Territoriali della Campania nella I annualità hanno programmato poco meno di 1 milione di euro per servizi non afferenti ad alcun macro livello, e circa 278,6 per i 5 macro livelli, imputando per ciascuno gli importi riportati su base provinciale.

Affinché si possano cogliere le differenze territoriali è utile analizzare la distribuzione percentuale tra le macro aree delle risorse programmate.

Anche grazie alla consultazione della sua rappresentazione grafica, è possibile osservare che il macro livello in cui è minore la differenza è quello relativo agli interventi che favoriscono la permanenza a domicilio, per il quale in provincia di Benevento sono stati destinati il 26,5% delle risorse disponibili ed in quella di Salerno il 21,2%, con un campo di variazione del 5,3%.

All'opposto, il macro livello in cui è maggiore la differenza è il 4, che racchiude tutti gli interventi residenziali e semiresidenziali per persone fragili, per il quale in provincia di Benevento è stato destinato il 51,5% del FUA ed in quella di Avellino il 33,7% con un *range* di 17,8%, che di poco è superiore a quello di 17,2% delle misure di inclusione sociale e sostegno al reddito, per le quali gli Ambiti casertani destinano il 26,4% e quelli beneventani il 9,2%.

Mentre simili al grafo della Campania sono quelli degli Ambiti salernitani e napoletani, molto diverse sono le strutture di quelli casertani, beneventani ed avellinesi.

A1.2.1.3 Le quote capitarie

La quota capitaria destinata alle politiche sociali dagli Ambiti campani nella I annualità è su base regionale pari ad € 48,46, con differenze territoriali significative: il 5,3% degli Ambiti dispone di una somma compresa tra € 17,81 e € 20,00, il 52,6% tra € 20,00 e € 40,00, il 28,1% tra € 40,00 e € 60,00, il 10,5% tra € 60,00 e € 80,00, il 1,8% tra € 80,00 e € 100,00 ed il 1,8% di € 121,74.

Nella tabella seguente sono riportate su base provinciale il numero degli Ambiti la cui quota capitaria appartiene alle classi di grandezza visualizzate nella mappa successiva, la media e la deviazione standard quale misura del grado di dispersione intorno ad essa.

La quota capitaria degli Ambiti delle province di Napoli e Salerno è superiore alla media regionale, e pertanto nel seguente grafico si collocano nei quadranti superiori, ma poiché la dispersione intorno ad essa di quelli salernitani è superiore, a differenza di quelli napoletani essi sono presenti in quello di destra.

La quota capitaria sia totale che riferita a ciascun macro livello è riportata su base provinciale nella seguente tabella.

Superiore alla quota regionale, pari a € 48,46, è solo la quota capitaria della provincia di Napoli (+€ 7,97), mentre in quella di Salerno essa è sostanzialmente analoga, e nelle altre province molto minore (Avellino -€6,65, Benevento -€18,02, Caserta -€18,72). Ad esclusione di quelle destinate a finanziare interventi che non afferiscono a nessun macro livello, la quota capitaria minore è relativa all'accesso e presa in carico, sia per ciò che riguarda l'importo su base regionale, che per il *range*, pari a € 4,16. All'opposto è la quota relativa al macro livello 4 a presentare sia l'importo maggiore a livello regionale che il *range*, pari a € 16,67, più elevato.

A1.2.1.4 Gli utenti

Considerando solo l'Obiettivo del Pronto Intervento Sociale del macro livello 1, gli Uffici di Piano degli ambiti Territoriali hanno stimato in 91.285 il numero di utenti dei propri servizi, ovvero 15,82 utenti per 1.000 abitanti, calcolati secondo i dati sulla popolazioni al 1 gennaio 2013 resi disponibili dall'ISTAT.

Dalla rappresentazione cartografica si evince che in 22 Ambiti (il 38,6%) sono stati previsti fino a 10 utenti per 1.000 abitanti, in 22 (il 38,6%) da 10 a 20, in 8 (il 14%) da 20 a 30, 4 (il 7%) tra 30 a 40, 1 (2% circa) 41,85.

Dall'analisi dei dati su base provinciale, riportati nella tabella seguente e rappresentati nel successivo grafico, emerge che il primato di Napoli si registra in tutti i macro livelli, ad eccezione del 3 in cui primeggia Salerno, mentre all'opposto Benevento e Caserta si distinguono per prevedere il minor numero di utenti in tutti e 5 i macro livelli.

A1.2.2 Gli interventi programmati nella II annualità

Le indicazioni operative per la presentazione della II annualità, approvate con Decreto Dirigenziale n. 764 del 5/08/2014, hanno individuato quale periodo utile per utilizzare l'applicativo "PdZ online" l'intervallo temporale intercorrente tra il 15 ottobre ed il 31 ottobre 2014.

Così come quello relativo alla I, anche il database dei PdZ della II annualità si presenta estremamente dinamico, e pertanto è necessario specificare che i dati di seguito presentati non tengono conto delle modifiche non sostanziali eventualmente apportate a partire da luglio 2015.

A1.2.2.1 La numerosità degli interventi

Nella II annualità del II PSR sono stati programmati 1.824 interventi e servizi, che la seguente tabella riporta in base provinciale per ciascuno dei macro livelli presenti.

La distribuzione percentuale del numero degli interventi programmati è simile a quella relativa alla I annualità, rispetto alla quale degno di nota, in quanto superiore ad un punto percentuale, è un leggero aumento di quelli afferenti al macro livello 2 (+3,3%) ed una diminuzione di quelli relativi al 5 (-2,5%).

Dalla consultazione della tabella seguente e dalla sua rappresentazione grafica di seguito riportata, è il macro livello 1 quello in cui è presente il maggiore campo di variazione, pari a 11,4% generato dal +9,5% rispetto alla quota regionale della provincia di Benevento ed il -1,9% della provincia di Napoli. Analogamente a quanto registrato per la I annualità, Benevento risulta essere l'area provinciale in cui la distribuzione percentuale è meno simile a quella presente a livello regionale, seguita da Caserta, mentre Avellino, Napoli e Salerno presentano una distribuzione tra i 5 macro livelli piuttosto simile.

A1.2.2.2 Le risorse programmate

Nel complesso nella II annualità sono stati programmati poco più di 1 milione di euro per nessun macro livello, e circa 394 per i 5 macro livelli esistenti, il cui importo per ciascuna provincia è dettagliato nella seguente tabella, e la cui incidenza percentuale è riportata in quella successiva.

Campania 0,3% 6,5% 27,9% 13,6% 41,8% 9,9% 100,0%

Così come nella I annualità il macro livello al quale sono riservate la maggior parte delle risorse è il 4, cui sono destinate il 41,8% in luogo del 46%, e che presenta un *range* del 14,7% determinato dalla differenza tra il 44,6% della provincia di Napoli ed il 29,9% di Caserta.

Osservando sia la tabella che precede sia il grafico che segue, si può facilmente notare che la distribuzione percentuale delle risorse tra i 5 macro livelli relativa alla province di Napoli e Salerno è molto simile alla regionale, con un campo di variazione che per la prima va dal -1,8 per il macro livello 2 a +2,8 per il 4, e per la seconda da -1,9 per il 5 a +2,4 per il 2. Molto diverse sono invece le distribuzioni che si registrano nelle altre province: a Benevento le risorse destinate per il macro livello 3 variano di -6,6% rispetto al dato regionale ed all'opposto quelle per l'1 di +4,7; ad Avellino di -8,2% per il 4 e +6,0 per il 2; a Caserta il campo di variazione va da -11,9% per il 4 a +12,1% per il 5.

A1.2.2.3 Le quote capitarie

La quota capitaria relativa alla II annualità su base regionale è di € 67,34, con notevoli differenze territoriali. Come si sintetizza nella seguente tabella e rappresenta nella successiva mappa, il 28% degli Ambiti ha un budget tra 25,85 e 40 euro per abitante, il 37% tra 40 e 60, il 21% tra 60 e 80, l'11% tra 80 e 100, oltre si collocano solo Napoli e Salerno, che detiene il primato con € 153,59.

Poiché la media degli Ambiti beneventani e casertani è inferiore a quella regionale e variano meno di quanto avvenga per tutti gli Ambiti campani, nel grafico che segue essi sono collocati nel quadrante in basso a sinistra. All'opposto la media degli Ambiti delle province di Napoli, Avellino e Salerno, è superiore, ma mentre i napoletani presentano una variabilità minore di quella riferita a tutti gli Ambiti campani, maggiore è quella degli avellinesi ed ancor più dei salernitani, che pertanto sono collocati nel quadrante superiore destro, piuttosto che in quello sinistro.

Minori della media regionale, pari a €67,34, sono le quote capitarie delle province di Avellino (-€3,77), Salerno (-€5,21), Caserta (-€25,27), Benevento (-€30,35), mentre Napoli presenta un importo superiore di €12,57.

Come si può agevolmente visualizzare nel grafico seguente, più diversificata è la situazione di ogni macro livello: nell'1 e, seppur di poco, nel 2 il primato è della provincia di Avellino; nel 3 e 4 di Napoli, nel 5 di Caserta.

A1.2.2.4 Gli utenti

Ad esclusione di quelli afferenti alle linee di intervento a) e b) del macro livello 1, gli Uffici di Piano degli ambiti Territoriali hanno previsto di fornire servizi a 101.520 cittadini, corrispondenti a 17,29 utenti per ogni 1.000 abitanti (dati ISTAT al 1 gennaio 2014). Come si può cogliere dalla mappa seguente, 13 Ambiti (il 23%) prevedono di servire fino a 10 utenti, 30 (il 53%) da 10 a 20, 8 (il 14%) da 20 a 30, 4 (il 7%) tra 30 a 40, 1 (2% circa) 43,22 e la stessa percentuale il 52,2.

Su base provinciale il numero di utenti per mille abitanti previsti presenta la distribuzione descritta nella tabella seguente, in cui riguardo al totale di utenti previsti, si nota come leggermente superiore alla media regionale, pari a 17,29 per 1000 abitanti, sia il numero di utenti negli Ambiti salernitani (+1,92), avellinesi (+1,61) e napoletani (+1,11), mentre molto minore risulta essere il numero di quelli casertani (-4,21) ed ancor più beneventani (-8,36).

A1.2.2.5 I disabili gravi

Il numero atteso di disabili gravi, fruitori dei servizi programmati è riportato su base provinciale nella seguente tabella.

Particolarmente significativo è il primato degli Ambiti avellinesi nel macro livello relativo alla domiciliarità, così come rilevante è quello dei beneventani nel macro livello della residenzialità e semiresidenzialità.

Consultando il seguente cartogramma, non sfugge che, al di là dei valori medi su base provinciale, il numero più alto di utenti con disabilità grave è presente negli Ambiti del beneventano, dell'alto casertano e dell'alta Irpinia, lì dove è maggiore la presenza di anziani e grandi anziani.

Le indicazioni operative per la presentazione della III annualità sono state approvate con Decreto Dirigenziale n. 442 del 7/08/2015 ed hanno individuato come periodo utile per la presentazione dei PdZ l'intervallo tra il 15 ed il 31 ottobre 2015, prorogato al 15 novembre con Decreto Dirigenziale n. 207 del 16/10/2015.

Poiché al momento in cui si scrive non si è ancora conclusa l'istruttoria, i dati presentati sono verosimili e potrebbero subire cambiamenti anche sostanziali.

A1.2.3.1 La numerosità degli interventi

Nella III annualità del II PSR i 56 Ambiti hanno programmato 1.834 interventi e servizi, così come riportato per ogni macro livello su base provinciale nella tabella seguente.

In numero leggermente maggiore rispetto alla II annualità, la distribuzione percentuale del numero degli interventi programmati è molto più simile ad essa di quanto quest'ultima non lo sia alla I, con variazioni che su base regionale non sono superiori ad un punto percentuale.

Come si evince dalla tabella seguente e dal successivo grafico, le province presentano nel complesso campi di variazione minori di quelli registrati nella II annualità. Il primato è ancora del macro livello 1, con l'8,8% prodotto dal +6,8 rispetto alla quota regionale di Benevento ed il -2,0 di Napoli, seguito dal macro livello 2 il cui *range* è di 8,3 per il +3,5 di Benevento ed il -4,8 di Salerno. Come per la I e la II annualità, anche nella III Benevento è la provincia che maggiormente differisce dalla distribuzione percentuale presente a livello regionale.

A1.2.2.2 Le risorse programmate

Nella III annualità sono stati programmati circa 400,25 milioni di euro, ripartiti tra i macro livelli così come descritto nelle seguenti tabelle.

Così come nella I e II annualità, la maggior parte delle risorse è destinato ai "Servizi territoriali a carattere residenziale per la fragilità" con il 43,1%, +1,3 rispetto all'annualità precedente ed un *range* di 15,9 per il +2,3 di Napoli e -13,6 di Caserta.

Inferiore all'annualità precedente (-1,5) è la quota percentuale destinata ai servizi per la domiciliarità, secondi su base regionale, con un *range* tra le province di 5,7, quale differenza del 30,6% registrato a Benevento e 24,9% a Napoli.

Sostanzialmente analoga alla II annualità (+0,3) è l'incidenza dei servizi per la prima infanzia, che con il 13,9% su base regionale si collocano al terzo posto, con il primato positivo di Napoli al 15,6% e negativo di Caserta all'8,8%, che determinano un *range* di 6,8.

Dopo aver fatto registrare un calo rispetto alla I annualità di 3,3 punti percentuali, le misure di inclusione sociale e sostegno al reddito nella III si confermano al quarto posto con uno scarto di 0,5 punti percentuali rispetto alla II. Essi, però, presentano tra tutti i macro livelli il maggiore campo di variazione, pari a 16,8 punti, quale distanza dell'incidenza di 24,2% della provincia di Caserta e di 7,4% di quella di Salerno.

Leggermente inferiore alla II annualità è l'incidenza del macro livello dei servizi per l'accesso e la presa in carico, che diminuiscono di 0,4 punti rispetto alla II, nella quale sono diminuiti di 1,5 rispetto alla I. Su base provinciale il primato continua ad essere della provincia di Avellino con il 12,9%, sebbene sia diminuita di 3,9 punti rispetto alla I, mentre all'opposto è Napoli la provincia in cui questi servizi incidono di meno, con il 4,5%.

Come si evince dal seguente grafico, è Caserta la provincia in cui la distribuzione tra i macro livello differisce maggiormente da quanto si verifica su base regionale.

A1.2.2.3 Le quote capitarie

Calcolata su base regionale, la quota capitaria della III annualità è di € 69,43, con differenze territoriali molto consistenti, così come per le precedenti annualità.

Dall'analisi della seguente tabella, che sintetizza quanto rappresentato nella successiva mappa, il 18% degli Ambiti dispone di un budget inferiore a 40 euro per abitante, il 39% tra 40 e 60, il 29% tra 60 e 80, il 7% tra 80 e 100, il 4% tra 100 e 120, oltre si collocano solo N19 (Afragola, dato ancora provvisorio) e S05 (Salerno), che con € 153,79 conferma il primato detenuto anche nella I e II annualità.

Nel grafico seguente, invece, si riporta la media della quota capitaria degli Ambiti di ciascuna provincia e la loro deviazione standard, da cui con immediatezza si evince il loro posizionamento nella III annualità. Superiore alla media di tutti gli Ambiti campani sono solo quelli napoletani e salernitani e salernitani, ma mentre i primi sono collocati nel quadrante in alto a sinistra in quanto presentano una variabilità minore di quella registrata per tutti gli Ambiti campani, i secondi sono in quello in alto a destra. Gli Ambiti avellinesi, beneventani e casertani presentano medie della quota capitaria minori di quella di tutti gli Ambiti campani, ma solo gli avellinesi sono così diversificati da essere collocati nel quadrante in basso a destra.

Nella seguente tabella si dà conto per ciascuna provincia della quota capitaria destinata a ciascun macro livello.

Come nella II annualità anche nella III sono minori della media regionale, pari a € 69,43, le quote capitarie delle province di Avellino (-€1,44), Salerno (-€7,56), Benevento (-€24,59), Caserta (-€25,64), mentre Napoli presenta un importo superiore di €12,68.

Con l'ausilio del grafico seguente si coglie agevolmente il primato in ciascun macro livello: nell'1 e 2 della provincia di Avellino, nel 3 e 4 di Napoli, nel 5 di Caserta, così come del resto si è verificato nella II annualità

A1.2.2.4 Gli utenti

Il numero di cittadini ai quali gli Uffici di Piano degli Ambiti Territoriali hanno previsto di fornire servizi, senza tener conto di quelli relativi alle linee di intervento a) e b) del macro livello 1, sono 97.612, leggermente minori di quelli della II annualità, che equivalgono a 16,93 utenti per ogni 1.000 abitanti (dati ISTAT al 1 gennaio 2015).

La distribuzione territoriale, rappresentata con il seguente cartogramma, è molto simile a quanto verificato nella II annualità: 12 Ambiti (il 21%) prevede di offrire servizi fino a 10 utenti per 1.000 abitanti, 28 (il 49%) da 10 a 20, 10 (il 17%) da 20 a 30, 4 (il 7%) tra 30 a 40, 2 (4% circa).

Nella seguente tabella si riporta su base provinciale il numero di utenti per mille abitanti previsti per ciascun macro livello, da cui si evince che per ciò che riguarda il totale, leggermente superiore alla media regionale è Salerno (+1,15), Napoli (+0,93) e Avellino (+0,05), mentre inferiore è Benevento (-0,42) ed in misura molto più consistente Caserta (-4,38).

La seguente rappresentazione grafica facilita l'individuazione del primato detenuto dalle province in ciascun macro livello: Avellino in quello relativo alla domiciliarità, Napoli nella prima infanzia, Salerno nella residenzialità e semiresidenzialità, e Benevento nell'inclusione e sostegno al reddito.

A1.2.2.5 I disabili gravi

Il numero di disabili gravi che gli Uffici di Piano ritengono siano propri utenti nella III annualità ammonta a 6.841, vale a dire il 7% degli utenti totali, equivalenti a 1,19 ogni mille abitanti su base regionale, con la distribuzione tra macro livelli e province che si riporta nella seguente tabella.

Mentre senz'altro nel grafico balza agli occhi il primato della provincia di Benevento nel macro livello 5, significativa è la numerosità che presenta quello relativo alla domiciliarità in cui è ancora Benevento a primeggiare.

APPENDICE 2: INDICATORI DEMOGRAFICI AMBITI CAMPANI AL 1 GENNAIO 2015

NB

Si rinvia alla lettura integrale del testo

UMBRIA

DGR 3.8.15, n. 948 - Atto di programmazione anno 2015 ai sensi dell'art. 357 della legge regionale 9 aprile 2015, n. 11, Testo unico in materia di Sanità e servizi sociali e riparto del Fondo nazionale per le politiche sociali - anno 2015. (BUR n.66 del 13.12.15)

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: **Atto di programmazione anno 2015 ai sensi dell'art. 357 della legge regionale 9 aprile 2015, n. 11, Testo unico in materia di Sanità e servizi sociali e riparto del Fondo nazionale per le politiche sociali - anno 2015.**

Il Fondo Sociale Regionale (FSR), che annualmente viene finanziato dalla legge regionale di bilancio, costituisce, a norma dell'art. 357 della L.R. 09 aprile 2015, n. 11 "*Testo unico in materia di sanità e servizi sociali*" una delle tre fonti che finanziano il sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali. Le altre due fonti di finanziamento richiamate dal citato articolo sono le risorse dei comuni e quelle del Fondo Nazionale Politiche Sociali (FNPS), ex art. 20 della legge 328/2000.

Con il presente atto si procede unitariamente alla programmazione ed al riparto del FSR e del FNPS, fornendo indirizzi e orientamenti in coerenza agli obiettivi di sistema assunti con il Piano sociale regionale, con la D.G.R. n. 1636 del 16 dicembre 2012 relativa all'aggiornamento del Piano e con il Documento annuale di programmazione (DAP) 2015-2017, nonché nel rispetto, da un lato, dei criteri e indicatori già previsti dalla stessa L.R. n. 11/2015 e, dall'altro, dei vincoli stabiliti dal D.M. di riparto del FNPS.

RISORSE

Quanto al Fondo sociale regionale (FSR), l'art. 357 della L.R. 11/2015 (ex art. 46 della L.R. 26/2009), stabilisce che le risorse afferenti a tale fondo vengono ripartite con atto di programmazione della Giunta regionale ogni anno, secondo due criteri:

- a) almeno il 95% del fondo, che per l'anno 2015 ammonta ad € 3.000.000,00, in proporzione alla popolazione residente e sulla base di elementi di ponderazione individuati dalla Giunta regionale con proprio atto; solo a partire dal 2016 si procederà a riservare una percentuale compresa tra il 5% e il 10%, per le finalità previste dall'art. 343 del citato TU e precisamente quella di incentivare la stipulazione di convenzioni, da parte dei Comuni, anche in forma associata, con le cooperative che svolgono le attività di cui all'articolo 1, comma 1, lettera b), della legge 8 novembre 1991, n. 381 "*Disciplina delle cooperative sociali*", per la fornitura di beni e di servizi diversi da quelli socio-sanitari ed educativi;
- b) il restante (5%) del fondo, che per l'anno 2015 ammonta ad € 200.000,00, viene destinato dalla Giunta regionale all'attività di programmazione sociale della Regione e all'esercizio delle funzioni di cui alla legge 328/2000, art. 8, comma 3, lettere c), d), e), f), m).

Per quanto attiene al Fondo nazionale per le politiche sociali (FNPS), istituito dall'art. 20 della legge 328/2000, il presente atto prende a riferimento il riparto delle risorse relative all'anno 2015 (Decreto interministeriale del Ministero del Lavoro e delle politiche sociali e del Ministero dell'Economia e delle finanze, del 4 maggio 2015, in attesa di registrazione da parte della Corte dei Conti) che assegna alla Regione Umbria € 4.645.822,32.

Ne consegue che l'ammontare complessivo di risorse cui fa riferimento il presente atto è pari ad € 7.845.822,32 e che si rinvia la programmazione di eventuali integrazioni di risorse a successivi atti. Si precisa, inoltre, che, come per l'anno 2014, sempre in unico atto di programmazione sociale ed in aggiunta all'importo oggetto del presente riparto, assumono rilievo anche le risorse da trasferire alle Zone sociali per gli interventi di cui al Piano Regionale Integrato per la Non Autosufficienza (PRINA), ai sensi del Capo V del citato TU, per un ammontare di € 2.000.000,00.

IL QUADRO ISTITUZIONALE/ORGANIZZATIVO

Il quadro istituzionale-organizzativo che fa da sfondo al presente atto di riparto delle risorse è quello disegnato dalla recente legge regionale 2 aprile 2015, n. 10, relativa al riordino delle funzioni amministrative di area vasta e delle forme associative di Comuni, che riconosce quale livello ottimale per la gestione dei servizi sociali quello realizzato nelle forme associative dei comuni con lo strumento convenzionale di cui all'articolo 30, comma 4 del D.lgs. 18 agosto 2000, n. 267. La proposta di nuovo Piano sociale regionale (preadottato con D.G.R. 405 del 27 marzo 2015) ridisegna la *governance* su questo livello organizzativo e spinge verso la integrazione con la programmazione dei fondi europei ed in particolare con le azioni inserite nel POR-FSE 2014-2020

in relazione all'obiettivo tematico 09 *"Inclusione sociale e lotta alla povertà"*. Il protagonismo attivo delle autonomie locali e diviene, pertanto, elemento costitutivo della nuova programmazione dei fondi europei.

RIPARTO DELLE RISORSE: CRITERI E VINCOLI

Sotto l'aspetto formale la presente ripartizione di risorse conferma la consolidata articolazione per macro-aree di intervento. È, inoltre, assicurata la conformità ai vincoli di programmazione di cui all'art. 3 del citato D.M. 4 maggio 2015 relativo alle risorse del FNPS per l'anno 2015, il quale rende obbligatorio ripartire detto fondo facendo riferimento a 'macro livelli' e 'obiettivi di servizio' come esplicitato nell'allegato 2) parte integrante e sostanziale del presente atto.

L'impostazione per 'macro livelli' e 'obiettivi di servizio' è vincolante anche ai fini dell'acquisizione dei dati per il monitoraggio delle attività e la rendicontazione sull'utilizzo delle risorse trasferite alle Zone sociali.

Per ogni macro-area, nel rispetto dell'art. 357 della L.R. n. 11/2015, viene preso a riferimento il dato della popolazione residente (ultimo dato ISTAT disponibile), ponderato dai due seguenti parametri:

- a) *demografico* (rilevazione della popolazione residente, ponderata dal numero delle famiglie residenti, tenuto conto della centralità attribuita alla famiglia ed ai soggetti che la compongono nell'ottica dell'interdipendenza dei problemi dei singoli con i micro contesti di riferimento);
- b) *sociale*, connesso ai caratteri della popolazione target delle aree di intervento destinatarie delle politiche sociali.

Le caratteristiche sociali costituiscono, infatti, un importante indicatore di bisogni ed esigenze differenziati, ai quali fare riferimento nella definizione degli interventi sociali.

Di seguito si descrive la proposta di riparto delle risorse, elaborata congiuntamente dal Servizio Programmazione e sviluppo della rete dei servizi sociali e integrazione socio sanitaria e dal Servizio Programmazione nell'area dell'inclusione sociale, economia sociale e terzo settore della Direzione Salute e coesione sociale, come riportata nella tabella allegata al presente atto (all. 1), illustrata ed esaminata congiuntamente, il 23 luglio 2015, dall'assessore regionale competente e dai rappresentanti dei Comuni capofila di Zona sociale.

MACROAREE

AREA minori

Le risorse sono destinate alle finalità definite con le Linee di indirizzo regionali per l'area dei diritti dei minori e delle responsabilità familiari, approvate con D.G.R. n. 405 dell'8 marzo 2010, in particolar modo si richiama una specifica attenzione ad interventi volti:

- a promuovere il benessere dei minori ed a favorire opportunità educative di socializzazione e partecipazione dei ragazzi alla vita delle comunità;
- a prevenire e contrastare i fattori di disagio dei bambini e degli adolescenti;
- alla tutela e protezione dei minori;
- al sostegno alle responsabilità degli adulti, sia in famiglia, attraverso il sostegno alle competenze e alle capacità genitoriali, che nel territorio ed in particolare nelle realtà associative, educative, sportive, culturali, ambientali;
- alla valorizzazione delle relazioni intergenerazionali e tra coetanei.

AREA persone anziane

Le risorse sono destinate agli interventi, azioni e servizi socio assistenziali per gli anziani soli o in coppia, anziani senza reti di sostegno o con reti sociali deboli, anziani senza casa, anziani con insufficiente livello di reddito, in attuazione della Linea guida regionale per la pianificazione sociale di territorio nell'area anziani approvata con D.G.R. n. 1776 del 15 dicembre 2008, nonché in relazione ai protocolli d'intesa tra la Regione Umbria, le OO.SS. e l'ANCI regionale Umbria, di cui alle D.G.R. 78/2013 e D.G.R. 487/2015.

Agli interventi a favore delle persone anziane non autosufficienti sono destinate le risorse del Fondo per la non autosufficienza di cui al Capo V della L.R. 11/2015, cui si rinvia alla programmazione del Piano per la non autosufficienza (PRINA).

Parte delle risorse destinate all'area Anziani dovranno essere vincolate:

— per l'attuazione dei Piani territoriali delle Zone sociali di cui alla L.R. 11/2015 (ex L.R. 27 settembre 2012, n. 14 "Norme a tutela della promozione e della valorizzazione dell'invecchiamento attivo"), con risorse pari a € 100.000,00, (D.G.R. 487/2015 "Accordo in attuazione del protocollo d'intesa del 12 febbraio 2013 in materia di sostegno alla riqualificazione, razionalizzazione del welfare regionale in favore della popolazione anziana D.G.R. 78/2013" tra la Regione Umbria, le OO.SS. e l'ANCI regionale Umbria);

— al sostegno di attività e interventi dei Centri sociali e delle Università della terza età, in considerazione degli importi erogati negli anni precedenti e dei trasferimenti erogati per la suddetta macro area.

Sulla base di quanto sopra esposto, le risorse destinate a questa area sono le seguenti:

AREA persone con disabilità

Le risorse del FNPS e FSR oggetto del presente atto assegnate a questa area sono destinate ad azioni, servizi e interventi socio assistenziali per le persone con disabilità definiti con la Linea guida regionale per la pianificazione sociale di territorio nell'area della disabilità adulti, approvata con D.G.R. n. 361 del 7 aprile 2008. Dette risorse sono destinate, altresì, agli interventi attivati dai territorio a valere sulla legge 162/1998.

Sulla base di quanto sopra e considerate le risorse del Fondo per la non autosufficienza di cui al Capo V della L.R. 11/2015, cui si rinvia per la programmazione al Piano per la non autosufficienza (PRINA), le risorse destinate a questa area sono le seguenti:

risorse

€ 1.650.000,00 di cui

- Fnps € 1.080.000,00

- Fondo sociale regionale € 570.000,00

criterio di

ripartizione

—□50% criterio demografico di cui:

a) 40% popolazione residente sulla base degli ultimi dati ISTAT,

b) 10% numero delle famiglie sulla base degli ultimi dati ISTAT,

—□50% criterio sociale di cui:

a) 25% popolazione minorile [0 e 4] anni secondo gli ultimi dati ISTAT,

b) 25% alla popolazione minorile [0 e 18] anni secondo gli ultimi dati ISTAT.

risorse

€ 900.000,00 di cui

—□Fnps € 800.000,00

—□Fondo sociale regionale € 100.000,00

criterio di ripartizione

—□50% criterio demografico di cui:

a) 40% popolazione residente, sulla base degli ultimi dati ISTAT,

b) 10% numero delle famiglie, sulla base degli ultimi dati ISTAT,

—□50% criterio sociale di cui:

a) 25% popolazione entro la fascia di età 65 anni e oltre, secondo gli ultimi dati ISTAT,

b) 25% popolazione entro la fascia di età 80 anni e oltre, secondo gli ultimi dati ISTAT.

risorse € 1.430.348,00 del Fnps

criterio di ripartizione

—□50% criterio demografico di cui:

a) 40% popolazione residente secondo gli ultimi dati ISTAT;

b) 10% numero delle famiglie secondo gli ultimi dati ISTAT;

—□50% criterio sociale di cui:

a) 25% numero delle famiglie secondo gli ultimi dati ISTAT ;

b) 25% incidenza tasso disabilità sulla popolazione residente secondo l'ultimo dato ISTAT disponibile.

AREA Famiglie

La macro-area delle famiglie a rischio sociale ricomprende interventi a favore delle famiglie collocabili appena al di sopra della linea della povertà (famiglie a reddito medio-basso), ma che per il sopraggiungere di eventi cumulativi di svantaggio possono scivolare verso una condizione aperta di disagio fino all'esclusione e alla povertà. Dette risorse, direttamente trasferite al territorio e destinate a contrastare e interrompere la traiettoria discendente verso forme conclamate di disagio/povertà, potranno essere destinate all'intervento previsto dall'art. 300 della L.R. 11/2015 (ex art. 7 della L.R. 13/2010 "*Disciplina dei servizi e degli interventi a favore della famiglia*") e gestite secondo le modalità previste dal regolamento regionale (r.r. 5/2011), attuativo del predetto intervento.

AREA Povertà

Le risorse trasferite per questa macro-area sono rivolte a singoli e famiglie maggiormente vulnerabili, a rischio di discriminazione ed in generale alle persone che, per diversi motivi, sono prese in carico dai servizi sociali.

Gli interventi, allo scopo di garantire un percorso inclusivo verso la fruibilità dei servizi e degli interventi di natura sociale e socio economica, sono destinati alle persone che versano in condizioni di povertà estrema, persone con problemi di dipendenza, persone vittime di tratta, persone appartenenti a minoranze etniche, persone sottoposte ad esecuzione penale ex detenute ecc..

AREA Immigrazione

Le risorse derivanti dal Fnps destinate a questa macro-area sono pari a euro 250.000,00 e verranno ripartite con una deliberazione di Giunta regionale adottata ai sensi del d.lsg. 286/1998. Dette risorse sono iscritte al cap. 02718 del bilancio regionale per l'importo di € 238.000,00 e al cap. A2718 del bilancio regionale per l'importo di € 12.000,00.

INDIRIZZI E VINCOLI PER LA PROGRAMMAZIONE ATTUATIVA (ai sensi dell'art. 268 comma 2 lett. e) della legge regionale n. 11/2015)

Tenendo presente la riforma istituzionale di cui alla citata L.R. n. 10/2015, si stabiliscono, per le risorse oggetto del presente riparto, alcuni vincoli per la programmazione sociale di territorio in ragione di una razionalizzare del sistema regionale dei servizi sociali attraverso la piena realizzazione della gestione associata in grado di favorire economie di scala, l'adeguata utilizzazione delle risorse disponibili e la verifica continua dell'efficacia e dell'efficienza della spesa.

In particolare si prevede la necessità di procedere:

- nell'adozione del metodo della programmazione sociale di territorio;
- nell'esercizio in forma associata delle funzioni da parte dei Comuni;
- nella gestione unitaria delle risorse finanziarie destinate alla programmazione sociale territoriale;
- nella rendicontazione delle risorse trasferite, previo monitoraggio, dei risultati raggiunti (nel rispetto di quanto imposto dell'art. 268, co. 2 lett. b) e c) della L.R. 11/2015) da parte dei soggetti destinatari del trasferimento delle risorse di cui al presente atto (Comuni capofila delle zone sociali);

A tal riguardo si stabilisce che il mancato adempimento di detto onere conoscitivo o il mancato utilizzo non motivato di parte delle risorse comporta la revoca del finanziamento trasferito, il quale è versato all'entrata del bilancio regionale per le successive riprogrammazioni e ripartizioni dei fondi oggetto del presente atto;

- nella costruzione di livelli essenziali e uniformi di assistenza sociale così come definiti con il piano sociale regionale vigente (art. 357, co 2, L.R. n. 11/2015) destinando, in via prioritaria, a tale fine, le risorse trasferite.

risorse

€ 480.000,00 di cui

— □ Fnps € 300.000,00

– □ Fondo sociale regionale € 180.000,00

criterio di ripartizione

– □ 50% criterio demografico di cui:

a) 40% popolazione residente secondo gli ultimi dati ISTAT,

b) 10% numero delle famiglie secondo gli ultimi dati ISTAT,

– □ 50% criterio sociale sulla base dell'incidenza delle famiglie 'appena povere', secondo il Quinto Rapporto sulla povertà in Umbria, AUR - 2012.

risorse

€ 1.400.000,00 di cui:

– □ Fnps € 500.000,00

– □ Fondo sociale regionale € 900.000,00

criterio di ripartizione

– □ 50% criterio demografico in base alla popolazione residente sulla base degli ultimi dati ISTAT,

– □ 50% criterio sociale di cui:

a) 40% incidenza povertà secondo i dati dell'Osservatorio regionale sulle povertà,

b) 10% criterio sociale sulla base dell'incidenza delle famiglie 'sicuramente povere', secondo il Quinto Rapporto sulla povertà in Umbria, AUR – 2012.

Dagli indirizzi e vincoli sopra definiti discendono le seguenti direttrici di investimento delle risorse destinate al sistema regionale dei servizi sociali:

— sostegno alla *governance* e alla gestione associata in base a quanto deliberato con D.G.R. n. 1542/2011;

— quota a gestione regionale.

SOSTEGNO ALLA GOVERNANCE E ALLA GESTIONE ASSOCIATA

Il presente atto di indirizzo e trasferimento delle risorse prevede risorse per il sostegno della gestione associata, ricordando, tuttavia, che è in corso una rilettura degli strumenti della programmazione sociale di territorio.

Nello specifico, in base a quanto già deciso dalla Giunta regionale con D.G.R. 1631/2012, si stabilisce:

— di sostenere, con risorse dedicate, la qualificazione della rete degli interventi e dei servizi tramite, da un lato, il rafforzamento del ruolo e delle funzioni della rete degli Uffici della cittadinanza, sia come porta di accesso che come livello di valutazione, progettazione ed accompagnamento del cittadino nella scelta dei servizi e, dall'altro, il rafforzamento delle funzioni di monitoraggio, di supporto alla programmazione e di accompagnamento dei percorsi di accreditamento dei servizi territoriali, con particolare riferimento alle funzioni di responsabile sociale di zona;

— di riconfermare, rispetto alla struttura territoriale preposta alla programmazione e alla realizzazione degli interventi, denominata Ufficio di Piano, quanto già previsto nell'atto di programmazione delle risorse per l'anno 2013 (D.G.R. n. 805/2013), laddove esso fa riferimento ad un'assunzione graduale di responsabilità finanziaria, così come previsto dall'art. 282 della L.R. 11/2015, da parte dei Comuni.

Ne deriva che vengono destinate risorse per i seguenti servizi e funzioni:

1. sostegno alla rete degli Uffici della cittadinanza (art. 284 L.R. 11/2015) quali livello essenziale del welfare leggero, istituiti presso le Zone sociali. Gli Uffici della cittadinanza, costituiscono la porta unica di accesso alla rete territoriale dei servizi e sono capillarmente distribuiti sul territorio (1 ogni 20 mila abitanti con uno scarto del +/- 20%, max 24.000 abitanti). Lo standard di servizio attualmente modulato prevede la presenza sul territorio regionale di 35 uffici della cittadinanza come di seguito specificato:

Al fine di sostenere le loro organizzazione e azione territoriale ed in attesa di una loro riorganizzazione e innovazione, a tali servizi vengono, con il presente atto, destinate risorse pari ad € 1.250.000,00 derivanti dal fondo sociale regionale e la ripartizione fra le Zone sociali viene effettuata in base allo standard definito con la citata D.G.R. n. 848/2008.

2. Sostegno alle funzioni di coordinamento della programmazione intercomunale

Ai sensi della L.R. 11/2015 e del vigente Piano sociale regionale, nonché alla luce della D.G.R. 512/2012 *“Linee guida regionali per la definizione del ruolo e delle funzioni del responsabile sociale di Zona/promotore sociale nell’ambito della realizzazione delle “Linee di indirizzo per il sistema dei servizi sociali”*, il responsabile sociale di zona/promotore sociale assume, prioritariamente, le funzioni di coordinamento delle attività dell’Ufficio di piano, facilitazione e supporto ai processi partecipativi della programmazione e della progettazione, nonché i processi di integrazione intersettoriale e interorganizzativi.

Nello specifico le funzioni di cui sopra attengono a:

- raccordo interistituzionale volto a garantire il collegamento territorio-Regione facilitando i processi di indirizzo e coordinamento propri dell’Amministrazione regionale;
- programmazione e pianificazione locale volto alla cura del percorso di qualificazione dell’offerta sociale, della flessibilità e della dinamicità dei servizi attraverso l’accompagnamento nei percorsi di accreditamento;
- promozione e coordinamento territoriale finalizzati al supporto e alla collaborazione con il livello politico-istituzionale della Conferenza di zona nei percorsi conoscitivi, nei processi partecipativi e di concertazione;
- supporto ai processi integrativi e partecipativi con particolare riferimento alla cura, di concerto con il direttore di distretto, della redazione degli atti di programmazione integrata, alla cura dei processi di integrazione intersettoriale e interorganizzativa finalizzati all’attuazione ed alla realizzazione del Piano di zona;

Anche per l’anno 2015 vengono garantite le risorse per le attività riconducibili alla funzione di coordinamento della programmazione intercomunale per un ammontare massimo a favore di ciascuna Zona sociale di € 30.987,33. Le risorse economiche destinate ai costi per

Zona sociale Standard ex DGR 848/2008
CITTA’ DI CASTELLO 4
PERUGIA 5
ASSISI 2
MARSCIANO 2
PANICALE 3
NORCIA 1
GUBBIO 3
FOLIGNO 4
SPOLETO 2
TERNI 5
NARNI 2
ORVIETO 2

l’espletamento delle funzioni come sopra descritte saranno, tuttavia, trasferite solo a fronte dell’effettivo costo sostenuto dalle zone sociali per l’esercizio delle funzioni di programmazione sociale sul territorio e per il collegamento tra queste e la programmazione sociale regionale, previa acquisizione, da parte della struttura regionale competente, di una relazione dettagliata sulle spese effettivamente sostenute per l’esercizio di dette funzioni, fornita dai Comuni capofila delle Zone sociali. Qualora da essa risulti l’esercizio della funzione di programmazione sociale sul territorio attraverso personale dipendente, sarà necessario dettagliare il maggior costo sostenuto e le relative modalità. Le risorse rendicontabili da ciascuna Zona sociale non potranno, comunque, superare il tetto massimo assegnato a ciascuna Zona.

QUOTA A GESTIONE REGIONALE

Tale quota è destinata, in attuazione dell'art. 357, comma 1, lett. b) del Testo Unico in materia di Sanità e Servizi sociali alle attività di programmazione sociale della Regione ed in particolare alla sperimentazione di servizi innovativi,

a progetti di valenza regionale, agli interventi regionali di area sociale, al cofinanziamento di progetti nazionali e europei al monitoraggio, alla definizione dei criteri per l'autorizzazione, l'accreditamento, alla vigilanza delle strutture e dei servizi, alla formazione e ai percorsi di ricerca. Per l'anno 2015 la quota suddetta è pari ad € di € 200.000.00 iscritto nel bilancio regionale al cap. T2888.

Nello specifico si rinvia ad appositi successivi atti amministrativi per il sostegno di progetti regionali, interregionali, nazionali e territoriali di valenza regionale. A tal proposito si richiama la D.G.R. 403 del 27 marzo 2015, con la quale sono stati approvati i criteri e le modalità per la promozione di progetti, interventi, e iniziative di valenza regionale di area sociale da finanziare con dette risorse. In adempimento al rinvio disposto al punto 10) del deliberato della D.G.R. 403/2015, con il presente atto di programmazione, si stabilisce di destinare a detta finalità € 127.000,00.

Si precisa che con DD 3721 del 29 maggio 2015 è stata approvata la modulistica per la presentazione di progetti, iniziative di area sociale a valere su risorse del Fondo sociale regionale di cui all'art. 357, comma 1 della L.R. 11/2015 (ex art. 46, comma 1, della L.R. 26/2009) ai sensi della citata D.G.R. 403/2015 e che la scadenza per la loro presentazione per l'anno 2015 è fissata al 30 settembre 2015.

Con riferimento al disposto della D.G.R. 1786 del 29 dicembre 2014 con la quale è stata approvata la prosecuzione della Convenzione con l'Agenzia Umbria Ricerche (AUR), a sostegno dei percorsi di ricerca per il biennio 2015/2016, a parziale variazione di ivi quanto contenuto, si specifica che la somma di € 123.000,00 viene reperita sul cap. S2836 (Fondo nazionale politiche sociali), anziché sul cap 2888 e cap 2884 (Fondo sociale regionale).

PROGRAMMAZIONE SOCIO-SANITARIA

EMILIA-ROMAGNA

DAL 21.12.15, n. 52 - Documento di economia e finanza regionale DEFR 2016 con riferimento alla programmazione 2016-2018. (Proposta della Giunta regionale in data 29 ottobre 2015, n. 1632). (BUR n, 342 del 30.12.15)

PRESENTAZIONE

Con assoluto rigore e coerenza, la Regione Emilia Romagna può essere considerata, assieme alla Regione Umbria, l'unica che con tempestività e chiarezza, mutuando anche dalle impostazioni programmatiche dei DOCUP europei, delinea gli orientamenti e le azioni di programmazione economico-finanziaria che costituiscono una delle funzioni essenziali della Regione.

Si riporta quindi la sezione relativa alla sanità e al sociale.

2.3 AREA SANITA' E SOCIALE

Quadro di sintesi degli obiettivi d'Area

Questa area raccoglie gli obiettivi che la Giunta e gli Assessori, direttamente coinvolti in relazione alle competenze attribuite con i decreti Presidente della Giunta n. 220 del 29/12/2014 e n. 4 del 16/1/2015, assumono come prioritari, in coerenza con il Programma di mandato.

Si tratta, nello specifico, di 24 obiettivi strategici relativi alle politiche in materia di:

Politiche di welfare

- obiettivo 2.3.9

Valorizzazione e internalizzazione Terzo settore

- obiettivi 2.3.1 - 2.3.8

Infanzia, adolescenza, famiglie

- obiettivi 2.3.2 - 2.3.3

Interventi per la disabilità

– obiettivo 2.3.4

Integrazione sociale

– obiettivi 2.3.5 - 2.3.6

Pari opportunità e violenza di genere

– obiettivo 2.3.7

Tutela della salute

– obiettivi 2.3.10 - 2.3.11 - 2.3.13 - 2.3.16

Non autosufficienza

– obiettivo 2.3.12

Assistenza territoriale

– obiettivo 2.3.15

Programmazione del Sistema sanitario

– obiettivi 2.3.14 - 2.3.17 - 2.3.18 - 2.3.19 - 2.3.20 - 2.3.21 - 2.3.22 - 2.3.23

Indicatori di contesto³³

- Famiglie in condizione di povertà relativa (2014): 4,2%
- Incidenza della popolazione residente straniera (1.1.2015): 12,1%
- Servizi educativi prima infanzia pubblici e privati (posti a.s. 2012/2013): 40.963
- Scuola per l'infanzia statale (a.s. 2015/2016): sedi 729, alunni 55.708
- Scuole per l'infanzia paritarie (a.s. 2014/2015): sedi 814, alunni 58.820
- Speranza di vita alla nascita (stima 2014): maschi 80,9 anni; femmine 85,4 anni
- Fumatori di 14 anni e più (2013): 20,7%
- Persone obese di 18 anni e più (2013): 10,7%
- Persone di 14 anni e più che consumano alcol a rischio (2013): 15,7%
- Persone di 6 anni e più con limitazioni funzionali (2013): 241 mila di cui 201 mila anziani (65 anni e più)

³³ Fonti: Istat e MIUR

2.3 AREA SANITA' E SOCIALE

2.3.1 Politiche per la proiezione internazionale del Terzo Settore

Missione: Servizi istituzionali generali e di gestione

Programma: Politica regionale unitaria per i servizi istituzionali, generali e di gestione

Le relazioni e la cooperazione internazionali oggi vivono una fase di profonda trasformazione:

diversi paesi del mondo, un tempo 'beneficiari' degli interventi di cooperazione, si stanno progressivamente trasformando in "new donor" e, allo stesso tempo, la realtà della crisi economica ha portato all'emergere di nuove situazioni di povertà in Europa, soprattutto nelle aree urbane sempre più multiculturali. Il peso delle economie emergenti nella *governante* globale è aumentato profondamente negli ultimi decenni e nell'ambito della cooperazione allo sviluppo. Queste dinamiche hanno portato ad una nuova geografia dei flussi, degli attori e delle logiche stesse della cooperazione.

L'obiettivo è di riposizionare l'intera comunità regionale a livello europeo e internazionale e proiettare l'Emilia-Romagna in una dimensione strategica per tutti gli attori coinvolti nelle attività di cooperazione internazionale, solidarietà, aiuto umanitario, promozione della pace e giustizia, attraverso la definizione di un documento integrato e il rilancio di un partenariato volto a promuovere relazioni solidali e paritarie tra i popoli.

In coerenza con la programmazione nazionale, con l'Agenda 2030 per lo Sviluppo sostenibile, nonché con le sfide derivanti dai cambiamenti demografici e migratori, l'obiettivo è quello di rinnovare l'azione della Regione nei confronti delle istituzioni (pubbliche e private) interregionali, nazionali ed europee, nonché di paesi partner al fine di sviluppare, integrare e promuovere gli attori del sistema territoriale, protagonisti del sistema della cooperazione internazionale allo sviluppo, dell'aiuto umanitario e dell'educazione, della sensibilizzazione e della partecipazione di tutti i cittadini alla solidarietà, alla sostenibilità e alla cooperazione internazionale e alla pace.

Assessorato di riferimento

Politiche di welfare e politiche abitative

Altri assessorati coinvolti

Presidenza

Politiche per la salute

Coordinamento delle politiche europee allo sviluppo, scuola, formazione professionale, università, ricerca e lavoro

Cultura, politiche giovanili e politiche per la legalità

Strumenti e modalità di attuazione

- attuazione LR 9/2006
- attuazione LR 12/2002
- partecipazioni a progettualità su programmi europei e fondi nazionali
- progettualità integrate e triangolari
- bandi di contributi (anche adottando modalità digitali)
- tavoli di area o paese e gruppi di lavoro con gli *stakeholder*
- monitoraggio e controllo delle azioni e delle risorse programmate

Altri soggetti che concorrono all'azione

Enti locali, Amministrazioni dello Stato, Soggetti del Terzo Settore, Parti Sociali, Scuole, Università, Associazioni di Categoria, Ervet (per la realizzazione di rapporti di analisi e valutazione delle azioni)

Destinatari

Cittadini - singoli o attraverso le associazioni di appartenenza, Comunità locali, Imprese

Eventuali impatti in termini di pari opportunità e non discriminazione

L'impatto è intrinseco poiché le azioni supportanti hanno come tema orizzontale il supporto a politiche per le pari opportunità e non discriminazione

Risultati attesi

2016

- approvazione del documento di programmazione triennale (art.10 LR 12/2002)
- razionalizzazione dei servizi regionali di informazione sulle opportunità europee in materia di cooperazione internazionale
- definizione di progettazione strategiche condivise con il partenariato
- rafforzamento del posizionamento della Regione in Europa con particolare attenzione alle istituzioni nazionali, europee ed internazionali nonché con le regioni partner
- informatizzazione delle procedure di bando
- avvio di missioni in loco

Intera legislatura

- rispetto dei target intermedi previsti dai programmi regionali nell'ambito del *Performance Framework*
- conclusione di tutte le misure previste dal Piano di rafforzamento amministrativo

2.3.2 Infanzia e famiglia

Missione: Diritti sociali, politiche sociali e famiglia

Programma: Interventi per l'infanzia e i minori e per asili nido

Garantire alle bambine, ai bambini e alle loro famiglie servizi educativi di qualità coinvolgendo tutti i soggetti, pubblici e privati della nostra comunità

Assessorato di riferimento

Politiche di welfare e politiche abitative

Strumenti e modalità di attuazione

- mantenimento delle risorse destinate ai servizi educativi per l'infanzia
- adeguamento e attuazione LR 1/2000 e direttiva attuativa, in applicazione della LR 13/2015
- definizione nuovi indirizzi triennali

Altri soggetti che concorrono all'azione

Enti locali, Soggetti gestori pubblici e privati

Destinatari

Bambine, bambini e loro famiglie, operatori dei servizi

Eventuali impatti sugli Enti locali

Gli Enti locali sono i principali attori delle azioni necessarie per raggiungere gli obiettivi

Eventuali impatti in termini di pari opportunità e non discriminazione

Sviluppare una rete integrata di servizi socio-educativi ed educativi per l'infanzia

Contrastare la rigidità nell'organizzazione del lavoro e negli orari delle imprese (pubbliche e private) e dei servizi pubblici

Risultati attesi

2016

- approvazione e applicazione delle necessarie modifiche alla LR 1/2000, anche in applicazione della LR 13/2015, definizione dei nuovi indirizzi triennali ed erogazione delle risorse finanziarie, riallocazione dei coordinamenti pedagogici

Triennio di riferimento del bilancio

- ridefinizione e miglioramento della *governance* anche in relazione al riassetto istituzionale in applicazione della LR 13/2015

Intera legislatura

- miglioramento delle condizioni di fruibilità e qualità dei servizi nell'ottica della sostenibilità di sistema

2.3.3 Minori, adolescenza e famiglia

Missione: Diritti sociali, politiche sociali e famiglia

Programma: Interventi per l'infanzia e i minori e per asili nido

Programma: Interventi per le famiglie

Sostegno al benessere dell'infanzia e dell'adolescenza, anche attraverso politiche di supporto alle famiglie.

Assessorato di riferimento

Politiche di welfare e politiche abitative

Altri assessorati coinvolti

Politiche per la salute

Strumenti e modalità di attuazione

- mantenimento delle risorse
- adeguamento e attuazione della LR 14/2008 in applicazione della LR 13/2015
- applicazione linee d'indirizzo regionali per la prevenzione del rischio in adolescenza:

“Progetto adolescenza”

- applicazione linee d'indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso
- applicazione linee d'indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio di allontanamento
- coordinamento azioni di prevenzione dell'istituzionalizzazione e sostegno alla genitorialità

Altri soggetti che concorrono all'azione

Enti locali, AUSL e Distretti, Soggetti gestori pubblici e privati, Scuole, Agenzie educative

Destinatari

Bambine e bambini, Adolescenti e famiglie, Operatori dei servizi

Eventuali impatti sugli Enti locali

Gli Enti locali - insieme ad AUSL e Distretti - sono i principali attori delle azioni di coordinamento territoriali necessarie per raggiungere gli obiettivi

Eventuali impatti in termini di pari opportunità e non discriminazione

Favorire e qualificare i servizi socio-assistenziali e socio-educativi. Accrescere la capacità – a livello istituzionale e socio-assistenziale - di leggere ed interpretare i contesti di vita e le situazioni “a rischio”

Risultati attesi

2016

- approvazione e applicazione delle necessarie modifiche alla LR 14/2008, anche in applicazione della LR 13/2015, riallocazione del coordinamento tecnico in materia di infanzia e adolescenza.

Triennio di riferimento del bilancio

- attuazione, monitoraggio e valutazione di politiche/obiettivi sopra indicati attraverso il processo di produzione di un ‘Rapporto sociale giovani generazioni’

Intera legislatura

- consolidamento di azioni territoriali sistematiche e diffuse per il benessere di infanzia, adolescenza e famiglie

2.3.4 Inserimento lavorativo delle persone con disabilità

Missione: Diritti sociali, politiche sociali e famiglia

Programma: Interventi per la disabilità

Il rischio di trovarsi a vivere in condizioni di povertà e marginalità in questi anni è aumentato per tutti. Tale precarietà non può trasformarsi in alibi per trascurare l'integrazione lavorativa delle persone con disabilità. Con una legge regionale - la L. 14/2015, interventi mirati e un vero cambio di paradigma vogliamo passare da una gestione tollerata dell'esclusione ad un principio sistematico di inclusione e piena partecipazione di tutti i cittadini alla vita attiva come fattori strategici per la crescita e il benessere collettivo.

La Legge nazionale 68/99, finalizzata alla promozione dell'inserimento e integrazione lavorativa delle persone disabili nel mondo del lavoro, affida alle Regioni il compito di programmare gli interventi per facilitare l'inserimento delle persone disabili nel mondo del lavoro, ricorrendo alle risorse del Fondo Regionale Disabili costituito dagli oneri dovuti dalle imprese che non rispettano gli adempimenti previsti dalla suddetta Legge o che chiedono l'esonero dall'obbligo.

Gli interventi a favore del collocamento delle persone disabili – di cui la LR 13/2015 affida alla regione anche l'attuazione - prevedono formazione, riqualificazione, tirocini di inserimento, incentivi alle imprese che assumono pur non essendo soggette agli obblighi previsti dalla legge 68, al fine di elevare il livello di responsabilità sociale delle imprese e riconoscere l'apporto significativo in termini di inclusione sociale che le stesse perseguono con i propri comportamenti.

La Regione, nel confronto con le Associazioni disabili più rappresentative, promuovendo interventi sempre più mirati e rispondenti alle esigenze delle persone, è impegnata a dare piena attuazione a quanto previsto dalla legge 68. Tra gli obiettivi da perseguire c'è il miglioramento di efficacia e efficienza dei servizi per il lavoro dedicati alle persone disabili per rendere sempre più ridotta la distanza delle stesse dal mercato del lavoro. Obiettivo a cui darà un contributo anche l'istituzione della nuova Agenzia Regionale per il Lavoro, così come l'attuazione della LR 14/2015, che prevede l'assegnazione di risorse del Fondo Regionale Disabili anche ai Distretti per la realizzazione dei progetti integrati previsti dalla legge.

Assessorato di riferimento

Coordinamento delle politiche europee allo sviluppo, scuola, formazione professionale, università, ricerca e lavoro

Altri assessorati coinvolti

Assessore alle politiche di welfare e politiche abitative

Assessorato alle politiche della salute

Assessorato alle attività produttive, piano energetico, economia verde e ricostruzione post-sisma

Strumenti e modalità di attuazione

Fondo Regionale Disabili

Altri soggetti che concorrono all'azione

L'attuazione presuppone un forte coinvolgimento del partenariato istituzionale, economico e sociale (Conferenza Regionale Tripartita, Comitato di Coordinamento Istituzionale, Conferenza Regionale Sistema Formativo, Conferenza Regione e Università), degli Enti locali e dei soggetti formativi (scuole, enti di formazione accreditati, centri di ricerca, università), dei servizi per il lavoro e dei servizi sociali e sanitari.

Destinatari

Persone con disabilità

Risultati attesi

2016

- programmazione e attuazione degli interventi a favore del collocamento dei disabili in accordo con le rappresentanze delle Associazioni Disabili e delle parti sociali, su tutto il territorio regionale
- approvazione delle misure attuative previste dalle LR 14/2015 per quanto riguarda le persone con disabilità in condizioni di fragilità e vulnerabilità

Triennio di riferimento del bilancio

- organizzazione della terza Conferenza regionale per l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità

Intera legislatura

- accrescere la percentuale di persone con disabilità che ai sensi della Legge 68/99 possono essere collocate al lavoro ma anche delle persone con disabilità che non rientrano nei parametri previsti dalla legge, ma che hanno maggiori difficoltà a collocarsi nel mercato del lavoro

2.3.5 Contrasto alla povertà e all'esclusione sociale

Missione: Diritti sociali, politiche sociali e famiglia

Programma: Interventi per i soggetti a rischio di esclusione sociale

Gli obiettivi si collocano nell'ambito delle indicazioni della Strategia europea 2020 e sono volti a contrastare e ridurre gli effetti della povertà e dell'emarginazione sia rispetto al fenomeno nel suo complesso, sia relativamente a particolari fasce di popolazione maggiormente vulnerabili (ad esempio senza fissa dimora, soggetti in area penale, rom e sinti).

Assessorato di riferimento

Politiche di welfare e politiche abitative

Altri assessorati coinvolti

Coordinamento delle politiche europee allo sviluppo, scuola, formazione professionale, università, ricerca e lavoro

Cultura, politiche giovanili e politiche per la legalità

Difesa del suolo e della costa, protezione civile e politiche ambientali e della montagna

Politiche per la salute

Turismo e commercio

*Attività produttive**Trasporti, reti infrastrutture materiali e immateriali, programmazione territoriale e agenda digitale***Strumenti e modalità di attuazione**

- supporto all'avvio di misure nazionali e regionali di sostegno al reddito e a contrasto della povertà con particolare riferimento alle famiglie con minori;
- sperimentazione di interventi innovativi nel campo del disagio socio-abitativo cronico e avvio del percorso valutativo;
- attuazione della LR 11/2015 e della Strategia regionale anche attraverso la realizzazione di un bando per il superamento delle aree sosta di grandi dimensioni;
- supporto alla realizzazione di interventi a sostegno dell'inserimento socio-lavorativo in collaborazione con l'Amministrazione Penitenziaria Regionale e gli Assessorati regionali competenti

Altri soggetti che concorrono all'azione

Amministrazioni pubbliche, Terzo settore, Parti sociali

Destinatari

Persone in condizioni di povertà (anche a seguito della crisi economica) e marginalità estrema quali senza fissa dimora con situazioni multiproblematiche (salute mentale, alcolismo, tossicodipendenza), persone rom e sinti che vivono ancora nelle aree sosta di vecchia concezione, soggetti in area penale (detenuti e persone sottoposte a misure alternative alla detenzione)

Eventuali impatti sugli Enti locali

Politiche e obiettivi nel campo del contrasto alla povertà e all'esclusione sociale delle categorie più vulnerabili hanno un impatto diretto sugli Enti locali e sulla coesione sociale

Eventuali impatti in termini di pari opportunità e non discriminazione

Tutti gli interventi nei confronti delle persone in condizioni di vulnerabilità e grave marginalità sociale sono finalizzati a compensare, almeno in parte, le condizioni di svantaggio, quindi a creare i presupposti per una maggiore parità. Ad esempio la chiusura dei campi sosta di grandi dimensioni risponde anche alla necessità di eliminare un elemento di separatezza e stigmatizzazione da parte della comunità maggioritaria oltre che un fattore di tensione sociale

Risultati attesi**2016**

- sostegno all'implementazione sul territorio regionale di una misura di sostegno al reddito in particolare per le famiglie con minori in condizioni di povertà assoluta
- elaborazione del bando per accedere ai finanziamenti regionali per il superamento dei campi sosta per rom e sinti
- avvio della creazione di un sistema informativo regionale collegato alla LR 11/2015

Triennio di riferimento del bilancio

- monitoraggio quali-quantitativo delle presenze nelle aree e nei campi sosta della regione anche attraverso l'elaborazione di un sistema informativo collegato alla LR 11/2015
- predisposizione della relazione alla clausola valutativa prevista all'art. 7 LR 11/2015

Intera legislatura

- supporto alla promozione/avvio Progetto esecutivo - Sistema informativo su interventi e servizi sociali finalizzati al contrasto della povertà e dell'esclusione sociale (SIP), parte del Sistema informativo servizi sociali (SISS)
- azioni di sistema a sostegno dell'applicazione della strategia regionale per l'inclusione di rom e sinti

2.3.6 Politiche per l'integrazione**Missione:** Diritti sociali, politiche sociali e famiglia**Programma:** Interventi per i soggetti a rischio di esclusione sociale

Raggiungimento di un buon livello di inclusione sociale delle persone migranti nel contesto regionale (scuola, formazione, lavoro, sociale, salute, casa), rimozione di ostacoli di ordine linguistico, culturale ed organizzativo, promozione di forme di cittadinanza attiva e di dialogo interculturale, prevenzione e contrasto ai fenomeni di esclusione e discriminazione in attuazione della LR 5/2004.

Assessorato di riferimento*Politiche di welfare e politiche abitative***Altri assessorati coinvolti***Giunta Regionale per specifiche competenze***Strumenti e modalità di attuazione**

- attuazione interventi/azioni finalizzati all'integrazione nell'ambito di programmazioni nazionali/europee

- programmazioni settoriali di ambito regionale e locale in coerenza con il Programma triennale 2014-2016 per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri
- ridefinizione di un cruscotto di indicatori di integrazione
- supporto al consolidamento di un sistema regionale di accoglienza per richiedenti e titolari di protezione internazionale

Altri soggetti che concorrono all'azione

Enti locali, Amministrazioni dello Stato, Soggetti del Terzo Settore, Parti Sociali, Associazionismo immigrati, Volontariato

Destinatari

Cittadini stranieri presenti e/o residenti in Emilia-Romagna, richiedenti e titolari di protezione internazionale, Operatori dei servizi pubblici e del terzo settore, Volontari

Eventuali impatti sugli Enti locali

Gli Enti locali sono tra i principali attori della programmazione sociale regionale per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri.

Eventuali impatti in termini di pari opportunità e non discriminazione

L'insieme degli interventi suindicati si pone l'obiettivo di garantire pari opportunità e non discriminazione diminuendo, in particolare, le differenze in termini di accesso ed efficacia di risposta da parte dei servizi pubblici tra la sottopopolazione autoctona e quella immigrata (extracomunitari e comunitari).

Risultati attesi

2016

- attuazione e monitoraggio dell'Accordo regionale per il sostegno ad attività di volontariato rivolte a richiedenti protezione internazionale
- programmazione regionale delle misure per l'apprendimento della lingua italiana a valere sul Fondo FAMI 2014-2020
- attuazione azioni per la qualificazione e connessione dei servizi territoriali rivolti alla popolazione immigrata

Triennio di riferimento del bilancio

- predisposizione di una Relazione finale che illustri lo stato di attuazione degli obiettivi fissati dal Programma Triennale ed i risultati delle azioni promosse per il loro conseguimento
- predisposizione di una Relazione alla Clausola Valutativa in ordine alle questioni poste dall'art. 20 della LR 5/2004

Intera legislatura

- predisposizione del nuovo Programma Triennale per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri ai sensi dell'art. 3 comma 2 della LR 5/2004

2.3.7 Contrasto alla violenza di genere e pari opportunità

Missione: Diritti sociali, politiche sociali e famiglia

Programma: Programmazione e governo della rete dei servizi socio-sanitari e sociali

Contrasto alla violenza di genere: attuazione della LR 6/2014 e delle linee di indirizzo regionali per l'accoglienza di donne vittime di violenza di genere (DGR 1677/2013). Predisposizione Piano regionale contro la violenza di genere in ottemperanza all'art. 17 della LR 6/2014, e sua diffusione. Assegnazione e concessione ai comuni sedi di Centri di accoglienza e case rifugio del fondo statale per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità (art. 19, comma 3 DL 223/2006 convertito con modificazioni dalla L. 248/2006). Monitoraggio dei fondi statali assegnati e concessi ai comuni sedi di centri antiviolenza e di case rifugio, con le DGR 1708/2014 e 752/2015.

Pari opportunità: promozione del *mainstreaming* di genere anche attraverso l'attività dell'Area di integrazione del punto di vista di genere e valutazione del suo impatto sulle politiche regionali; predisposizione del Report di monitoraggio del Piano integrato delle azioni regionali in materia di pari opportunità di genere 2014-2016; prosecuzione delle attività di diffusione di una cultura attenta alle differenze e alle pari opportunità e al contrasto agli stereotipi di genere; attuazione della LR 6/2014 per le parti di competenza.

Assessorato di riferimento

Bilancio, riordino territoriale, risorse umane e pari opportunità

Altri assessorati coinvolti

Tutti gli Assessorati per specifiche competenze

Strumenti e modalità di attuazione

- LR 6/2014, LR 2/2003

- DAL 175/2008
- DGR 1677/2013, DGR 629/2014, DGR 1708/2014, DGR 459/2015, DGR 752/2015
- Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo e le Regioni, le province autonome di Trento e di Bolzano e le Autonomie locali, relativa ai requisiti minimi dei Centri antiviolenza e delle Case rifugio, prevista dall'art. 3, comma 4, del D.P.C.M. del 24 luglio 2014, del 27 novembre 2014
- Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere adottato con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 7 luglio 2015

Altri soggetti che concorrono all'azione

Conferenze Territoriali Sociali-Sanitarie (CTSS), Enti locali, Aziende USL e Distretti, Soggetti gestori pubblici e privati di case e centri antiviolenza, Agenzie di comunicazione, Scuole e agenzie educative

Destinatari

Vittime di violenza di genere e loro figli e figlie, Donne e cittadinanza in genere, Operatori dei servizi

Eventuali impatti sugli enti locali

Gli Enti locali - insieme ad Aziende USL e Distretti - sono i principali attori delle azioni di coordinamento territoriali necessarie per raggiungere gli obiettivi

Eventuali impatti in termini di pari opportunità e non discriminazione

Tutte le attività sono dirette alla promozione delle pari opportunità e al contrasto delle discriminazioni

Risultati attesi

2016

- attività di *mainstreaming* e presidio delle attività regionali in materia di pari opportunità; realizzazione del Report di monitoraggio relativo al Piano integrato delle azioni regionali in materia di pari opportunità di genere 2014-2016
- prosecuzione del lavoro inerente alla realizzazione di un bilancio di genere
- approvazione del Piano regionale contro la violenza di genere e redazione di un cronoprogramma di monitoraggio per una sua prima attuazione

Triennio di riferimento del bilancio

- attuazione, monitoraggio e valutazione di politiche/obiettivi sopra elencati

Intera legislatura

- consolidamento di azioni regionali e territoriali sistematiche e diffuse sui temi delle pari opportunità e del contrasto alla violenza di genere

2.3.8 Valorizzazione del Terzo settore

Missione: Diritti sociali, politiche sociali e famiglia

Programma: Cooperazione e associazionismo

Valorizzazione del ruolo del terzo settore nel sistema di welfare regionale, ridefinizione dei rapporti della Pubblica Amministrazione e della Regione in particolare con il terzo settore, attuazione della riforma nazionale in merito. Valorizzazione del Servizio Civile.

Assessorato di riferimento

Politiche di welfare e politiche abitative

Altri assessorati coinvolti

Presidenza

Attività produttive, piano energetico, economia verde e ricostruzione post-sisma

Coordinamento delle politiche europee allo sviluppo, scuola, formazione professionale, università, ricerca e lavoro

Cultura, politiche giovanili e politiche per la legalità

Difesa del suolo e della costa, protezione civile e politiche ambientali e della montagna

Politiche per la salute

Trasporti, reti infrastrutture materiali e immateriali, programmazione territoriale e agenda digitale

Bilancio, riordino istituzionale, risorse umane e pari opportunità

Strumenti e modalità di attuazione

- LR 13/2015, LR 12/2014, LR 8/2014, LR 12/2005, LR 20/2003, LR 34/2002
- Direttive e Linee guida di attuazione

Altri soggetti che concorrono all'azione

Enti locali, Terzo settore, Organizzazioni di volontariato, Associazioni di promozione sociale, Cooperative sociali, Comuni, Province, AUSL, Centri di Servizio per il Volontariato (CSV), Co.Ge (Comitato di gestione fondo speciale per il volontariato dell'Emilia-Romagna), Enti

iscritti all'albo del Servizio Civile, Coordinamenti Provinciali enti di servizio civile, Ervet

Destinatari

Organizzazioni di volontariato, Associazioni di promozione sociale, Cooperative sociali, Enti locali, AUSL, CSV, Giovani, Enti pubblici e privati del servizio civile

Eventuali impatti sugli Enti locali

Sono notevoli in quanto le politiche avranno effetti sulla programmazione, pianificazione e realizzazione degli interventi locali e sulla forma di rapporto con i soggetti del Terzo settore.

Inoltre valorizzazione dei giovani italiani o provenienti da altri paesi quale risorsa positiva per la comunità locale e occasione di crescita umana, relazionale e professionale dei giovani stessi

Eventuali impatti in termini di pari opportunità e non discriminazione

Contrastare i rischi di isolamento dei soggetti con meno potenzialità (professionali, fisiche, linguistiche, culturali ecc.)

Risultati attesi

2016

- implementazione della banca dati TeSeO attraverso procedure informatiche di accesso e gestione degli albi
- in riferimento alla definizione e modalità di applicazione della co-progettazione e dei patti territoriali, individuare un modello condiviso che tenga conto dello studio ed analisi di esperienze già presenti sul territorio nazionale e regionale con valutazione di positività o criticità delle stesse
- attivazione del documento di programmazione triennale del servizio civile

Triennio di riferimento del bilancio

- sperimentazione accompagnata di alcune esperienze lancio di patti territoriali di coprogettazione
- attivazione e aggiornamento del documento di programmazione triennale del servizio civile

2.3.9 Politiche di welfare

Missione: Diritti sociali, politiche sociali e famiglia

Programma: Politica regionale unitaria per i diritti sociali e la famiglia

Ridefinizione del modello di programmazione, realizzazione e verifica del sistema di welfare regionale: proposta di nuovo Piano sociale e sanitario regionale; supporto alla programmazione sociale locale con ripartizione del Fondo sociale regionale; attualizzazione del modello di *governance* alla luce del ridisegno territoriale e relativa rivisitazione degli strumenti;

monitoraggio e supporto all'attuazione delle linee guida di riordino del Servizio Sociale Territoriale (SST) e delle Linee guida per l'attività dei Centri per le famiglie, supporto all'attuazione della LR 14/2015 per la parte di competenza dei servizi sociali.

Assessorato di riferimento

Politiche di welfare e politiche abitative

Altri assessorati coinvolti

Coordinamento delle politiche europee allo sviluppo, scuola, formazione professionale, università, ricerca e lavoro

Cultura, politiche giovanili e politiche per la legalità

Politiche per la Salute

Strumenti e modalità di attuazione

- LR 14/2015, LR 13/2015, LR 12/2013, LR 2/2003
- DGR 391/2015, DGR 1012/2014
- DAL 117/2013

Altri soggetti che concorrono all'azione

Enti locali, AUSL, Terzo settore

Destinatari

Enti locali, AUSL, Terzo Settore, Cittadini

Eventuali impatti sugli Enti locali

Gli impatti previsti sono notevoli in quanto la titolarità della gestione dei servizi è degli Enti locali e l'impatto delle scelte sul tema della programmazione ricade direttamente su famiglie e cittadini. Per questo è necessario che il percorso per il raggiungimento degli obiettivi sopra descritti sia ampiamente condiviso e coinvolga tutti gli interlocutori interessati.

Eventuali impatti in termini di pari opportunità e non discriminazione

Ogni attività di quelle sopra descritte ha necessariamente un impatto sulle cittadine di genere femminile presenti nel territorio regionale, siano esse bambine, ragazze e donne, di cittadinanza italiana o non. Sarà

quindi necessario che il percorso per il raggiungimento degli obiettivi sopra descritti sia ampiamente condiviso e coinvolga tutti gli interlocutori interessati e tenga conto in particolare degli obiettivi: 1. Favorire l'equilibrio tra vita e lavoro, 7. Contrastare i fenomeni di povertà e marginalità sociale di genere, favorendo l'inclusione, 8. Garantire la sicurezza, contrastando ogni forma di abuso e violenza del Piano integrato delle azioni regionali in materia di pari opportunità di genere.

Risultati attesi

2016

- avvio percorso di ridefinizione del Piano sociale e sanitario regionale
- attività a supporto del monitoraggio e dell'attuazione delle Linee guida del SST
- attività a supporto del monitoraggio e dell'attuazione delle Linee guida per i Centri per le famiglie
- applicazione del dettato della LR 13/2015 con riferimento alle disposizioni in materia di servizi sociali ed educativi
- attività a supporto dell'attuazione della LR 14/2015 per la parte di competenza dei servizi sociali.
- definizione degli obiettivi e dei criteri di riparto del fondo sociale regionale

Triennio di riferimento del bilancio

- definizione del Piano sociale e sanitario regionale

Intera legislatura

- prima attuazione del Piano sociale e sanitario regionale

2.3.10 Chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari

Missione: Tutela della salute

Programma: Servizio Sanitario Regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei Lea

Il 31 marzo 2015 gli Ospedali psichiatrici giudiziari sono stati chiusi e le misure di sicurezza detentive applicate dalla Magistratura da quella data vengono eseguite e presso strutture ad esclusiva gestione sanitaria (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza - REMS) attivate presso le AUSL di Bologna e di Parma. Le Aziende Usl devono garantire la definizione di programmi terapeutico-riabilitativi da sottoporre alla Magistratura, per la dimissione dei pazienti dalle REMS.

Assessorato di riferimento

Politiche per la salute

Strumenti e modalità di attuazione

- monitoraggio dell'attività delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) aperte a Bologna e a Parma
- potenziamento della assistenza e della definizione dei programmi terapeutico riabilitativi individuali diretti alle persone autrici di reato
- definizione di procedure con la Magistratura di sorveglianza e di cognizione dirette a privilegiare le misure di sicurezza non detentive come previsto dalla norma nazionale

Destinatari

Persone con patologie psichiatriche autrici di reato

Risultati attesi

2016

- nel rispetto delle autonome decisioni della Magistratura, maggiore offerta da parte delle AUSL di programmi per l'esecuzione di misure di sicurezza alternative al soggiorni in REMS alla per le persone con patologie psichiatriche autrici di reato

Triennio di riferimento del bilancio

- attivazione della futura residenza per l'esecuzione della misura di sicurezza situata presso l'Azienda Usl di Reggio Emilia

2.3.11 Completamento del percorso regionale attuativo della certificabilità

Missione: Tutela della salute

Programma: Servizio Sanitario Regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei Lea

Definizione ed applicazione di una regolamentazione e di un sistema di procedure in materia amministrativo-contabile che consenta alle Aziende Sanitarie ed alla Gestione Sanitaria

Accentrata regionale di migliorare la qualità del dato contabile e di sottoporsi positivamente ad eventuali verifiche e revisioni contabili.

Raggiungimento degli *standard* organizzativi, contabili e procedurali definiti a livello nazionale e regionale, attraverso il completamento e l'applicazione del sistema delle procedure amministrativo-contabili e di controllo interno.

Assessorato di riferimento

Politiche per la salute

Risultati attesi

2016

- la Regione, le Aziende Sanitarie e gli enti del SSR, sono impegnati nell'assicurare l'attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) mediante la realizzazione delle azioni ed il rispetto della tempistica come ridefinita dalla DGR 150/2015

Triennio di riferimento del bilancio

- certificabilità dei bilanci di tutte le Aziende Sanitarie e della Gestione Sanitaria Accentrata regionale, eventualmente verificata la revisione contabile del bilancio d'esercizio
- positivo superamento delle annuali valutazioni da parte del tavolo di verifica degli adempimenti regionali di cui all'art. 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005

2.3.12 Consolidamento dei servizi e delle prestazioni del fondo regionale per la non autosufficienza (FRNA)

Missione: Tutela della salute

Programma: Servizio Sanitario Regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei Lea

L'obiettivo strategico riguarda il consolidamento dei servizi e delle prestazioni assicurate tramite il FRNA (Fondo Regionale per la Non Autosufficienza) garantendo il mantenimento dei livelli di qualità definiti per i servizi accreditati, l'innovazione, la flessibilità e la sostenibilità nel tempo dell'offerta dei servizi e della, loro flessibilità in relazione alle previsioni degli andamenti demografici della popolazione e l'equità nell'accesso e nella contribuzione al costo dei servizi e la rendicontazione sociale dell'uso di queste risorse anche a livello territoriale.

Assessorato di riferimento

Politiche per la salute

Altri Assessorati coinvolti

Bilancio, Riordino Istituzionale, Risorse Umane e Pari Opportunità

Strumenti e modalità di attuazione

- per l'equità di accesso, i criteri di distribuzione ed allocazione territoriale delle risorse
- per il consolidamento dei servizi, gli strumenti di *governance* territoriale in fase di ridefinizione ed una più chiara definizione delle regole condivise a livello regionale per l'utilizzo del FRNA puntando su innovazione soprattutto nel sostegno a domicilio e degli obblighi di rendicontazione a livello territoriale
- per la garanzia della qualità, la messa a regime del sistema di accreditamento dei servizi sociosanitari connotandone maggiormente l'orientamento finale al benessere delle persone e delle famiglie destinatarie dei servizi e curando la comunicazione con i cittadini sui benefici conseguenti per loro
- per la sostenibilità, l'uso integrato di tutte le risorse (FNA -Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza-, risorse degli Enti locali, risorse degli utenti)

Altri soggetti che concorrono all'azione

Enti locali (negli strumenti di *governance*), in un rinnovato rapporto con le Organizzazioni sindacali, Associazioni, Terzo settore, Soggetti gestori dei servizi accreditati

Destinatari

Persone non autosufficienti (anziani, disabili) con diversi livelli di gravità, le loro famiglie ed il *caregiver* familiare (persona che presta volontariamente cura e assistenza come definito dalla LR 2/2014)

Risultati attesi

2016

- mantenimento dell'offerta complessiva di servizi e di capacità di presa in carico rispetto al 2015
- definizione modalità flessibili ed innovative degli interventi finanziabili con FRNA e FNA per il sostegno a domicilio
- aggiornamento del Progetto regionale demenze

Triennio di riferimento del bilancio

- mantenimento del numero complessivo degli utenti in relazione alle risorse rese disponibili rispetto al 2014
- definizione ed attuazione a livello territoriale dei criteri condivisi a livello regionale per garanzia di equità nell'accesso e nella contribuzione al costo dei servizi sociosanitari in relazione sia alla definizione del nuovo

Isee che dell'accordo con gli Enti locali per la costruzione di un sistema omogeneo regionale per la contribuzione al costo dei servizi sociosanitari

- attuazione delle modalità condivise di rendicontazione sociale dell'uso del FRNA e FNA

in tutti gli ambiti distrettuali

2.3.13 Dati Aperti in Sanità

Missione: Tutela della salute

Programma: Servizio Sanitario Regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei Lea

Rendere i dati e gli indicatori, prodotti nel Sistema Informativo delle Politiche Sanitarie e Sociali, liberamente accessibili a tutti, senza vincoli che ne limitino la riproduzione e il riuso. In stretta relazione con gli obiettivi del Programma per la trasparenza e l'integrità, il Progetto *Open Data* e l'Agenda Digitale della Regione Emilia-Romagna, il sistema dei Servizi Sanitari e Sociali pubblica con regolarità, in formato digitale, elaborabili ed importabili elettronicamente, le informazioni che descrivono lo stato di salute della popolazione, struttura, funzionamento, costi e risultati dell'attività svolta dai servizi sanitari e sociali, con l'obiettivo di rendere conto del proprio operato e di fornire ai cittadini informazioni e strumenti per produrre nuova conoscenza e contribuire, attraverso il riuso dei dati e le loro valutazioni, a migliorare la qualità dei servizi erogati. Tutto questo in un ecosistema sempre più dinamico, interconnesso e collaborativo tra amministrazione regionale e società civile.

Obiettivi strategici:

- ✓ governare il processo di apertura dei dati, con l'obiettivo di rendere sempre più fruibile il patrimonio informativo esistente, garantendone rilevanza, qualità e tempestività di pubblicazione
- ✓ perseguire l'interazione con gli utilizzatori dei dati e fare rete con processi analoghi attivi a livello regionale, nazionale ed europeo.

Assessorato di riferimento

Politiche per la salute

Altri assessorati coinvolti

Bilancio, riordino istituzionale, risorse umane e pari opportunità,

Politiche di welfare e politiche abitative

Trasporti, reti infrastrutture materiali e immateriali, programmazione territoriale e agenda digitale

Strumenti e modalità di attuazione

- è necessario un investimento sul *web* sociale, sulla creazione di contenuti da parte degli utenti, sulla convergenza al digitale di tutti i documenti e la loro fruizione attraverso *internet* e dispositivi mobili; occorre poi definire le priorità per l'agenda della pubblicazione dei dati aperti di sanità e sociale, da aggiornare periodicamente. Uno sforzo importante è garantire il controllo di qualità dei dati e delle informazioni
- è necessario un impegno attivo per superare gli ostacoli organizzativi e/o normativi ed espandere la disponibilità di dati/informazioni nel tempo
- un'attenzione particolare va messa sulla cura della comunicazione dei Dati Aperti per promuovere il riuso dei dati e superare il *digital divide*

Risultati attesi

2016

- pubblicazione periodica dell'agenda per il rilascio dei dati (rango di priorità e scadenze): rispetto dei tempi e delle priorità di apertura
- formulazione di una proposta per l'attivazione di un tavolo interregionale per la promozione delle politiche sui Dati Aperti di sanità e sociale, da attivare presso il coordinamento delle Regioni
- garantire l'integrazione al portale regionale *Open Data*

Triennio di riferimento del bilancio

- pubblicazione periodica dell'agenda per il rilascio dei dati (rango di priorità e scadenze): rispetto dei tempi e delle priorità di apertura
- redazione del piano di comunicazione dei Dati Aperti

Intera legislatura

- pubblicazione periodica dell'agenda per il rilascio dei dati (rango di priorità e scadenze): rispetto dei tempi e delle priorità di apertura
- redazione del piano di comunicazione dei Dati Aperti

2.3.14 Ottimizzazione della gestione finanziaria del Servizio Sanitario Regionale

Missione: Tutela della salute

Programma: Servizio Sanitario Regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei

Lea

Programmazione dell'utilizzo delle disponibilità liquide e del ricorso all'anticipazione di tesoreria al fine di consolidare i tempi di pagamento del settore sanitario e di rispettare le disposizioni del D. Lgs. 231/2002 e s.m.i.

Completamento del percorso finalizzato all'adesione delle Aziende Sanitarie alla convenzione regionale per lo svolgimento del servizio di Tesoreria.

Assessorato di riferimento

Politiche per la salute

Altri assessorati coinvolti

Bilancio, riordino istituzionale, risorse umane e pari opportunità

Risultati attesi

2016

- miglioramento ulteriore dei tempi medi di pagamento dei fornitori di beni e servizi delle Aziende Sanitarie rispetto al 2015 con l'obiettivo di rispettare la normativa nazionale
- adesione alla convenzione regionale per lo svolgimento del servizio di Tesoreria delle Aziende Usl e Ospedaliera di Reggio Emilia e dell'Azienda Usl di Piacenza, dopo che nel 2015 hanno aderito le prime cinque Aziende del Servizio Sanitario Regionale
- per quanto riguarda l'applicazione della fatturazione elettronica, prevista dalla legge e avvenuta nel 2015, è necessario che il passaggio non sia limitato ad un mero adempimento, ma sia utilizzato per migliorare l'efficacia e l'efficienza del lavoro dei servizi amministrativi, risparmiando tempo e offrendo ai fornitori un servizio sempre migliore

Intera legislatura

- consolidamento dei tempi di pagamento del settore sanitario, monitoraggio e verifica dell'indicatore aziendale di tempestività dei pagamenti, annuale e trimestrale
- adesione alla convenzione regionale per lo svolgimento del servizio di Tesoreria

2.3.15 Politiche di sviluppo dell'area dell'assistenza territoriale

Missione: Tutela della salute

Programma: Servizio Sanitario Regionale-finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei

Lea

Medicina di gruppo

- monitoraggio dei Nuclei di Cure Primarie come effettiva alternativa all'assistenza ospedaliera per la casistica non acuta e progressivo superamento della medicina di rete;
- promozione di percorsi di miglioramento della qualità assistenziale anche attraverso reportistica dedicata.

Case della Salute

- la Case della Salute deve rappresentare un punto di riferimento certo per facilitare l'accesso ai servizi dell'assistenza territoriale, realizzare la continuità dell'assistenza, garantire percorsi di presa in carico per le patologie croniche secondo un modello proattivo, sviluppare la medicina d'iniziativa, contribuire all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale;
- definizione dell'assetto organizzativo per il coordinamento di programmi e percorsi assistenziali che favoriscano la continuità della presa in carico, la valorizzazione delle competenze professionali;
- sviluppo di programmi e percorsi assistenziali trasversali che integrino le attività di tutti gli operatori e delle persone coinvolti nell'assistenza (territoriali, ospedalieri, dei servizi sociali, associazioni di volontariato e associazioni dei pazienti).

Continuità dell'assistenza

- sviluppo della rete integrata di servizi dell'assistenza territoriale con particolare riferimento alle cure intermedie, come l'attivazione di posti letto territoriali gestiti da personale Infermieristico (Ospedali di Comunità).

Tempi di attesa

- la Regione Emilia-Romagna rafforza l'impegno avviato da anni sul contenimento dei tempi di attesa con particolare riferimento anche alla facilitazione dell'accesso alle prestazioni da parte dei cittadini e all'aumento della capacità produttiva delle Aziende Sanitarie;
- è stata adottata una DGR 1056/2015 attraverso la quale si è disposto che ciascuna Azienda USL, in collaborazione con l'azienda Ospedaliera o Ospedaliera-Universitaria o eventuale IRCCS di riferimento, realizzi gli interventi per il contenimento dei tempi di attesa;

- rispetto a quanto indicato nella deliberazione è stato istituito un Osservatorio Regionale per i tempi di attesa con lo scopo di monitorare le azioni finalizzate al contenimento dei tempi di attesa e i volumi di attività erogati in regime istituzionale e in libera professione intramuraria.

Assessorato di riferimento

Politiche per la salute

Strumenti e modalità di attuazione

Medicina di gruppo

- collaborazione con le Aziende USL
- utilizzo di piattaforme informatiche e logistiche comuni
- profili di NCP e pediatri di libera scelta
- Osservatorio Cure Primarie

Case della Salute

definizione e sviluppo di un sistema informativo per le Case della Salute

- implementazione delle modalità organizzative relative al coordinamento e alla erogazione dell'assistenza

Continuità dell'assistenza

- collaborazione con le Aziende per l'applicazione del modello regionale degli Ospedali di Comunità (da riconversione di letti ospedalieri) e la definizione di strumenti di valutazione condivisi per la presa in carico e la gestione del paziente
- linee guida regionali per la gestione integrata delle patologie croniche
- strumenti di identificazione precoce di fragilità (Progetto del rischio di Ospedalizzazione) nelle Case della Salute

Tempi di attesa

- identificazione del Responsabile Unitario dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali (unico a livello di ambito territoriale AUSL e AOSP)
- incremento della capacità produttiva da parte delle Aziende:
 - implementazione di nuovi modelli gestionali, ovvero l'erogazione delle attività specialistiche in fasce orarie e giornate ulteriori e diverse da quelle già programmate
 - attivazione di ulteriori Percorsi di garanzia, ovvero prestazioni aggiuntive ulteriori attivabili a CUP in caso di superamento oltre i tempi standard, con conseguente revisione dei contratti con i Privati accreditati
- utilizzo di uno strumento informatico di evidenza dell'offerta e delle attese in tempo reale (a livello aziendale e regionale)
- miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa attraverso il rafforzamento, a livello aziendale, delle azioni per la verifica dell'appropriatezza prescrittiva ed evidenziare gli esiti con particolare riferimento alla diagnostica pesante prevedendo l'utilizzo in prescrizione dei quesiti diagnostici coerenti con le priorità di accesso
- presa in carico e sviluppo delle capacità produttive delle Case della Salute: le Aziende dovranno munirsi di strumenti in modo che siano potenziate le prenotazioni dei controlli – ravvicinati o a distanza, senza limite temporale – da parte della struttura (UO/Amb) che ha in carico il cittadino. Per i pazienti più complessi si ribadisce l'importanza dello sviluppo dei percorsi di *Day Service* Ambulatoriale anche ai fini di trasferire in regime ambulatoriale le prestazioni ritenute inappropriate in regime di ricovero
- sistema univoco regionale per ridurre le mancate presentazioni. Dovranno essere potenziate le attività di *recall* e di "pulizia" delle agende e le modalità corrette/efficaci per disdire le prenotazioni
- definizione a livello regionale di un piano di comunicazione/responsabilizzazione del cittadino. Particolare attenzione, inoltre, dovrà essere dedicata alla definizione e divulgazione di un Piano di comunicazione efficace nei confronti dei cittadini, affinché siano responsabilizzati sul tema e conoscano esattamente i diritti e doveri
- utilizzo di tutti gli strumenti informatici utili al corretto percorso prescrizione-prenotazione-refertazione (di cui alla DGR 901/2015)

Altri soggetti che concorrono all'azione

Medicina di gruppo

- Aziende USL, MMG (Medico di medicina generale) e PLS (Pediatra di libera scelta), Specialisti ambulatoriali, Medici di continuità assistenziale, Altre professioni sanitarie

Case della salute

- Aziende USL, MMG e PLS, Altre professioni sanitarie, Servizi Sociali dei Comuni, Associazioni di pazienti e volontariato, ASSR (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale),

Amministrazioni comunali

- Aziende USL, AOSP, MMG e PLS, Servizi Sociali dei Comuni, Associazioni di pazienti e volontariato, ASSR, Amministrazioni comunali, Scuole
- Aziende USL, AOSP, MMG e PLS, Specialisti ambulatoriali, Conferenze territoriali, Parti sociali

Destinatari

Utenza assistita dal SSR

Eventuali impatti sugli Enti locali

Case della Salute

- programmazione partecipata delle Conferenze territoriali sociali e sanitarie alla definizione della rete delle case della salute. Collaborazione dei Servizi sociali dei Comuni alla realizzazione di *setting* assistenziali per percorsi di cura. Coinvolgimento delle realtà locali di volontariato nella fase di informazione-orientamento ai servizi erogati nelle Case della Salute
- collaborazione delle amministrazioni comunali nella fase di riconversione di strutture ospedaliere in Ospedali Di Comunità
- collaborazione con le Conferenze sociali territoriali e le parti sociali per la condivisione degli interventi e sul monitoraggio dei risultati attesi

Risultati attesi

2016

Medicina di gruppo

- diffusione dei profili di NCP e PLS a tutte le Aziende
- revisione dell'Osservatorio Cure Primarie

Casa della Salute

- realizzazione delle Case della salute programmate
- realizzazione del sistema informativo per il monitoraggio delle Case della salute
- prosecuzione del percorso di implementazione del modello organizzativo
- riconversione posti letto ospedalieri (programma regionale di riorganizzazione delle rete ospedaliera)
- attuazione di percorsi di medicina di iniziativa nelle principali patologie croniche

Triennio di riferimento del bilancio

Medicina di gruppo

- definizione e applicazione di strumenti di valutazione della performance e di impatto

Casa della Salute

- consolidamento delle Case della salute nei vari territori della regione
- consolidamento del modello organizzativo
- raccolta di informazioni strutturate e tempestive sullo sviluppo delle Case della Salute
- riconversione posti letto ospedalieri (programma regionale di riorganizzazione delle rete ospedaliera)
- rafforzamento delle modalità di integrazione tra i vari nodi della rete dei servizi dell'assistenza territoriale (es. percorsi assistenziali, ospedale di comunità, assistenza domiciliare, telemedicina)

Intera legislatura

Medicina di gruppo

- attivazione di UCCP (Unità complesse delle cure primarie), all'interno delle Case della Salute, in tutto il territorio regionale

Casa della Salute

- migliorare l'accesso e la presa in carico della popolazione nelle Case della Salute
- diffusione su tutto il territori del modello organizzativo individuato, con particolare riferimento alle Case della Salute con una struttura della offerta maggiormente complessa
- lo sviluppo degli Ospedali di Comunità su tutto il territorio regionale coerentemente con la riorganizzazione della rete ospedaliera e dei servizi di assistenza territoriale
- diffusione dei PDTA (Percorso diagnostico terapeutico ed assistenziale) per le principali condizioni croniche in tutto il territorio regionale

Tempi di attesa

A partire dal 2015 fino al 2018:

- riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche per le tipologie che oggi rivestono livelli di criticità

- miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva con particolare riferimento alla diagnostica pesante, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale
- incremento delle prenotazioni dei controlli effettuate da parte della struttura (UO/Amb) che ha in carico il cittadino, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale

2.3.16 Prevenzione e promozione della salute

Missione: Tutela della salute

Programma: Servizio Sanitario Regionale-finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei Lea

Occorre promuovere la qualificazione del sistema di relazioni tra le attività di prevenzione e di promozione della salute condotte dalle Aziende Sanitarie, dai Comuni e, più in generale, da gruppi attivi nelle Comunità di riferimento e le funzioni assegnate all'interno del nuovo modello alle Case per la salute.

La cornice entro cui si realizza questa integrazione è il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) il cui orizzonte e quadro di riferimento ideale è la "Salute in tutte le politiche". Elementi fondanti della *vision* del nuovo PRP sono quindi integrazione, partecipazione ed equità. L'equità è un valore di riferimento fondamentale delle politiche regionali e costituisce criterio-guida per dare risposte efficaci alle disuguaglianze presenti nel tessuto sociale. La partecipazione e l'integrazione sono state perseguite nel tempo, con i Piani della Prevenzione che si sono succeduti, attraverso lo sviluppo di reti di alleanze, il coinvolgimento di più settori della società, l'attivazione di iniziative di comunità e il riorientamento dei servizi sanitari.

Assessorato di riferimento

Politiche per la salute

Altri Assessorati coinvolti

Presidenza

Politiche sociali

Agricoltura, caccia e pesca

Attività produttive, piano energetico, economia verde e ricostruzione post-sisma piano

energetico, economia verde e ricostruzione post-sisma

Coordinamento delle politiche europee allo sviluppo, scuola, formazione professionale,

università, ricerca e lavoro

Difesa del suolo e della costa, protezione civile e politiche ambientali e della montagna

Strumenti e modalità di attuazione

Il PRP 2015-2018, adottato con DGR 771/2015, delinea un sistema di azioni di promozione della salute e di prevenzione che pongono le popolazioni e gli individui al centro degli interventi, che accompagnano il cittadino in tutte le fasi della vita, nei luoghi di vita e di lavoro con la finalità di conseguire il più elevato livello di salute raggiungibile. Tale scelta strategica va ricondotta alla convinzione che un investimento in interventi di prevenzione, basati sull'evidenza scientifica, costituisce una scelta capace di contribuire a garantire, nel medio e lungo periodo, la sostenibilità del Sistema sanitario nazionale. Questi interventi, nel loro insieme, mirano alla condivisione di obiettivi di salute da parte degli attori coinvolti (amministrazioni centrali e regionali, Enti locali, istituzioni, settori privati e *non profit*) e alla definizione di reciproche responsabilità al fine di rendere facili per i cittadini le scelte di salute realizzando e rendendo accessibili ambienti e contesti a ciò favorevoli.

Il PRP ha come elemento portante il *setting* in cui i progetti troveranno la loro declinazione operativa. I *setting* individuati sono: l'ambiente di lavoro, l'ambiente sanitario, la scuola e la comunità, quest'ultima declinata secondo tre direttrici: programmi di popolazione, interventi età-specifici e interventi per condizione. Nell'ambito di ogni *setting* sono stati predisposti progetti che rispondono in modo ampio ed integrato ai diversi obiettivi posti dal PNP con il coinvolgimento di gruppi di lavoro trasversali, composti da operatori dei diversi servizi regionali e delle AUSL.

A livello locale le Aziende Sanitarie dovranno predisporre un atto di programmazione per il triennio 2016-2018 che indichi il contributo che ogni azienda porterà per l'attuazione degli interventi previsti nel PRP, promuovendo sinergie e integrazione tra i servizi coinvolti, favorendo l'informazione e gli interventi di prevenzione nei processi assistenziali e la costruzione di alleanze con enti e associazioni locali e valorizzando la partecipazione alla rete HPH (*Health Promoting Hospital and Services*) a cui tutte le Aziende Sanitarie della Regione aderiscono.

Altri soggetti che concorrono all'azione

Aziende Sanitarie, Enti locali, Enti ed associazioni del territorio, Scuole, Organizzazioni dei lavoratori e delle imprese, Organizzazioni del volontariato

Destinatari

Aziende Sanitarie, Comunità, Popolazione

Eventuali impatti sugli Enti locali

L'impatto sugli Enti locali è rappresentato da costruzione di reti e alleanze e maggiori opportunità di integrazione e coesione sociale

Eventuali impatti in termini di pari opportunità e non discriminazione

Nell'ambito delle iniziative di prevenzione dell'AIDS vengono supportati economicamente progetti sviluppati nelle singole Aziende USL per attività di educazione sessuale e informazione-formazione, rivolte alle donne immigrate e ai loro bambini, con l'ausilio di mediatori culturali e di materiali informativi plurilingue.

Nel PRP, nell'ambito dei *Setting* 4 e 5 sono compresi due progetti dedicati alla Educazione all'affettività e sessualità con cui si dà continuità alle iniziative da tempo attive in regione per avorire un dialogo su affettività, sessualità e relazioni di coppia, prevenire le interruzioni volontarie di gravidanza, promuovere un benessere relazionale e sessuale, prevenire la violenza di genere e domestica, prevenire l'infezione da HIV e altre malattie sessualmente trasmesse e per il contrasto agli stereotipi di genere

Risultati attesi**2016**

- monitoraggio dell'attuazione dei progetti del PRP e verifica del rispetto degli indicatori del PRP per valutare anche il raggiungimento degli obiettivi fissati per la nostra regione dal Piano nazionale
- raccolta dei piani locali predisposti dalle Aziende Sanitarie in attuazione del PRP

Intera legislatura

- 2016-2018: annualmente viene misurato il livello di avanzamento dei programmi attraverso il raggiungimento degli obiettivi previsti nel cronoprogramma e rendicontato al Ministero della Salute ai fini della certificazione per gli adempimenti LEA

2.3.17 Riordino della rete ospedaliera

Missione: Tutela della salute

Programma: Servizio Sanitario Regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei Lea

L'attuazione del Regolamento di riordino ospedaliero previsto dal Patto per la salute e dal DM 70/2015 prevede l'applicazione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi della rete ospedaliera attraverso la rivisitazione della programmazione ospedaliera regionale, in accordo con il principio dell'autosufficienza territoriale e con il modello "*hub & spoke*" per le discipline di competenza regionale.

Le attività previste sono di seguito elencate:

- ✓ riduzione della dotazione dei posti letto pubblici e privati accreditati, mantenendo una visione di carattere regionale;
- ✓ ridefinizione della programmazione delle reti ospedaliere H&S, come evoluzione di quelle già individuate dalla programmazione regionale;
- ✓ migliorare il livello di efficienza complessiva delle attività ospedaliere anche attraverso la promozione di piattaforme logistiche comuni (farmacie ospedaliere, sviluppo ulteriore dell'*Information Communications Technology* (ICT) compresi gli aspetti di telerefertazione e telemedicina);
- ✓ migliorare l'appropriatezza dei livelli assistenziali attraverso il trasferimento di prestazioni dal regime di ricovero a quello ambulatoriale;
- ✓ definire le Unità Operative Complesse (UOC) in relazione ai bacini di utenza, tenendo conto dei volumi e degli esiti;
- ✓ revisione regionale dei punti nascita;
- ✓ adeguamento tecnologico ed operativo delle Centrali 118 di area omogenea ai requisiti del NUE 112 (Numero Unico Europeo di Emergenza) secondo le indicazioni del Ministero dell'Interno;
- ✓ promuovere ulteriormente la continuità assistenziale per la presa in carico territoriale delle patologie croniche anche attraverso la collaborazione per la realizzazione degli ospedali di comunità;
- ✓ gli obiettivi di riordino della rete ospedaliera riguardano sia le Strutture pubbliche che quelle private accreditate. Queste ultime, al fine di operare per il Sistema Sanitario Nazionale e Regionale, oltre ad essere in possesso di idoneo accreditamento regionale

Devono sottoscrivere appositi accordi contrattuali, al fine di garantire la copertura del fabbisogno regionale.

Assessorato di riferimento

Politiche per la salute

Strumenti e modalità di attuazione

- adozione di un documento programmatico che definisca i criteri da utilizzare per il raggiungimento degli obiettivi
- individuazione di indicatori di monitoraggio al fine di verificare il raggiungimento dei risultati attesi

Altri soggetti che concorrono all'azione

Aziende Sanitarie, Università, Conferenze Territoriali, Organizzazioni Sindacali, Rappresentati della Sanità Privata, Forme di rappresentanza degli interessi degli utenti, Commissioni e/o Associazioni professionali, Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori (I.R.S.T)

Destinatari

Aziende Sanitarie, Università, Conferenze Territoriali, Organizzazioni Sindacali, Rappresentati della Sanità Privata, Forme di rappresentanza degli interessi degli utenti, Commissioni e/o Associazioni professionali

Eventuali impatti sugli Enti locali

Partecipazione attiva delle Conferenze territoriali sociali e sanitarie al piano di riorganizzazione della rete ospedaliera

Risultati attesi

2016

- riduzione dei posti letto pubblici e privati accreditati entro gli standard fissati dal regolamento. Relativamente all'area della post-acute, completamento del percorso di riconduzione alle cure intermedie
- ridefinizione delle reti ospedaliere H&S di maggiore impatto assistenziale e loro implementazione
- trasferimento dal regime di ricovero a quello ambulatoriale per le prestazioni erogate in *day-hospital* e in regime di ricovero di un giorno almeno per il *day-hospital* oncologico
- aderenza del numero di Unità Operative Complesse (UOC) ai bacini di utenza e ai volumi e agli esiti indicati dal regolamento
- revisione regionale dei punti nascita
- adeguamento tecnologico ed operativo delle Centrali 118 di area omogenea ai requisiti del NUE 112 (Numero Unico Europeo di Emergenza) secondo le indicazioni del Ministero dell'Interno

Triennio di riferimento del bilancio

- pianificazioni locali coerenti il riordino ospedaliero in ambito regionale
- avvio e sviluppo del fasi del processo di riordino così come indicato nelle pianificazioni locali concordate con la Regione

Intera legislatura

- assetto della rete ospedaliera coerente con gli *standard* nazionali e adeguata a rispondere ai bisogni della popolazione della Regione

2.3.18 Valorizzazione del capitale umano e professionale

Missione: Tutela della salute

Programma: Servizio Sanitario Regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei Lea

In questa fase storica, caratterizzata in modo particolare dalla criticità delle opportunità di sviluppo economico delle professioni, occorre portare rinforzo agli investimenti sullo sviluppo professionale e al consolidamento di una politica di valorizzazione del merito al fine di migliorare l'approccio motivato al lavoro, nonché l'aggiornamento/sviluppo delle competenze necessarie ad agire nelle nuove condizioni di lavoro. Oltre ad agire su questi fattori è strategico, per la qualità delle cure, mantenere alto il valore della ricerca nelle Aziende Sanitarie al fine di produrre la conoscenza necessaria a sostenere l'efficacia e l'appropriatezza dei percorsi di cura.

A tal fine tutto il Servizio sanitario della Regione deve integrare la ricerca e la formazione nella propria missione istituzionale, al pari dell'assistenza. Ricerca e Formazione devono trovare nelle aziende collocazioni organizzative che possono consentire il miglior effetto sinergico fra chi si occupa di sviluppo della conoscenza (Ricerca) e chi si occupa di trasferimento della conoscenza (Formazione). Il fine è quello di offrire alle comunità professionali percorsi aziendali in grado di soddisfare i bisogni di sviluppo delle competenze in modo compatibile ai contesti e agli obiettivi di lavoro.

Per tali intenti risulta cruciale il contributo delle Università, agenzie della conoscenza che devono trovare nuove forme di collaborazione con le Aziende, al fine di realizzare una più adeguatezza dei profili di competenza, sui quali si sviluppano i percorsi di laurea delle professioni mediche e sanitarie, ai bisogni di professionalità che i nuovi assetti organizzativi e le aspettative dei cittadini richiedono. Quest'ultimo risultato non deve intendersi come risposta ad un bisogno di adattamento adesivo delle nuove professioni ai contesti di lavoro, ma come opportunità per sviluppare nei giovani professionisti la "giusta differenza" che può spingere all'innovazione e, allo stesso tempo, essere metabolizzabile nel contesto di lavoro.

Si auspica pertanto che la collaborazione fra gli Atenei e il SSR si reifichi in un tavolo di lavoro comune finalizzato alla definizione del nuovo protocollo d'intesa Regione /Università, con alcuni punti di attenzione; in particolare:

- ✓ le forme d'integrazione fra assistenza e ricerca.
- ✓ riorientamento dei curricula formativi delle professioni sanitarie e mediche, nell'ambito della formazione di base e specialistica, per meglio adeguarli alle competenze richieste dai nuovi bisogni di salute e dai modelli di organizzazione del SSR
- ✓ la condivisione degli indirizzi della ricerca
- ✓ la condivisione degli strumenti e dei metodi finalizzati alla previsione dei fabbisogni professionali
- ✓ la coproduzione di percorsi formativi Università/SSR finalizzati ai bisogni di competenze con particolare riguardo alla gestione manageriale e alle possibili innovazioni organizzative (es. Case della Salute, organizzazione per intensità di cura, ecc.)
- ✓ definizione di una strategia di integrazione degli obiettivi del SSR e delle Università della Regione relativamente ai dipartimenti universitari di rilevante interesse per il SSR.
- ✓ studio e analisi per implementare una piattaforma di collaborazione tra gli Stati Europei che consenta, sfruttando il valore aggiunto della cooperazione, di affrontare al meglio, prospettando possibili soluzioni, la carenza di professionisti sanitari in Europa.

Per quanto attiene alla valorizzazione del merito, accennata in premessa, si ritiene opportuno fare riferimento ai documenti prodotti dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) regionale in particolare, per quanto riguarda il tema della valorizzazione del capitale umano e professionale, il maggior punto d'attenzione risulta essere la valutazione della performance organizzativa e individuale.

In questo ambito è possibile individuare la tecnologia che può supportare lo sviluppo di una politica del merito aziendale, ancorando lo sviluppo professionale (formazione) alla valutazione delle competenze; nonché orientare i sistemi premianti e le possibili progressioni di carriera, alla valutazione della performance individuale e di gruppo.

Altre azioni utili possono essere considerate tutti quelle finalizzate a dare valore alle competenze distintive dei professionisti sia cercando di dare maggior sviluppo ai percorsi di carriera *professional*, sia riconoscendo al professionista la capacità di trasmettere e condividere la propria competenza distintiva.

Rispetto a quest'ultimo punto un'ipotesi potrebbe essere quella di costituire, sulla base di segnalazioni delle Direzioni Generali, un elenco regionale di professionisti esperti che potrebbero costituire una risorsa formativa comune per tutte le aziende del SSR.

Assessorato di riferimento

Politiche per la salute

Altri Assessorati coinvolti

Coordinamento delle politiche europee allo sviluppo, scuola, formazione professionale, università, ricerca e lavoro

Strumenti e modalità di attuazione

- Implementazione di sistemi di valutazione e valorizzazione individuali delle competenze dei professionisti nel rispetto delle indicazioni dell'OIV
- (1) costruzione di un elenco regionale dei professionisti in grado di trasferire le loro competenze distintive attraverso attività formative. Orientare i piani formativi aziendali al raggiungimento di obiettivi formativi coerenti ai processi di innovazione del SSR.

Sviluppare metodologie di formazione efficace e sistemi di valutazione sulla ricaduta degli investimenti formativi

- (2) sviluppo dei sistemi per la costruzione di scenari predittivi del fabbisogno di professioni coerenti agli attuali indirizzi della *Joint Action* promossa dalla Comunità Europea. Sviluppo di sperimentazioni didattiche finalizzate all'innovazione dei curricula formativi delle professioni mediche e sanitarie
- (4) costruzione degli strumenti e definizione delle metodologie per il supporto ai processi valutativi. Definizione del repertorio delle competenze trasversali di interesse del SSR. Orientamento dei sistemi premianti (economici e non economici) e definizione dei profili di sviluppo individuali, agli esiti della valutazione

Altri soggetti che concorrono all'azione

(1) Strutture formative delle Aziende Sanitarie e Sistema Universitario della Regione Emilia Romagna

(2) Sistema Universitario Regionale. Sistema Sanitario Regionale

(3) Assessorato Coordinamento delle politiche europee allo sviluppo, scuola, formazione professionale, università, ricerca e lavoro

(4) Organismo Indipendente di Valutazione regionale e Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie

Risultati attesi

2016

- 1) realizzazione di un elenco web dei professionisti delle aziende RER con competenze formative
- (2) reportistica regionale descrittiva degli scenari di fabbisogno per le specialità mediche e la professione infermieristica
- Completamento dei progetti di integrazione - attività e funzioni - tra le Aziende finalizzati a condividere le migliori *best practice* e professionalità, razionalizzare le risorse tecnologiche, materiali, umane e finanziarie concentrando strutturalmente le funzioni amministrative, tecnico-professionali e sanitarie a prevalente carattere generale e di supporto al fine di realizzare economie di processo e di scala, dando evidenza dello Stato dell'arte, dei risultati raggiunti in termini di economie di sistema, di performance, di coordinamento e controllo dei processi produttivi, di riduzione dei costi.
- (1) attivazione di percorsi formativi universitari finalizzati alla costruzione della nuova dirigenza medica e delle professioni sanitarie
- (2) sperimentazioni locali ed estensione del processo valutativo della performance individuale e organizzativa in tutte le Aziende Sanitarie
- (3) sviluppo di modalità organizzative finalizzate alla connessione formazione – ricerca
- (4) definizione del nuovo protocollo d'intesa Regione-Università

Intera legislatura

- verifica e valutazione della qualità della formazione prodotta nelle Aziende Sanitarie della RER da parte di team di valutatori regionali

2.3.19 Gestione del patrimonio e delle attrezzature

Missione: Tutela della salute

Programma: Servizio Sanitario Regionale - investimenti sanitari

Perseguimento dell'obiettivo di razionalizzare la gestione del patrimonio edilizio, delle attrezzature e delle tecnologie da parte delle Aziende Sanitarie in coerenza con il riordino delle strutture ospedaliere ed anche in base all'assunto del superamento a livello di territorio Provinciale della completa autosufficienza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie. Gli investimenti strutturali ed impiantistici nelle strutture aziendali dovranno essere coerenti con le politiche regionali di sostenibilità ambientale e di *green economy*. Il patrimonio delle Aziende non avente più destinazione sanitaria e quindi potenzialmente alienabile dovrà essere valorizzato con il fine di contribuire alla copertura finanziaria dei nuovi investimenti in strutture ed impianti.

Assessorato di riferimento

Politiche per la salute

Strumenti e modalità di attuazione

- forti azioni di indirizzo, monitoraggio e valutazione rispetto la programmazione degli investimenti strutturali e tecnologici delle Aziende Sanitarie
- monitoraggio, valutazione e verifica del piano degli investimenti triennale di ciascuna Azienda sanitaria esaminato fase di preventivo e di consuntivo di bilancio
- definizione ed attuazione degli strumenti tecnico amministrativi più efficaci per la valorizzazione del patrimonio alienabile

Altri soggetti che concorrono all'azione

Aziende Sanitarie, Comuni ove insistono gli immobili alienabili e Università (nel caso di Aziende Ospedaliero-Universitarie)

Destinatari

Servizio Sanitario Regionale

Eventuali impatti sugli Enti locali

Possibile necessità di Protocolli di intesa, Accordi di Programma, Programmi speciali di area

Risultati attesi

2016

- rispetto della programmazione per la realizzazione dei nuovi interventi strutturali ed impiantistici e dei piani di fornitura di tecnologie biomediche ed informatiche
- monitoraggio dell'utilizzo quali quantitativo delle tecnologie biomediche
- costituzione del Fondo Immobiliare per la gestione e la valorizzazione del patrimonio alienabile delle Aziende Sanitarie

2.3.20 Piattaforme logistiche ed informatiche più forti

Missione: Tutela della salute

Programma: Servizio Sanitario Regionale – Investimenti Sanitari

Piattaforme logistiche

Obiettivo da perseguire è la progressiva razionalizzazione della gestione dei beni e dei servizi da parte delle Aziende Sanitarie anche con il rafforzamento su base sovra aziendale delle piattaforme logistiche intese come magazzini per lo stoccaggio e lo smistamento dei beni farmaceutici, dei dispositivi medici ed economici e come laboratori analisi (vedasi la realizzazione del laboratorio Metropolitano Unico – LUM in provincia di Bologna).

In particolare gli obiettivi di razionalizzazione dell'acquisizione di beni e servizi vanno perseguiti attraverso l'Agenzia Intercent-ER, designata, con il supporto delle Aree Vaste, soggetto aggregatore regionale. L'Agenzia Intercent-ER attuerà le politiche regionali di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi, attraverso la definizione di un *Master Plan* triennale, nel quale saranno indicate le categorie merceologiche che dovranno essere gestite a livello totalmente centralizzato.

Piattaforme informatiche

L'*Information Communication Technology* (ICT) si configura sempre di più come uno strumento necessario e strategico per l'innovazione del Servizio Sanitario Regionale sia in un ambito organizzativo-procedurale sia nei processi volti a garantire la qualità e la sicurezza delle cure.

Coerentemente con questa *vision* si dovranno proseguire l'implementazione di piattaforme informatiche e sistemi interoperabili con il fine di:

- ✓ supportare la semplificazione ed il miglioramento dell'accessibilità offrendo ai cittadini servizi online interattivi uniformi a livello regionale;
- ✓ assicurare il governo clinico e il rispetto delle politiche del SSN mantenendo il punto ottimale di equilibrio tra qualità dell'assistenza e sostenibilità del sistema;
- ✓ supportare le aziende nella gestione del rischio per garantire la massima sicurezza dei processi assistenziali migliorandone la qualità;
- ✓ supportare il cambiamento delle organizzazioni sanitarie facilitando i processi di concentrazione, fusione e integrazione delle attività delle aziende.

Gli obiettivi relativi all'ICT saranno perseguiti dalla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, con il supporto della Società *in House* CUP 2000.

Assessorato di riferimento

Politiche per la salute

Altri soggetti che concorrono all'azione

Aziende sanitarie, Agenzia Intercent-ER, Società CUP 2000

Destinatari

Servizio Sanitario regionale

Risultati attesi

2016

Ottimizzazione attraverso azioni di confronto sistematico (benchmarking) delle procedure per l'acquisizione di beni e servizi e per la gestione delle piattaforme logistiche a servizio delle Aziende Sanitarie.

Sviluppo e *deployment* dei progetti ICT con gli obiettivi di:

- semplificare e migliorare l'accessibilità dei cittadini ai servizi sanitari
- garantire la sicurezza delle cure
- rendere più efficiente la gestione tecnico amministrativa del Servizio sanitario regionale

2.3.21 Applicazione dei principi dell'armonizzazione contabile in ambito sanitario

Missione: Tutela della salute

Programma: -

Conclusione del percorso di implementazione e verifica della corretta ed uniforme applicazione dei principi contabili generali ed applicati per il settore sanitario (Titolo II) approvato dal D. Lgs. 118/2011 e s.m.i. con attuazione a partire dal 2012.

Ottimizzazione dei livelli di omogeneità, confrontabilità e aggregazione dei bilanci delle Aziende Sanitarie e della Gestione Sanitaria Accentrata (GSA), anche in funzione della predisposizione del Bilancio Consolidato regionale, delle riconciliazioni/raccordi tra la contabilità economico-patrimoniale degli Enti del Servizio Sanitario Regionale, della GSA e della contabilità finanziaria della Regione. Applicazione della Casistica applicativa del D.Lgs. 118/2011 di prossima emanazione da parte del livello ministeriale.

Armonizzazione delle disposizioni contabili del settore sanitario con quelle previste per le Regioni, come integrate e corrette dal D.Lgs. 126/2014, alla luce delle nuove disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio, introdotte dal 1° gennaio 2015 (Titolo I).

Assessorato di riferimento

Politiche per la salute

Altri assessorati coinvolti

Bilancio, riordino istituzionale, risorse umane e pari opportunità

Risultati attesi

2016

- garantire l'emanazione da parte del Servizio Amministrazione del Servizio sanitario, sociale e sociosanitario di circolari e indicazioni operative tecnico-contabili alle Aziende Sanitarie; allineare i saldi creditori/debitori mediante circolarizzazione dei crediti/debiti tra Aziende Sanitarie e Aziende Sanitarie e GSA; perfezionare la matrice degli scambi beni/prestazioni di servizi, economica e patrimoniale; avviare la Piattaforma *web* per la circolarizzazione degli scambi tra Aziende Sanitarie e tra Aziende Sanitarie e GSA, a regime dal 2° semestre 2015; redazione di un Bilancio Consolidato che rappresenti in maniera veritiera e corretta la situazione patrimoniale, finanziaria ed economica del SSR
- analisi, implementazione, verifica e applicazione dei principi contabili generali inerenti il settore sanitario individuati al Titolo II del D. Lgs. 118/2011, tenuto conto che trattasi di un percorso che, seppur iniziato nel 2011, è ancora *in itinere* non solo per la sua complessità ma anche per la mancata emanazione da parte del livello centrale di parte della casistica applicativa nonché delle specifiche linee guida in materia di consolidamento del servizio sanitario
- migliorare il percorso sul passaggio al nuovo sistema contabile armonizzato e in particolare, per quanto riguarda l'applicazione di regole e norme diverse dai principi sanciti dal Titolo I del D.Lgs.118/2011 per la parte del bilancio regionale

Intera legislatura

- adeguamento delle procedure amministrativo-contabili della sanità alle nuove disposizioni di cui al D. Lgs. 118/2011 Titolo I come integrate e corrette dal D. Lgs.

2.3.22 Individuazione di nuovi ambiti territoriali ottimali per il governo e la gestione dei servizi sanitari

Missione: Tutela della salute

Programma: -

L'obiettivo strategico riguarda l'individuazione di nuovi ambiti territoriali "ottimali" per le Aziende Sanitarie che tengano conto sia della nuova configurazione dei servizi sanitari e sociali -territoriali ed ospedalieri- sia del nuovo contesto istituzionale derivante dalla abolizione delle Province e dalla costituzione della Città Metropolitana, che porterà alla costituzione di aree vaste sul territorio regionale.

Tali fattori concorrono a far prevedere un aumento delle dimensioni ottimali delle Aziende Sanitarie e, di conseguenza, una diminuzione del loro numero, sviluppando ulteriormente le esperienze maturate con la costituzione della Azienda Sanitaria di Bologna prima e, più recentemente, di quella della Romagna.

In coerenza con le politiche istituzionale sul riordino territoriale, adeguare pertanto i confini e le dimensioni delle Aziende Sanitarie Usl e delle loro articolazioni distrettuali, facendo definitivamente coincidere queste ultime con le Unioni dei Comuni o con gli ambiti ottimali individuati per l'aggregazione delle funzioni comunali, ed armonizzando le loro forme di rappresentanza istituzionale (Comitato di Distretto - Giunte delle Unioni). Al contempo, si rende necessario rimodulare i confini, le funzioni ed i meccanismi di funzionamento delle Conferenze territoriali sociali e sanitarie per garantirne operatività coerente con i nuovi assetti istituzionali e dei servizi sanitari.

Assessorato di riferimento

Politiche per la salute

Altri Assessorati coinvolti

Bilancio, riordino istituzionale, Risorse umane e pari opportunità

Strumenti e modalità di attuazione

Nuova legislazione regionale, accompagnata da disposizioni attuative regionali, ispirate a principi di completamento delle politiche già perseguite, semplificazione, integrazione tra i diversi settori di intervento della regione

Altri soggetti che concorrono all'azione

Enti locali e loro forme di rappresentanza

Destinatari

Aziende Sanitarie

Eventuali impatti sugli Enti locali

Contestualmente al riassetto istituzionale ed in coerenza con le nuove politiche territoriali, devono essere prontamente adeguati i rapporti tra la Regione e le rappresentanze locali, provvedendo all'innovazione o alla sostituzione della Cabina di regia regionale e garantendo un sistema di relazioni basato sul disegno scaturente dal riassetto istituzionale

Risultati attesi

2016

Attivazione di una funzione/nucleo per lo Studio analisi e valutazione dell'impatto dei progetti di integrazione fra Aziende Usl e Ospedaliere

Triennio di riferimento del bilancio

- completamento della proposta riorganizzativa, definizione degli atti legislativi e dei provvedimenti amministrativi necessari, avvio degli adeguamenti

Intera legislatura

- completamento dell'adeguamento istituzionale

2.3.23 Nuova struttura di governance e nuovi modelli organizzativi delle Aziende

Sanitarie

Missione: Tutela della salute

Programma: -

La struttura di *governance* delle Aziende Sanitarie e degli IRCCS (Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico) del territorio regionale deve essere adeguata agli obiettivi del Programma della X Legislatura regionale, ed articolarsi sulle nomine dei Direttori Generali, sull'individuazione di nuovi obiettivi di mandato e sulla definizione di nuovi modelli organizzativi delle Aziende Sanitarie.

Le nuove politiche di *governance* del Servizio Sanitario Regionale dovranno poggiare su una programmazione strategica valevole per l'intero arco temporale del mandato dei Direttori generali delle Aziende, che sappia individuare le esigenze generali e specifiche di innovazione del Servizio sanitario pubblico e che consenta un operato coerente con le linee di indirizzo della Regione. Al contempo, si impone la definizione di nuovi modelli organizzativi delle Aziende Sanitarie, con particolare riferimento all'innovazione nei loro ordinamenti di governo, con l'obiettivo di valorizzare il contributo delle competenze professionali nel mutato contesto organizzativo interno e di relazioni con le altre aziende; contestualmente, saranno poste in essere nuove forme di relazione con il Governo regionale, che dovrà a sua volta riconfigurarsi in ragione delle innovazioni impresse al Servizio, per garantirne efficacemente indirizzo e controllo.

Assessorato di riferimento

Politiche per la salute

Strumenti e modalità di attuazione

- nuovi provvedimenti di nomina dei Direttori generali e stesura degli obiettivi di mandato
- specificazione degli obiettivi di mandato nella programmazione annuale
- individuazione del nuovo schema di contratto con i Direttori Generali delle Aziende
- individuazione degli obiettivi connessi al rapporto contrattuale dei Direttori generali delle Aziende
- adozione di meccanismi di verifica e concertazione sugli obiettivi conferiti
- proposte per l'adeguamento dei modelli organizzativi aziendali e per un nuovo sistema di relazioni tra le Aziende ed il Governo regionale

Altri soggetti che concorrono all'azione

Enti locali, Università, Direzioni generali delle Aziende Sanitarie

Destinatari

Aziende Sanitarie

Risultati attesi

2016

- completamento dei progetti di integrazione - attività e funzioni - tra le Aziende finalizzati a condividere le migliori *best practice* e professionalità, razionalizzare le risorse tecnologiche, materiali, umane e finanziarie concentrando strutturalmente le funzioni amministrative, tecnico-professionali e sanitarie a prevalente carattere generale e di supporto al fine di realizzare economie di processo e di scala, dando evidenza dello stato dell'arte, dei risultati raggiunti in termini di economie di sistema, di *performance*, di coordinamento e controllo dei processi produttivi, di riduzione dei costi.

- revisione/definizione obiettivi annuali aziendali e loro valutazione in sinergia con l'Organismo Indipendente di Valutazione

Triennio di riferimento del bilancio

- verifiche ai 18 mesi ed implementazione dei nuovi modelli organizzativi

Intera legislatura

- consolidamento dell'architettura di *governance*

2.3.24 Riorganizzazione e nuova proposta di organigramma dei Servizi dell'Assessorato alle Politiche per la salute e dell'Agenzia Regionale sociale e sanitaria

Missione: Tutela della salute

Programma: -

Attuazione della revisione organizzativa dei Servizi dell'Assessorato alle Politiche per la salute e dell'Agenzia Regionale sociale e sanitaria, anche con l'obiettivo di realizzare una forte semplificazione organizzativa coerente con la necessità di fornire al sistema un supporto efficiente rapido e propositivo.

Presentazione di una proposta di riorganizzazione e di organigramma per i Servizi dell'Assessorato e dell'Agenzia Regionale sociale e sanitaria in coordinamento con l'Assessorato al *Welfare*.

Come previsto nelle linee guida del mandato della nuova Giunta proseguirà il processo di riorganizzazione e razionalizzazione delle strutture dirigenziali, creando un organigramma che semplifichi i centri decisionali/responsabilità finalizzati a fornire indirizzi alle Aziende ed Enti del SSR per garantire la tutela della salute dei cittadini, assicurare l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Quindi la Direzione Generale dovrà svolgere un ruolo di indirizzo e di programmazione sulla base dei bisogni, disegnando le aree di intervento, garantendo l'universalità dell'accesso e controllando l'appropriatezza delle risposte del sistema.

Assessorato di riferimento

Politiche per la salute

Altri Assessorati coinvolti

Bilancio, Riordino istituzionale, risorse umane e pari opportunità

Strumenti e modalità di attuazione

- procedere alla ridefinizione delle competenze delle strutture dirigenziali al fine di rendere l'organigramma più rispondente alle mutate esigenze intervenute
- analizzare e verificare l'attuale assetto organizzativo al fine di provvedere ad una revisione organica e funzionale della struttura

Altri soggetti che concorrono all'azione

Aziende Sanitarie e ARPA

Destinatari

Aziende Sanitarie

Risultati attesi

2016

- completamento del processo di riorganizzazione avviato nel 2015 e adozione relativi provvedimenti
- adozione e applicazione della direttiva di regolamentazione utilizzo temporaneo del personale proveniente dalle Aziende Sanitarie

Triennio di riferimento del bilancio

- definizione e implementazione riorganizzazione della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali/Agenzia Sanitaria Sociale Regionale
- rivisitazione competenze e allocazione posizioni organizzative

Intera legislatura

- applicazione della direttiva regolamentazione utilizzo temporaneo del personale proveniente dalle Aziende Sanitarie
- regolamentazione del personale distaccato proveniente dalle Aziende Sanitarie

Sintesi normativa

Provvedimenti di fonte statale

- Legge 4 agosto 2006, n. 248 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223, recante disposizioni urgenti per il rilancio economico e sociale, per il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica, nonché interventi in materia di entrate e di contrasto all'evasione fiscale"
- Legge 5 giugno 2003, n. 131 "Disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3"

- Legge 12 marzo 1999, n. 68 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili"
- Decreto Legislativo 10 agosto 2014, n. 126 "Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, recante disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42"
- Decreto Legislativo 23 giugno 2011, n. 118 "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42"
- Decreto Legislativo 9 ottobre 2002, n. 231 Attuazione della direttiva 2000/35/CE relativa alla lotta contro i ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali"
- Decreto Presidente Consiglio dei Ministri 24 luglio 2014 "Ripartizione delle risorse relative al «Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità» 2013-2014 di cui all'articolo 5, comma 2, del decreto-legge n. 93 del 2013"
- Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"

Provvedimenti di fonte regionale

- Legge Regionale 14/2015 "Disciplina a sostegno dell'inserimento lavorativo e l'inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità, attraverso l'integrazione tra servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari"
- Legge Regionale 13/2015 "Riforma del sistema di governo regionale e locale e disposizioni su Città Metropolitana di Bologna, Province, Comuni e loro Unioni"
- Legge Regionale 12/2005 "Norme per la valorizzazione delle organizzazioni di volontariato"
- Legge Regionale 11/2015 "Norme per l'integrazione di rom e sinti"
- Legge Regionale 12/2014 "Norme per la promozione e lo sviluppo della cooperazione sociale"
- Legge Regionale 8/2014 "Legge di semplificazione della disciplina regionale in materia di volontariato, associazionismo di promozione sociale, servizio civile. istituzione della giornata della cittadinanza solidale"
- Legge Regionale 27 giugno 2014, n. 6 "Legge quadro per la parità e contro le discriminazioni di genere") e delle linee di indirizzo regionali per l'accoglienza di donne vittime di violenza di genere (DGR 1677/2013)
- Legge Regionale 2/2014 "Norme per il riconoscimento ed il sostegno del caregiver familiare (persona che presta volontariamente cura e assistenza"
- Legge Regionale 12/2013 "Disposizioni ordinarie e di riordino delle forme pubbliche di gestione nel sistema dei servizi sociali e socio-sanitari. Misure di sviluppo e norme di interpretazione autentica in materia di aziende pubbliche di servizi alla persona"
- Legge Regionale 28 luglio 2008, n. 14 "Norme in materia di politiche per le giovani generazioni"
- Legge Regionale 10 luglio 2006, n. 9 "Norme per la conservazione e valorizzazione della geodiversità dell'Emilia-Romagna e delle attività ad essa collegate"
- Legge Regionale 24 marzo 2006, n. 6 "Riforma del sistema amministrativo regionale e locale, Unione Europea e relazioni internazionali: innovazione e semplificazione. Rapporti con l'Università"
- Legge Regionale 20/2003 "Nuove norme per la valorizzazione del servizio civile. Istituzione del servizio civile regionale"
- Legge Regionale 2/2003 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"
- Legge Regionale 34/2002 "Norme per la valorizzazione delle associazioni di promozione sociale"
- Legge Regionale 24 giugno 2002, n. 12 "Interventi regionali per la cooperazione con i Paesi in via di sviluppo e i Paesi in via di transizione, la solidarietà internazionale e la promozione di una cultura di pace"
- Legge Regionale 1/2000 "Norme in materia di servizi educativi per la prima infanzia"
- Delibera Giunta Regionale 459/2015 "Istituzione Area di integrazione del punto di vista di genere e valutazione del suo impatto sulle politiche regionali ai sensi dell'art. 39 della LR 6/14"
- Delibera Giunta Regionale 150/2015 "Adeguamento della deliberazione della Giunta regionale n. 865 del 24 giugno 2013 di approvazione del Percorso Attuativo della Certificabilità"
- Delibera Giunta Regionale 1708/2014 "Assegnazione e concessione finanziamenti ai comuni sedi di centri antiviolenza e di case rifugio, del fondo statale per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità"
- Delibera Giunta Regionale 1677/2013 "Adozione linee di indirizzo regionali per l'accoglienza di donne vittime di violenza di genere e linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso e allegati"
- Delibera Giunta Regionale 629/2014 "Approvazione del piano interno integrato delle azioni regionali in materia di pari opportunità di genere 2014/2016"
- Deliberazione dell'Assemblea Legislativa 18 giugno 2013, n. 117 "Indicazioni attuative del Piano sociale e sanitario regionale per il biennio 2013/2014"
- Delibera Assemblea Legislativa 22 maggio 2008, n. 175 "Piano sociale e sanitario 2008-2010"

LOMBARDIA

DGR. 29.12.1, n. X/4702 - Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2016 (BUR n. 1 del 7.12.16)

PRESENTAZIONE

La Regione Lombardia, nel contesto del sistema di offerta sanitaria e sociale, e nel quadro della costruzione del welfare regionale, si caratterizza per una decisa azione strategica volta ad accentuare il processo di una reale integrazione socio-sanitaria.

Il presente documento si ritiene inquadrabile nella funzione di programmazione e di indirizzo propria delle competenze regionali, e si innesta sul recente riordino del sistema socio-sanitario lombardo.

Si riportano gli aspetti ritenuti più importanti che trattano in particolare sugli aspetti relativi all'integrazione socio-sanitaria, rinviando alla lettura integrale per le restanti parti.

Note

Vengono definite le Regole di gestione del Sistema sociosanitario lombardo (SSL) per l'anno 2016, approvando conseguentemente l'Allegato «*Regole di Gestione del Servizio Sociosanitario 2016*» parte integrante del presente provvedimento che contiene i seguenti sub-allegati:

Sub Allegato 1 «*Indicazioni e passaggi procedurali amministrativi e contabili ai fini dell'attuazione del Nuovo modello di gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale*»;

Sub Allegato 2 «*Criteri per la definizione delle dotazioni di personale dei nuovi enti*»;

Sub Allegato 3 «*Individuazione delle competenze sui macroprocessi aziendali in essere presso ATS e ASST a seguito della l.r. 23/2015*»;

Sub Allegato 4 «*Vademecum sulla gestione dei contratti*»;

Sub Allegato 5 «*Contratti assicurativi e gestione del contenzioso*»;

Sub Allegato 6 «*I servizi di tesoreria*»;

Sub Allegato 7 «*Primi interventi sui sistemi informativi*»;

Sub Allegato 8 «*Prime indicazioni per il rebranding degli enti del Sistema Socio Sanitario Lombardo a seguito dell'entrata in vigore della l.r. 23/2015*»;

Sub Allegato 9 «*Procedura per l'esercizio e l'accreditamento di unità di offerta sociosanitarie*»;

Sub Allegato 10 «*Schema di contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra ATS e soggetto gestore di unità di offerta socio sanitarie accreditate*»;

Sub Allegato 11 «*DGR Pediatriche di alta specialità*»;

Sub Allegato 12 «*Aggiornamento dgr n. 3654/2015*»;

Sub Allegato 13 «*Proposta di indicazioni operative per l'uso di strumenti di telemedicina a supporto delle cure primarie nella sperimentazione CreG*»;

Sub Allegato 14 «*Remunerazione Assistenza Dialisi Lombardia*»;

Sub Allegato 15 «*Linee guida per la gestione dei trasporti sanitari semplici di soggetti nefropatici sottoposti a sedute dialitiche e aggiornamento delle relative tariffe di rimborso*»;

Sub Allegato 16 «*Appropriatezza EGSD e Colonscopia*»;

Sub Allegato 17 «*Medicina di laboratorio*»;

Sub Allegato 18 «*Nuove Unioni di Acquisto*»;

Sub Allegato 19 «*Aggiornamento Schema di Accordo di cui alla dgr 1427/2014*»;

Viene confermato, per l'esercizio 2016, l'impianto e l'assetto regolativo vigente in ordine alla gestione del Sistema sociosanitario lombardo (SSL), con le precisazioni, integrazioni e modifiche contenute negli allegati parti integranti e sostanziali del presente atto.

REGOLE DI GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO 2016

ALLEGATO

Sommario

1. INQUADRAMENTO ECONOMICO: IL QUADRO DEL SISTEMA PER L'ANNO 2016

2. ATTUAZIONE LEGGE 23/2015 - INDICAZIONI PER LA COSTITUZIONE DELLE NUOVE AZIENDE

2.1. INDICAZIONI E PASSAGGI PROCEDURALI AMMINISTRATIVI E CONTABILI AI FINI DELL'ATTUAZIONE DEL NUOVO MODELLO DI GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO REGIONALE (L.R. 23/2015)

2.2. LINEE GUIDA PER IL PERSONALE

2.3. LINEE GUIDA PRIMI PIANI ORGANIZZATIVI AZIENDALI

2.4. LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DEI CONTRATTI

2.5. LINEE GUIDA SISTEMI INFORMATIVI

2.6. LINEE GUIDA SU FARMACI E PROTESICA

2.7. PRIME INDICAZIONI PER L'INTEGRAZIONE DELLE ATTIVITÀ SANITARIE E SOCIOSANITARIE CON QUELLE SOCIALI AI SENSI DELLA L.R. 23/2015

2.8. PRIME INDICAZIONI PER L'IMMAGINE COORDINATA DEGLI ENTI DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO A SEGUITO DELL'ENTRATA IN VIGORE DELLA L.R. 23/2015

2.9. ULTERIORI DETERMINAZIONI SULLA COSTITUZIONE DELLE AZIENDE

3. INDIRIZZI REGOLATORI NELL'AMBITO DELLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE

3.1. INDIRIZZI PER L'ACCREDITAMENTO, NEGOZIAZIONE E STIPULA DEI CONTRATTI CON GLI EROGATORI

3.1.1. ACCREDITAMENTO

3.1.1.1. AREA SANITARIA

3.1.1.2. AREA SOCIOSANITARIA INTEGRATA

3.1.2. PROGRAMMAZIONE, NEGOZIAZIONE E CONTRATTUALIZZAZIONE

3.1.2.1. AREA SANITARIA

3.1.2.2. AREA SOCIOSANITARIA INTEGRATA

3.2. REVISIONI TARIFFARIE 3.2.1. INTEGRAZIONE TARIFFARIA PER PRESID MONOSPECIALISTICI MATERNO INFANTILE CON CASISTICA COMPLESSA

3.2.2. RIMODULAZIONI TARIFFARIE PER CHIRURGIA VERTEBRALE (RICOVERO) E POLISONNOGRAFIA/MONITORAGGIO CARDIO-RESPIRATORIO (AMBULATORIALE).

3.3. INDIRIZZI PER I CONTROLLI NELLA FASE DI AVVIO DELL'AGENZIA DEI CONTROLLI

3.3.1. CONTROLLO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE

3.3.2. VERIFICA DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI DI LABORATORIO ANALISI

3.3.3. PIANO ANNUALE DI VIGILANZA E CONTROLLO UNITÀ D'OFFERTA SOCIOSANITARIE 4. INDIRIZZI PER L'EROGAZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA)

4.1. AREA PREVENZIONE

4.2. AREA VETERINARIA

4.3. AREA AMBULATORIALE

4.3.1. AREA DI GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA

4.3.2. AREA DI GOVERNO DELLA CUSTOMER SATISFACTION

4.3.3. SPERIMENTAZIONE WALK- IN CENTRE (VIA RUGABELLA-MILANO)

4.4. AREA CURE PRIMARIE

4.5. PROFESSIONI SANITARIE

4.6. SALUTE MENTALE E NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

4.7. SANITÀ PENITENZIARIA

4.8. IMPLEMENTAZIONE DELLE RETI SANITARIE

4.8.1. RETI DI PATOLOGIA

4.8.2. TUMORI EREDOFAMILIARI DI MAMMELLA E OVAIO

4.8.3. RETE PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA)

4.8.4. RETE DELLE CURE PALLIATIVE

- 4.8.5. RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE 4.8.6. RETE DELLE UNITÀ OPERATIVE OSPEDALIERE DI MEDICINA DEL LAVORO (UOOML)
- 4.8.7. RIORDINO RETI SERVIZI DI MEDICINA DI LABORATORIO
- 4.8.8. SERVIZI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA TERRITORIALE (GIÀ NUOVE RETI SANITARIE)
- 4.8.9. RETE PER L'ASSISTENZA ALLA MADRE E AL NEONATO
- 4.8.9.1. DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE CITTÀ DI MILANO 4.8.10. SISTEMA TRASFUSIONALE REGIONALE
- 4.8.11. SISTEMA REGIONALE TRAPIANTI
- 4.9. INTERVENTI PER LA CRONICITÀ
- 4.9.1. LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DEI TRASPORTI SANITARI SEMPLICI DI SOGGETTI NEFROPATICI SOTTOPOSTI A SEDUTE DIALITICHE E AGGIORNAMENTO DELLE RELATIVE TARIFFE DI RIMBORSO.
- 4.10. AVVIAMENTO DEL RIORDINO DEL SISTEMA EMERGENZA/URGENZA: PRIME INDICAZIONE RELATIVE ALLA APPLICAZIONE DEL DM 70
- 4.10.1. MIGLIORAMENTO DELL'ATTIVITÀ DI SOCCORSO E ASSISTENZA AI PAZIENTI IN CONDIZIONI CLINICHE DI URGENZA
- 4.11. INTERVENTI PER IL MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA
- 4.11.1. IN AMBITO DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE
- 4.11.2. IN AMBITO DI MEDICINA DI LABORATORIO
- 4.12. AREA FARMACEUTICA 4.12.1. FARMACI PER ONCOLOGIA E ONCOEMATOLOGIA
- 4.12.2. MALATTIE RARE E EROGABILITÀ A CARICO DEL SSR
- 4.12.3. RSA – RSD E NUTRIZIONE ARTIFICIALE
- 4.12.4. FARMACEUTICA, ASSISTENZA INTEGRATIVA E DIETETICA
- 4.13. AREA SOCIO SANITARIA INTEGRATA
- 4.13.1. CURE INTERMEDIE
- 4.13.2. SPERIMENTAZIONI DELL'AREA SOCIOSANITARIA 4.13.3. VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE NELLE RSA
- 4.13.4. ACCERTAMENTO SANITARIO PER INVALIDITÀ CIVILE, CECITÀ, SORDITÀ, HANDICAP, DISABILITÀ
- 4.14. RICERCA E INNOVAZIONE
- 4.14.1. SISTEMA BIBLIOTECARIO BIOMEDICO LOMBARDO - SBBL
- 4.14.2. FIBROSI CISTICA - QUOTE PER LA RICERCA DI CUI ALLA L. N. 548/93
- 4.15. MEDICINA COMPLEMENTARE
- 4.16. INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E IL CONTRASTO DELLE MGF
5. INVESTIMENTI E GOVERNO EFFICIENZA DELLE AZIENDE PUBBLICHE 5.1. INVESTIMENTI
- 5.2. LINEE DI INDIRIZZO ACQUISTI DELLE AZIENDE SANITARIE
- 5.3. RISK MANAGEMENT
- 5.4. PIANI DI MIGLIORAMENTO DI EFFICIENZA DELLE ASST: ATTUAZIONE LEGGE DI STABILITÀ
- 5.5. PROGRAMMA INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE 5.6. POLITICHE DEL PERSONALE
- 5.6.1. PIANI GESTIONE RISORSE UMANE
- 5.6.2. FLUSSI INFORMATIVI SUL PERSONALE
- 5.6.3. SERVIZIO DI EMERGENZA URGENZA EXTRAOSPEDALIERO
- 5.6.4. RELAZIONI SINDACALI
- 5.6.5. ECM-PROVIDER
- 5.6.6. CENTRALE OPERATIVA REGIONALE DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE 5.7. TRASPARENZA E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
- 5.8. OBBLIGHI INFORMATIVI DIREZIONE STRATEGICA

6. INTERVENTI PER EQUITÀ' E SEMPLIFICAZIONE NELL'ACCESSO AL SISTEMA 6.1. COMPARTICIPAZIONE ALLA SPESA
- 6.1.1. RINNOVO ESENZIONI TICKET DA REDDITO
- 6.1.2. VITTIME DEL DOVERE E DELLE CATEGORIE A QUESTE EQUIPARATE OVVERO DEI FAMILIARI SUPERSTITI.
- 6.2. SISTEMI INFORMATIVI
- 6.2.1. RICETTA DEMATERIALIZZATA
- 6.2.2. AMBITO FARMACEUTICO 6.3. INIZIATIVE DI SEMPLIFICAZIONE
- 6.3.1. FARMACIA DEI SERVIZI
- 6.3.2. SERVIZI DI ACCOGLIENZA
- 6.3.3. SEMPLIFICAZIONE IN AMBITO VETERINARIA
- 6.3.4. INVIO TELEMATICO DEI CERTIFICATI D'INFORTUNIO SUL LAVORO DAI PRONTO SOCCORSO E DAI MMG
- 6.4. MEDICINA DI GENERE 6.5. PREVENZIONE E CONTRASTO ALLA VIOLENZA CONTRO LE DONNE E I MINORI
- 6.6. COOPERAZIONE INTERNAZIONALE

PREMESSA

Le presenti Regole di gestione del Servizio sociosanitario 2016 vengono a maturazione contestualmente alla prima fase di attuazione della l.r. 23/15 di riordino del SSL. Attesi i rilevanti cambiamenti negli assetti erogativi e di programmazione e l'attivazione di una nuova Agenzia che coordinerà i controlli nel settore socio-sanitario, nella fissazione delle regole ci si è attenuti a tre criteri fondamentali: a) garantire comunque la gestione dei servizi senza soluzione di continuità e senza diminuzione del livello quali-quantitativo degli stessi; b) disporre misure atte a regolare determinati settori di attività (ad es. i controlli) con modalità transitorie e cedevoli (es. l'approvazione del piano annuale dei controlli da parte dell'agenzia); c) introdurre nuove regole solo se indispensabili, non potendo gravare il sistema di eccessivi adempimenti organizzativi in una fase già così complessa e delicata.

1. INQUADRAMENTO ECONOMICO: IL QUADRO DEL SISTEMA PER L'ANNO 2016 CONTESTO DI RIFERIMENTO NAZIONALE

2. ATTUAZIONE LEGGE 23/2015 - INDICAZIONI PER LA COSTITUZIONE DELLE NUOVE AZIENDE 2.1. INDICAZIONI E PASSAGGI PROCEDURALI AMMINISTRATIVI E CONTABILI AI FINI DELL'ATTUAZIONE DEL NUOVO MODELLO DI GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO REGIONALE (L.R. 23/2015)

Le disposizioni tecnico normative e i passaggi procedurali di natura amministrativa e contabile utili al corretto avvio delle attività delle nuove Aziende, sono state riassunte in un unico documento con l'obiettivo di rappresentare un quadro organico delle innovazioni dovute al riordino del sistema socio sanitario. Tale documento - Sub Allegato 1 "*Indicazioni e passaggi procedurali amministrativi e contabili ai fini dell'attuazione del Nuovo modello di gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale*", redatto a seguito dei pareri acquisiti dai diversi professionisti in materia e tenuto conto delle osservazioni formulate dalle Aziende Sanitarie e dai Collegi, contiene principalmente:

- **Un inquadramento giuridico delle fattispecie di costituzione delle nuove Aziende**, con l'esatta individuazione, per ciascuna di esse della tipologia societaria connessa alla trasformazione.
- **Una classificazione di dettaglio per ogni singola Azienda** della modalità di costituzione e dei rapporti giuridici e i criteri con cui verranno definiti gli inventari di costituzione.
- **Gli adempimenti di natura fiscale e informativa** necessari all'avvio delle nuove Aziende, come l'inventario di costituzione, l'apertura delle nuove partite IVA, l'adeguamento della documentazione fiscale e tutte le attività connesse al rilascio di nuovi codici/credenziali per la gestione delle fatture elettroniche, della Piattaforma di certificazione dei crediti, e alla profilazione dei nuovi utenti sugli applicativi ad oggi in uso per la gestione delle fatture e dei bilanci (HUB, SCRIBA, G3S, ecc.). Vengono poi fornite informazioni di dettaglio in relazione alla fatturazione

elettronica e alle soluzioni individuate per la gestione del periodo transitorio (ovvero connesso al passaggio tra i vecchi e nuovi codici) con esplicita richiesta alle Aziende di puntuale e tempestiva informazione verso i fornitori delle indicazioni necessarie alla corretta fatturazione.

- **Le indicazioni in ordine alla gestione dei flussi finanziari** tra cui i pagamenti effettuati da Finlombarda tramite il sistema informativo G3S, volte a garantire la continuità nei pagamenti (anche attraverso la previsione del nuovo mandato irrevocabile conferito dalle Aziende a Finlombarda) e la corretta rappresentazione dei vecchi e dei nuovi dati nel sistema; indicazioni in ordine alle tesorerie e i connessi adempimenti necessari alla corretta chiusura e riapertura delle posizioni di cassa.

- **Gli adempimenti conseguenti alla presa in carico dei bilanci 2015 e delle gestioni liquidatorie pregresse** con esatta individuazione, in apposite tabelle, dei soggetti cui vengono assegnati gli adempimenti civilistici e fiscali relativi al bilancio consuntivo 2015 e le incombenze relative alle gestioni liquidatorie 94 e retro e 95-97.

2.2. LINEE GUIDA PER IL PERSONALE Le prime determinazioni degli organici del personale avverrà sulla base delle indicazioni contenute nel Sub Allegato 2 “*Criteri per la definizione delle dotazioni di personale dei nuovi enti*”. In conformità a quanto previsto dalle D.G.R. di costituzione dei nuovi soggetti giuridici, nel corso del 2016, le assegnazioni di personale determinate con le linee guida di cui al sopra richiamato Sub Allegato 2, potranno essere ridefinite anche in base alle ulteriori modalità e criteri che saranno oggetto di confronto sindacale a livello regionale. Si richiama di seguito l’attenzione su alcuni punti. **AREA DELLE DIRIGENZE**

Con riferimento alla gestione degli incarichi dirigenziali in scadenza tra la fine dell’anno 2015 ed il 2016, al fine di fornire indicazioni operative per garantire comportamenti comuni nelle varie aziende sanitarie del sistema si forniscono le seguenti indicazioni operative: si ritiene opportuno preliminarmente suddividere la casistica degli incarichi in due tipologie, secondo quanto previsto dall’art. 27 del CCNL 08.06.2000: A) Incarichi professionali; B) Incarichi di Struttura Complessa, Semplice e Semplice dipartimentale.

A) INCARICHI PROFESSIONALI Relativamente a tale fattispecie, tenuto conto della natura degli incarichi medesimi collegati sostanzialmente alla specifica competenza professionale acquisita dai dirigenti, si ritiene siano sufficientemente “neutri” rispetto ai possibili assetti organizzativi dei nuovi soggetti giuridici costituendi ai sensi della L.R. n. 23/2015. In tale circostanza si ritiene che gli incarichi in scadenza possano essere pertanto rinnovati secondo le regole dei CCNL vigenti, nonché in base alle regolamentazioni contrattuali decentrate di provenienza del singolo dirigente.

B) INCARICHI STRUTTURA COMPLESSA, STRUTTURA SEMPLICE, STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE

Gli incarichi di Struttura Complessa, Struttura Semplice e Struttura Semplice Dipartimentale, per loro natura sono incarichi strettamente connessi con l’organizzazione aziendale e pertanto hanno un significativo impatto nell’ambito dei futuri assetti dei nuovi soggetti giuridici. Ipotizzando i possibili scenari, si ritiene di fornire le seguenti indicazioni operative: 1) In presenza di incarichi in scadenza, che possono presentare oggettivamente possibili posizioni doppie nelle costituenti ASST ed ATS, si dovrà procedere al rinnovo degli incarichi per il periodo intercorrente fra la scadenza dell’originario contratto sino a non oltre l’adozione del nuovo Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) di cui all’art. 17 della l.r. 33/09, così come sostituito dall’art. 1, lett. w) l.r. 23/15. Questa fattispecie è particolarmente evidente nell’ambito delle possibili ASST e ATS che nascono per effetto della fusione di due precedenti aziende sanitarie (ASL o AO); 2) per le tipologie di incarichi che presentano delle condizioni di univocità, in quanto uniche in azienda, e verosimilmente necessarie anche nei nuovi assetti organizzativi derivanti dalla riforma in atto, è possibile valutare un rinnovo con durata secondo quanto previsto dai vigenti CCNL e dalle regolamentazioni contrattuali decentrate di provenienza del singolo dirigente. Questa possibilità è ancora più evidente nell’ambito di quelle ASST e ATS che non sono oggetto di fusione ma di incorporazione, e che pertanto non dovrebbero evidenziare possibilità di doppioni di strutture organizzative.

In ogni caso, a prescindere dalle casistiche sopra evidenziate, sia che gli incarichi della fattispecie B) siano in scadenza o non in scadenza, nei futuri scenari di ASST e ATS costituiti per fusione di due o più soggetti giuridici, si pone la necessità di regolamentare da parte della **nuova azienda e prima della formale adozione del POAS**, quanto meno le posizioni di quelle strutture complesse con funzioni centrali amministrative doppie, considerato che determinate funzioni devono necessariamente essere riconducibili ad un unico soggetto anche per la gestione delle relazioni interne ed esterne dell'Ente, (es. firma del Bilancio aziendale, Responsabile unico del personale, ecc.). Si ritiene pertanto indispensabile che il nuovo Direttore Generale individui, nel più breve termine possibile e comunque non oltre il 15 febbraio 2016, un unico responsabile tra due pari grado di identica Struttura Complessa, che abbia la funzione di coordinamento complessivo delle attività del nuovo soggetto giuridico, attraverso provvedimento motivato da trasmettere anche ai competenti uffici regionali della Direzione Generale Welfare.

DIPARTIMENTI

Gli incarichi di Dipartimento, ai sensi della vigente normativa, scadono in ogni caso con la cessazione dell'incarico del Direttore Generale, fatto salvo, ove previsto nelle varie regolamentazioni aziendali di provenienza, alla eventuale "prorogatio", sino alla nomina del nuovo direttore di Dipartimento. Tenuto conto dei nuovi assetti organizzativi scaturenti dall'applicazione della L.R. n. 23/2015, si ritiene che gli attuali incarichi possano avere una "prorogatio", per garantire la continuità gestionale dei Dipartimenti, **non oltre il 29 febbraio 2016**. Entro tale lasso di tempo il nuovo Direttore Generale, deve procedere a valutare quali incarichi hanno le caratteristiche organizzative ed operative per essere eventualmente rinnovati sino all'adozione del nuovo POAS.

AREA DEL COMPARTO Con riferimento alla gestione degli incarichi di posizione organizzativa e della funzione di coordinamento, in scadenza tra la fine dell'anno 2015 ed il 2016, al fine di fornire indicazioni operative per garantire comportamenti comuni nelle varie aziende sanitarie del sistema si forniscono le seguenti indicazioni operative:

a) Posizioni organizzative Gli incarichi di Posizione Organizzativa per l'area del comparto, per loro natura possono essere strettamente connessi con l'organizzazione dipartimentale ed aziendale e pertanto possono avere un impatto nell'ambito dei futuri assetti dei nuovi soggetti giuridici. In presenza di incarichi in scadenza, si dovrà procedere al rinnovo degli incarichi per il periodo intercorrente fra la scadenza dell'originario contratto sino a non oltre l'adozione del nuovo Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) di cui all'art. 17 della l.r. 33/09, così come sostituito dall'art. 1, lett. w) l.r. 23/15.

b) Funzioni di coordinamento Relativamente a tale fattispecie, tenuto conto della natura degli incarichi medesimi collegati sostanzialmente alla gestione operativa localizzata di Strutture e servizi sanitari, che verosimilmente risulteranno presenti anche nei nuovi assetti organizzativi, si ritiene siano sufficientemente "neutri" rispetto ai possibili scenari dei nuovi soggetti giuridici costituendi ai sensi della L.R. n. 23/2015. In tale circostanza si ritiene che gli incarichi in scadenza possano essere pertanto rinnovati secondo le regole dei CCNL vigenti, nonché in base alle regolamentazioni contrattuali decentrate di provenienza del singolo dipendente. Tenuto conto però, che potrebbero essere diverse le modalità di reclutamento nonché quelle di "pesatura" della relativa indennità variabile di coordinamento (ove presente), potrebbe essere prudentiale, soprattutto per i soggetti giuridici oggetto di fusione per incorporazione, prevedere una durata di rinnovo non superiore all'anno, al fine di consentire ogni eventuale possibile azione di armonizzazione dei contratti integrativi decentrati nel corso del 2016.

2.3. LINEE GUIDA PRIMI PIANI ORGANIZZATIVI AZIENDALI

Nella fase transitoria di avvio delle nuove Agenzie/Aziende si rende indispensabile che la fase di riorganizzazione non crei situazioni di criticità nell'erogazione delle prestazioni ai cittadini. Al fine di garantire per tutta la durata del periodo transitorio la continuità dei servizi, la Giunta dispone che i titolari delle funzioni di coordinamento, programmazione ed erogazione dei servizi proseguano senza interruzione di continuità le predette attività a prescindere dalla nuova assegnazione, attraverso la formalizzazione di specifici accordi fra le aziende, senza oneri aggiuntivi. Il pieno

adempimento a tale disposizione è considerato obiettivo di mandato, perciò sarà verificato e monitorato anche al fine del riconoscimento della quota di risorse da assegnarsi agli obiettivi dei Direttori generali. Entro il mese di marzo 2016 saranno adottate – previo preventivo confronto con le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative - apposite linee guida per la redazione dei nuovi Piani di Organizzazione Aziendali Strategici (POAS) di cui all'art. 17 della l.r. 33/09, così come sostituito dall'art. 1, lett. w) l.r. 23/15; tali linee guida dovranno assicurare una razionale distribuzione degli incarichi dirigenziali nonché della individuazione dei Dipartimenti delle nuove aziende anche al fine di garantire il rispetto dei parametri standard individuati dal documento di cui all'articolo 12, comma 1, lett. b) dell'Intesa del 3 dicembre 2009 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010 – 2012. Le suddette linee guida dovranno essere redatte sulla scorta dei seguenti principi: • Individuazione di modelli organizzativi che prediligano la gestione di processi orizzontali e superino la visione verticale per aree e competenze. In tale senso è opportuno che fin dall'insediamento la Direzione Strategica si doti di idonei strumenti organizzativi atti a condividere i nodi chiave delle azioni programmatiche in una logica integrata fra le diverse funzioni: amministrativa, sanitaria e sociosanitaria. • Adozione di strumenti di organizzazione secondo la logica della rete sia interna che esterna, che si caratterizza per il lavoro comune, basato su regole esplicite, di persone/gruppi la cui opera è interdipendente. Tali soggetti accettano, quindi, di organizzare le proprie relazioni per ottenere vantaggi per la propria attività e soprattutto per gli utenti non conseguibili altrimenti. • Ricostruzione della filiera erogativa fra ospedale e territorio; in tale contesto il criterio prevalente è quello della presa in carico del paziente e pertanto: - la rete territoriale afferente all'area materno infantile dovrà rappresentare il contenitore per tutti gli ambiti specialistici e le strutture che riguardano l'assistenza e la prevenzione nell'età pediatrica e alle donne gravide: ostetricia e ginecologia, neonatologia, pediatria e chirurgia pediatrica in tutti i livelli operativi – territoriali (distretti, consultori e PLS) ed ospedalieri (ricovero ed attività ambulatoriale); - nell'ambito dell'integrazione nel dipartimento di salute mentale dovrà essere costituita l'area delle dipendenze con propria autonomia gestionale ed erogativa; - lo stesso dicasi per tutte le attività erogative sanitarie e socio sanitarie presenti nel distretto. • Organizzazione dei servizi per la cronicità in un unico ambito rete/dipartimento secondo lo schema di rete sopra richiamato evitando la frammentazione dei processi e la suddivisione dei servizi fra area ospedaliera e territoriale: il punto organizzativo di accesso al servizio per il paziente deve essere organizzato secondo procedure che consentano di intervenire, nel percorso di cura, al livello erogativo appropriato; dovrà essere individuata una precisa responsabilità in capo al direttore della rete/dipartimento della cronicità che avrà il compito di indirizzare coordinare e gestire i diversi attori che intervengono nel processo di presa in carico. In attesa delle linee guida sui Piani di Organizzazione, al fine di orientare già in questa fase le scelte dei nuovi Direttori Generali, in particolare per le funzioni di erogazione in cessione dalle ATS alle ASST, (cure primarie/distretti, farmaceutica, sociosanitario) è stata predisposta una tabella sinottica (Sub Allegato 3 “*Individuazione delle competenze sui macroprocessi aziendali in essere presso ATS e ASST a seguito della L.R. 23/2015*”) con l'indicazione dell'attuale e della futura allocazione in attuazione della legge regionale di evoluzione del Sistema Socio Sanitario Regionale. Relativamente al mantenimento degli attuali incarichi che siano in scadenza si rimanda a quanto stabilito nei punti precedenti del documento.

2.4. LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DEI CONTRATTI

L'applicazione della l.r. 23/2015 richiede una particolare attenzione nella gestione dei contratti. Con l'obiettivo di guidare e facilitare il percorso di trasferimento dei contratti alle aziende di nuova costituzione vengono definite le seguenti linee guida. Per gli aspetti analitici si rinvia ai relativi Sub Allegati. 1. Vademecum sulla gestione dei contratti (Sub Allegato 4 “*Vademecum sulla gestione dei contratti*”); 2. I contratti assicurativi e la gestione del contenzioso (Sub Allegato 5 “*Contratti assicurativi e gestione del contenzioso*”); 3. I servizi di tesoreria (Sub Allegato 6 “*I servizi di tesoreria*”).

2.5. LINEE GUIDA SISTEMI INFORMATIVI

Per quanto attiene alle linee guida sui Sistemi Informativi si rinvia, per indicazioni dettagliate, al Sub Allegato 7 “*Primi interventi sui sistemi informativi*”. Si richiamano tuttavia di seguito alcuni punti di particolare rilievo. La razionalizzazione e la semplificazione delle architetture dei Sistemi Informativi delle Aziende di nuova costituzione ed il ricorso diffuso alle tecnologie ICT rappresentano una opportunità strategica per supportare adeguatamente il processo di riforma sotteso alla Legge Regionale 23/2015. Tale opportunità va perseguita attraverso una attenta e progressiva pianificazione di interventi tecnici ed architetture sui sistemi informativi di ciascuna delle nuove Aziende privilegiando soluzioni condivise a livello interaziendale e, preferibilmente, regionale. La pianificazione degli interventi di adeguamento dei sistemi informativi è inevitabilmente soggetta al rispetto delle priorità dettate dagli obiettivi posti dalla riforma e previsti dalla l.r. 23/2015. **Fasi attuative e piani di attuazione** Di seguito vengono riportate le diverse macro fasi che devono essere seguite per la pianificazione degli interventi sui Sistemi Informativi delle nuove Aziende evidenziando in particolare le attività da prevedere necessariamente nel corso del 2016 rispetto a quelle che è necessario programmare ma la cui attuazione impatterà sul biennio successivo:

- **Fase 1 (31 Dicembre 2015)**: interventi straordinari, con minimo impatto sull’architettura generale dei singoli sistemi informativi aziendali, finalizzati a garantire la totale continuità di servizio sia nei confronti degli operatori sociosanitari che degli utenti che accedono alle strutture ospedaliere e territoriali sin dal primo giorno di attuazione della riforma sociosanitaria.

- **Fase 2 (31 Dicembre 2016)**: interventi di adeguamento per razionalizzare l’infrastruttura tecnologica e di comunicazione, per uniformare i sistemi informativi di area amministrativo contabile e per l’evoluzione applicativa e tecnologica dei servizi di accoglienza; tali interventi devono necessariamente privilegiare soluzioni condivise a livello interaziendale o, preferibilmente, regionale;

- **Fase 3 (Biennio 2017/2018)**: interventi per la rivisitazione ed evoluzione della architettura generale dei sistemi informativi delle nuove Aziende Sanitarie con particolare riferimento alla diffusione e sviluppo omogeneo, organico e condiviso a livello interaziendale o, preferibilmente, regionale dei principali servizi applicativi per il supporto all’attività sociosanitaria delle Aziende. Al fine di coordinare al meglio i diversi interventi si ricorda infine l’obbligo, come negli anni precedenti relativamente al piano annuale SISS, di predisposizione del proprio Piano annuale di attuazione della l.r.23/2015 in cui saranno definiti, per ogni singola azienda gli obiettivi da raggiungere, anche in termini quantitativi, relativamente all’adeguamento del proprio sistema informativo aziendale. I piani dovranno essere predisposti in modalità coordinata con le evoluzioni che interessano il Sistema Informativo Socio Sanitario di Regione Lombardia (SISS) e dovranno essere presentati in modo congiunto da tutte le Aziende che insistono sulla medesima area territoriale corrispondente con le ATS. Per facilitare la redazione dei piani di evoluzione, verranno forniti alle Aziende appositi “format”. I piani dovranno essere predisposti, in collaborazione con Lombardia Informatica e sottoposti ad approvazione regionale, con le seguenti tempistiche:

- **28 febbraio 2016**: presentazione del piano annuale di prima attuazione per la realizzazione degli interventi relativi alla Fase 2 la cui implementazione dovrà essere completata entro la fine del 2016;

- **30 giugno 2016**: presentazione del piano per la realizzazione degli interventi relativi alla Fase 3 la cui realizzazione deve essere prevista per il biennio 2017/2018. In particolare, il Piano annuale di prima attuazione conterrà: – Pianificazione di interventi sull’infrastruttura tecnologica di comunicazione; – Pianificazione degli adeguamenti di tutti i flussi, gestionali e applicativi secondo le indicazioni regionali; – L’adeguamento dei sistemi informativi amministrativi; – I sistemi di accoglienza e riorganizzazione dei servizi di specialistica ambulatoriale; – i livelli di servizio che l’azienda si impegnerà a rispettare relativamente ai servizi esposti sulla rete SISS; – la comunicazione ai cittadini e le attività di formazione degli operatori socio-sanitari coinvolti nei vari processi. Il dettaglio degli ambiti di intervento oggetto della pianificazione prevista per il 30 giugno 2016 (Fase 3) sarà definito successivamente alla valutazione e validazione dei piani di ciascuna ATS riferiti alla Fase 2. **Nuova Anagrafe strutture CUDES**

In occasione dell'attuazione della L.R.23 diventa fondamentale e prioritario identificare la nuova anagrafe strutture unica per tutti i sistemi informativi assicurando l'associazione univoca delle anagrafiche ministeriali e identificando le linee guida per la codifica di tutti i flussi informativi. Identificare e caratterizzare tutte le strutture organizzative del SSL affinché siano univocamente individuate e movimentate da tutte le fonti che caratterizzano il patrimonio informativo di Regione Lombardia sarà perciò il primo obiettivo. Ciò apporterà un notevole miglioramento all'attività di razionalizzazione del patrimonio informativo del SSL e di valorizzazione delle possibilità di elaborazione delle informazioni stesse ai fini delle valutazioni e decisioni dell'amministrazione regionale. È di tutta evidenza che l'introduzione di tale nuovo sistema di codifica andrà ad impattare in modo significativo su ogni flusso, applicativo e servizio gestito sia a livello aziendale, che regionale che nazionale. Sulla base degli allegati B1-B8 al decreto 7362 del 23/09/2015 sarà necessaria la ridefinizione delle strutture di livello 1 e 2 rispetto alla nuova organizzazione: • Livello 1 (Enti): Ricodifica delle ATS e ASST: - ATS da 321 a 328, - ASST da 701 a 727, - IRCCS e AREU mantengono i vecchi codici; • Livello 2 (Strutture): Ricodifica di Presidi Ospedalieri, Poliambulatori, Strutture di erogazione ex-ASL al fine di pervenire ad un codice unico a livello regionale. Revisione delle codifiche a partire dal Livello 3 uniformando il significato degli oggetti a livello di Regione Lombardia. Passo successivo da concordare puntualmente sarà poi il passaggio all'effettivo utilizzo delle nuove codifiche in tutte flussi e servizi: il pianificazione dovrà infatti raccordarsi anche con tutti i livelli centrali al fine di minimizzare vuoti informativi, squadrature e disallineamenti. In merito saranno date indicazioni puntuali con circolari successive

Gestione rilascio esenzioni per patologia, invalidità, reddito

La procedura attuale prevede che l'ufficio scelta/revoca della ASL di appartenenza del cittadino (ove il cittadino ha domicilio sanitario) ha l'onere di registrare le esenzioni (e registrare la scelta del medico). Al fine di garantire la continuità di tale attività, mantenendo a carico delle ATS di appartenenza del cittadino, basata sul domicilio sanitario, la responsabilità dei controlli, poiché la legge 23/2015 ha previsto che le attività di registrazione delle esenzioni (patologia, invalidità, reddito, ecc.) siano in carico alle ASST, in questa prima fase si dispone che gli operatori della ASST (ex ufficio di scelta e revoca delle ASL) continuino ad accedere e quindi registrare i dati degli assistiti secondo la attuale divisione per ASL/ATS. In fase successiva, con tempistiche che saranno successivamente indicate, DGW si attiverà, con gli operatori interessati e con LISPA affinché gli stessi operatori possano registrare le esenzioni per conto dell'intero territorio lombardo, al fine di consentire ai cittadini una libera circolazione sul territorio.

Impatti per la gestione del 1° gennaio 2016

1. Stampa del tesserino cartaceo per esenzioni di patologia/invalidità: il tesserino cartaceo stampato per esenzioni di Patologia o di Invalidità riporterà la descrizione della ATS di appartenenza del cittadino. (Per i cittadini della ASL di Como si prevede di differenziare la descrizione della ATS Insubria/Montagna in funzione del comune di domicilio del cittadino). **2. Il Certificato di esenzione per Reddito** rilasciato da operatore ASST riporterà la dicitura “timbro e firma del responsabile”

3. Nei moduli di autocertificazione per reddito LISPA si sostituirà tutte le occorrenze di “ASL” con “ATS” in riferimento alla responsabilità dei controlli di cui sopra. Si conferma che i controlli, ai sensi dell'art. 71 e ss. del DPR 445/2000 e del DM 11 Dicembre 2009, oggi in capo alle ASL, saranno di competenza delle ATS.

2.6. LINEE GUIDA SU FARMACI E PROTESICA

Si richiamano le seguenti note regionali: • nota prot. n. G1.2015.0018535 del 27/11/2015, avente per oggetto “Legge Regionale 23/2015 – prime indicazioni in merito a erogazione diretta ASL di farmaci (tipologia 13 del File F)”;

• nota prot. n. G1.2015.0018896 del 01/12/2015, avente per oggetto “Legge Regionale 23/2015 - Procedura transitoria di pagamento delle competenze delle farmacie e della di raccolta mensile delle prescrizioni farmaceutiche, dei promemoria di ricette dematerializzate, della DCR e della relativa documentazione.”;

• nota prot. n. G1.2015.0019560 del 04/12/2015, avente per oggetto “Legge Regionale 23/2015 - Procedura transitoria di gestione

dell'assistenza Protesica di cui al DM 332/99"; che hanno dato le prime indicazioni al fine di dare avvio alle disposizioni di cui alla Legge Regionale 11 agosto 2015 - n. 23 "*Evoluzione del Sistema Sociosanitario lombardo*", relativamente a: - distribuzione diretta dei farmaci (Aerea: assistenza farmaceutica); - consegna delle ricette farmaceutiche SSR, dei promemoria, dei moduli di assistenza integrativa, della DCR e dell'annessa documentazione da parte delle farmacie e pagamento delle competenze delle farmacie; - erogazione degli ausili protesici di cui al DM 332/99, non inclusi negli accordi con le farmacie (Web-care, Progetto celiachia, ecc.).

A) Prime indicazioni in merito a erogazione diretta ASL di farmaci (tipologia 13 del File F)
Premesso che, in linea con gli indirizzi dettati dalla legge, le attività che saranno gestite esclusivamente dal **Servizio Farmaceutico delle ATS** riguarderanno in particolare: - controllo e vigilanza autorizzativa e ispettiva su farmacie, parafarmacie, grossisti, depositi, strutture sanitarie e sociosanitarie; - gestione delle convenzioni, attività istruttoria amministrativa in materia di protesica, dietetica, integrativa e farmaceutica convenzionata e non anche nei casi di sistema misto (DPC, progetto celiachia...); - governo e monitoraggio della spesa e dell'appropriatezza in materia di farmaceutica, dietetica e protesica, raccordando la produzione delle unità d'offerta pubbliche a quella delle strutture private accreditate; - programmazione, pianificazione e monitoraggio delle differenti modalità erogative afferenti al complessivo tetto della farmaceutica territoriale; si conferma che, relativamente alla parte di distribuzione diretta dei medicinali, che al 31.12.2015 è a carico dei Servizi Farmaceutici delle ASL (tipologia 13 del File f), **fino al 31 marzo 2016** tale attività erogativa potrà continuare ad essere gestita provvisoriamente dal servizio farmaceutico della ATS in nome e per conto delle ASST, qualora le medesime non siano già strutturate per tale attività, che ai sensi del riordino sarà di competenza delle ASST.

B) Procedura transitoria di pagamento delle competenze delle farmacie e della di raccolta mensile delle prescrizioni farmaceutiche, dei promemoria di ricette dematerializzate, della DCR e della relativa documentazione) Nel quadro della riorganizzazione delle ASL verso le nascenti ATS e del trasferimento delle relative attribuzioni, si rendono necessarie misure transitorie che, in osservanza delle convenzioni in atto con le farmacie territoriali, garantiscano la continuità di servizio.

A tal fine, si stabilisce che **per i mesi contabili da gennaio a marzo 2016**, le ATS manterranno le modalità in essere nelle ASL fino al 31.12.2015 relativamente ai rapporti con le farmacie territoriali, così come di seguito evidenziato. 1. Consegna delle ricette SSR, dei promemoria, dei moduli di assistenza integrativa, della DCR e dell'annessa documentazione. Relativamente al primo trimestre 2016, ossia fino alla data di consegna del 5 aprile 2016 e salvo ulteriori diverse indicazioni, le ATS ritireranno la documentazione in oggetto, secondo l'attuale logistica territoriale e, quindi, mantenendo attivi gli attuali punti di raccolta mensile della documentazione delle precedenti ASL. 2. Pagamento delle competenze delle farmacie Conseguentemente, per i mesi contabili del primo trimestre 2016, ogni ATS corrisponderà gli importi relativi alle competenze delle farmacie, mantenendo attive le attuali modalità di pagamento in essere nelle ASL. 3. Accordi per l'erogazione e la somministrazione di beni e servizi In attesa della loro riformulazione su base regionale, restano in essere gli attuali accordi siglati da ogni singola Asl con le organizzazioni territoriali di Federfarma e Confservizi/Assofarm provinciali (ad esempio quelli inerenti l'assistenza integrativa, la collaborazione ai progetti di screening, ecc.), che sono in capo dal 01.1.2016 alle ATS. **C) Procedura transitoria di gestione dell'assistenza Protesica di cui al DM 332/99**

Al fine di dare avvio alle disposizioni di cui alla Legge Regionale 11 agosto 2015 - n. 23 "*Evoluzione del Sistema Sociosanitario lombardo*", relativamente a quello che l'erogazione degli ausili protesici di cui al DM 332/99, non inclusi negli accordi con le farmacie (Web-care, Progetto celiachia, ecc.) che rimangono in carico alle ATS, per garantire agli assistiti la continuità di cura durante le diverse fasi del riordino delle strutture sanitarie, con la presente si intendono fornire prime indicazioni operative. Si dispone che le seguenti attività, al 31.12.2015 in carico alle ASL : • Acquisti dispositivi di protesica maggiore (ELENCHI 1, 2 e 3 del Nomenclatore Tariffario); • Gestione magazzino ausili (stoccaggio nuovi e attività di riciclo); • Acquisti diretti di protesica

minore; • Gestione Ossigenoterapia e ventiloterapia; • Gestione Nutrizione domiciliare artificiale; fino al 31 marzo 2016 potranno continuare ad essere gestite provvisoriamente dalle ATS in nome e per conto delle ASST, qualora le medesime non siano già strutturate per tale attività, che ai sensi del riordino sarà di competenza delle ASST. Infatti nell'ambito delle succitate attività, la DG Welfare, di intesa con gli operatori, condurrà un'attenta analisi delle attuali modalità erogative presenti nelle diverse ASL per uniformare le modalità di gestione che andranno in capo al polo territoriale delle ASST (*ex officio protesica*).

D) Attività di vigilanza, controllo e autorizzazione relativamente alla catena distributiva dei farmaci in capo alle ATS Si conferma che le attività di vigilanza, controllo e autorizzazione relativamente al canale distributivo dei farmaci (farmacie, distributori, grossisti, depositi, parafarmacie, ecc.) sono di competenza della costituenda ATS. Per dare attuazione anche nella fase transitoria dal 1.01.2016 a tale attività prioritaria sul territorio, che coinvolge anche la collaborazione con i NAS e la GDF, si dispone che, in attesa della revisione del capitolo IV della legge 31/96 secondo il riordino previsto dalla legge n. 23/2015, le ATS garantiscano la continuità di tali funzioni, attraverso le commissioni di vigilanza e CFA già costituite, mantenendo in questa prima fase l'originaria competenza territoriale alle stesse attribuite dalle uscenti ASL.

2.7. PRIME INDICAZIONI PER L'INTEGRAZIONE DELLE ATTIVITÀ SANITARIE E SOCIO-SANITARIE CON QUELLE SOCIALI AI SENSI DELLA L.R. 23/2015

La l.r. 11 agosto 2015, n. 23 "Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n.33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)" ha normato i nuovi assetti istituzionali e organizzativi per l'evoluzione del welfare socio-sanitario lombardo e presenta alcune novità fondamentali, volte ad adeguare il sistema anche relativamente all'integrazione tra le prestazioni socio-sanitarie e sanitarie con quelle sociali di competenza dei comuni. Da tempo le ASL svolgono un preciso ruolo di governance, di regia o operativo su molte attività anche di carattere sociale, sia per la necessità di rispondere contestualmente anche a bisogni socio – sanitari, sia per prevenire l'evoluzione della fragilità sociale in fragilità socio-sanitaria e/o sanitaria o ancora per la indispensabilità di promuovere sinergie ed integrazione delle professionalità e delle competenze al fine di realizzare un piano assistenziale adeguato e corrispondente ai bisogni della persona. Si cita, a titolo di esempio, l'evoluzione dei consultori, prefigurata dal PRS ed avvenuta nel corso della X legislatura, che esercitano un ruolo fondamentale nell'ambito del sostegno alla natalità e maternità che va oltre la presa in carico della gravidanza fisiologica ma entra pienamente anche nella presa in carico della fragilità sociale della donna e della famiglia in sinergia con gli attori del sistema sociale (comuni, terzo settore ecc), come accade con le iniziative regionali Nasko, Cresco, Sostengo) o con altre sperimentazioni innovative realizzate da alcune ASL e sostenute da Regione Lombardia (es. D.G.R. n.1188/2013) che, tra l'altro, rispondono pienamente a specifici obiettivi del Piano Regionale Prevenzione 2015-2018. Va ricordato, a tal proposito, che la l.r. 18/2014 "Norme a tutela dei coniugi separati o divorziati, in condizione di disagio, in particolare con figli minori" prevede all'art. 4, tra i compiti della Regione, la promozione di interventi di prevenzione e di protezione a sostegno della famiglia e del ruolo genitoriale, valorizzando i consultori pubblici e privati quali centri per la famiglia dedicati alla mediazione familiare, all'orientamento, alla consulenza legale, psicologica, sociale, educativa genitoriale, con specifica attenzione alle situazioni di fragilità e conflitto familiare, proponendo altresì, negli stessi spazi, iniziative volte a favorire l'auto-mutuo-aiuto tra gruppi di genitori, anche attraverso il coinvolgimento degli enti no profit e delle associazioni che si occupano di relazioni familiari. Si ricorda anche il ruolo che i consultori svolgono in integrazione con il servizio di tutela minori o il servizio sociale del Comune nella valutazione psicodiagnostica delle coppie (cfr. regole 2010) nonché in merito agli eventuali interventi di trattamento psico-terapeutico del minore e/o della famiglia d'origine. In attuazione del dettato della l.r. 23/2015, sarà pertanto costituito nel 2016 un apposito gruppo di lavoro tra la Direzione Generale Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale e la Direzione Generale Welfare prevedendo anche la partecipazione di rappresentanze dei comuni e delle ATS/ASST, con il

compito di determinare indirizzi utili al fine di realizzare una piena integrazione tra le attività sociali e quelle sociosanitarie, anche con riferimento ai modelli organizzativi e alle risorse dedicate.

Per l'anno 2016, in attesa della definizione degli indirizzi di cui sopra, le iniziative regionali di carattere sociale attivate sul territorio lombardo a seguito di specifici atti della Giunta Regionale (bandi, interventi e servizi ecc.) ed oggi gestite con la collaborazione operativa o con la regia delle ASL (ora ATS), continueranno ad essere svolte dalle ATS relativamente alle funzioni di governance e dalle ASST per quanto riguarda le funzioni gestionali e erogative. Sarà compito della Direzione Generale Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale fornire in tal senso eventuali indicazioni, laddove necessario, relativamente alle attività sociali in integrazione con quelle sociosanitarie che saranno in capo all'ATS o all'ASST.

2.8. PRIME INDICAZIONI PER L'IMMAGINE COORDINATA DEGLI ENTI DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO A SEGUITO DELL'ENTRATA IN VIGORE DELLA L.R. 23/2015

Il percorso di attuazione della l.r. 23/2015 deve trovare nella comunicazione al cittadino un efficace strumento di riorientamento dell'utenza nel mutato scenario del Sistema Socio Sanitario Lombardo. In una logica di governance integrata, si declinerà pertanto un nuovo sistema di immagine coordinata, comune a tutti gli enti e le strutture che concorrono alla costruzione del sistema lombardo del welfare, a partire da un nuovo sistema di marchi teso a favorire la percezione da parte dell'utenza di un'unica identità visiva, orientato al contempo a dare valore e riconoscibilità ai simboli storici delle realtà erogative. Per le indicazioni sulla composizione dei nuovi marchi e sul loro primo utilizzo si rinvia al Sub Allegato 8 "*Prime indicazioni per il rebranding degli enti del Sistema Socio Sanitario Lombardo a seguito dell'entrata in vigore della l.r. 23/2015*", che si intende approvato come parte integrante del presente provvedimento. La Direzione Generale Welfare assicurerà l'affiancamento in fase di prima applicazione, anche attraverso l'organizzazione di incontri di coordinamento e/o l'invio di circolari esplicative. Si comunica infine che contestualmente all'avvio dell'operatività dei nuovi soggetti definiti dalla l.r. 23/2015, cessano di avere vigore le indicazioni già fornite al Sistema Sanitario con la D.G.R. n. 10256 del 7 ottobre 2009 "*Linee guida per la costituzione degli enti del Sistema Sanitario Regionale*".

2.9. ULTERIORI DETERMINAZIONI SULLA COSTITUZIONE DELLE AZIENDE A parziale integrazione delle D.G.R.: - n. X/4497/2015 Attuazione della l.r. 23/2015: Costituzione Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) della Valtellina e dell'Alto Lario; - n. X/4483/2015 Attuazione della l.r. 23/2015: Costituzione Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Lariana. Si precisa che non afferisce alla Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) della Valtellina e dell'Alto Lario il Consultorio Familiare Pubblico di Olgiate Comasco ed il SERT di Appiano Gentile che sono da considerarsi inseriti nella ASST Lariana.

3. INDIRIZZI REGOLATORI NELL'AMBITO DELLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE 3.1. INDIRIZZI PER L'ACCREDITAMENTO, NEGOZIAZIONE E STIPULA DEI CONTRATTI CON GLI EROGATORI

3.1.1. ACCREDITAMENTO Si ribadisce la peculiarità del sistema di accreditamento lombardo, come confermato anche dalla nuova riforma del Sistema Sanitario regionale, Legge 23/15, che vede nel processo di accreditamento, il riconoscimento del possesso di ulteriori requisiti di qualità, requisiti indispensabili per accedere alla contrattualizzazione ma il cui possesso non determina automaticamente l'accesso al contratto stesso.

3.1.1.1. AREA SANITARIA Nelle more della emanazione di indicazioni regionali, da sviluppare in aderenza ai Piani di Programmazione predisposti dalle ATS e agli indirizzi nazionali vigenti, quale il Decreto n. 70 del 2 aprile 2015, circa gli ambiti in cui ampliare l'offerta dei nuovi accreditamenti e/o orientare le trasformazioni degli assetti accreditati, in considerazione delle innovazioni apportate dalla legge regionale 23/15 in ambito di attribuzioni di competenze e di ambiti territoriali per le ATS e le ASST è consentita in strutture già accreditate e a contratto, esclusivamente la possibilità di trasferire e di trasformare UO di ricovero e branche ambulatoriali a parità di numero delle stesse e a budget immodificato, previa valutazione positiva delle ATS,

trasmessa alla DG Welfare. In particolare sono consentiti: - la trasformazione di branche ambulatoriali e/o posti letto attivi; - la trasformazione di UO di ricovero in nuove UO, applicando per i posti letto attivi il rapporto di 2 a 1; - l'apertura di posti tecnici dialisi, sub acute, BIC, MAC per trasformazione in rapporto 1 a 1 di posti letto attivi; - l'apertura di punti prelievi come descritto in altra parte del documento, secondo le modalità previste dall'allegato della D.G.R. n. VII/3313/2001. Si ribadisce che non è possibile l'accreditamento di strutture ambulatoriali, di ulteriori branche ambulatoriali o di sezioni specialistiche di Servizi di Medicina di Laboratorio, mentre potranno eventualmente essere accreditate attività coinvolte nel riordino della rete riabilitativa. In particolare potranno essere autorizzate conversioni con rapporto 1 ad 1 di letti di tipo ordinario e non solo di day hospital in postazioni di MAC (macroattività ambulatoriali complesse) soprattutto per le attività di riabilitazione in esito di protesizzazione elettiva. Viene mantenuta la disposizione delle Regole 2014 circa la possibilità di utilizzare posti letto accreditati e non a contratto con il solo obiettivo di poter effettuare tutte le attività necessarie a raggiungere il valore contrattualmente concordato con la ATS per i residenti Lombardi in caso di richiesta non governabile di ricovero proveniente da cittadini residenti in altre regioni. Nel corso del 2016 saranno perfezionati i percorsi per la definizione dei requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento di: Stroke unit, Laboratori di elettrofisiologia, Centri per le Staminali Emopoietiche (CSE), Centri PMA, Farmacie Ospedaliere, POT, Servizi di Medicina di Laboratorio specialistici di "Genetica Medica e Citogenetica" e di "Anatomia Patologica" Nelle more della ridefinizione dei criteri autorizzativi per l'autorizzazione di laboratori specialistici di "Anatomia Patologica" e di "Genetica Medica e Citogenetica" sono quindi sospese le autorizzazioni all'attivazione di nuovi laboratori e di nuove sezioni specializzate (comprese le trasformazioni) riferiti alle succitate specialità. In ordine al possesso dei requisiti tecnologici e strutturali previsti dalla normativa vigente per le strutture sanitarie di diritto pubblico e privato si richiama quanto già disposto con D.G.R. N. VII/13306/2003, Circolare N. 26/SAN del 21/7/2003, con D.G.R. N. VIII/6226/2007 e con D.G.R. N. IX /898/2010. Preso atto delle disposizioni normative sopravvenute in particolare in materia: • di prevenzione incendi, il D.M. 19/3/2015 con l'allegato I e II, ha sostituito integralmente i Titoli III e IV della Regola Tecnica di prevenzioni incendi del Decreto del Ministro dell'Interno 18/9/2002 e, con l'allegato III e ha aggiunto il Titolo V concernente il sistema di gestione della sicurezza all'adeguamento antincendio delle strutture sanitarie esistenti che non abbiano ancora completato l'adeguamento antincendio; • di adeguamento alle norme antisismiche ai sensi del D.M. 14.01.2008, alle Circ. Min. INFR. 05.08.2009 e 11.12.2009 e della Normativa Regionale, D.G.R. 7/14964 del 7 novembre 2003 D.G.R. X/2129 del 11 luglio 2014 - Aggiornamento delle zone sismiche in Regione Lombardia D.G.R. X/2489 del 10 ottobre 2014. Si sono pertanto valutati: • la necessità di frazionare gli interventi edilizi per fare fronte alle esigenze sanitarie dei cittadini senza interrompere l'erogazione di un servizio pubblico per prestazioni sanitarie anche salvavita, • l'esigenza di non determinare danni gravi alle aziende che operano in ambito sanitario e ai lavoratori delle stesse, • i contenuti dei Decreti del Direttore Generale Sanità assunti ai sensi della D.G.R. N. IX 898/2010 che su valutazione delle ASL proponenti hanno consentito l'instaurarsi di un percorso di salvaguardia sia del bisogno sanitario dei cittadini sia del rispetto delle regole di sicurezza per i cittadini stessi e per gli operatori coinvolti, • le relazioni di monitoraggio delle attività di adeguamento e di aderenza ai cronoprogrammi presentati, effettuate ai sensi della D.G.R. n. IX/898/2010. Considerato quanto sopra, si rileva pertanto la necessità di valutare positivamente la manifestata esigenza di consentire il completamento degli interventi mancanti o che per le intervenute modifiche normative si rendano necessari al fine di adeguare le strutture alle nuove disposizioni vigenti, consentendo di armonizzare i piani di adeguamento già in atto alle nuove disposizione normative vigenti e pertanto ai sensi dell'art. 15, comma 2, della l.r. 23/2015, si dispone che:

1. **entro il 31/12/2015** il Legale Rappresentante dell'Ente deve presentare, per le strutture interessate, formale istanza alla ASL/ATS competente e per conoscenza, senza allegati, alla Direzione Generale Welfare. Saranno ritenute valide le istanze presentate, entro il termine sopra

riportato del **31/12/2015**, anche in carenza della richiesta documentazione che potrà pervenire alla ASL / ATS entro una tempistica che sarà definita con una circolare esplicativa della DG Welfare e con cui sarà predisposto un fac-simile di istanza. 2. Entro il termine massimo di 100 giorni dalla data di presentazione dell'istanza di proroga, completa di tutta la documentazione necessaria, le ATS provvedono ad effettuare le verifiche di competenza e ad inviare alla DG Welfare le proposte di provvedimenti di proroga all'assolvimento dei requisiti tecnologici e strutturali previsti dalla normativa vigente, con scadenza che, comunque, non potrà andare oltre il **31/12/2020**. Tali provvedimenti possono contenere eventuali prescrizioni al fine di garantire il corretto proseguimento del servizio. 3. Al fine di consentire l'espletamento delle verifiche di cui al punto 2, garantendo contestualmente di legittimare la continuità dell'assistenza, i contenuti dei decreti del Direttore Generale Salute di cui alla D.G.R. n. IX/ 898/2010, si intendono prorogati sino alla definizione di un nuovo provvedimento della ATS territorialmente competente a condizione che il Legale Rappresentante dell'Ente abbia presentato l'istanza di proroga nei tempi e nelle modalità qui indicate. 4. Con l'istanza di proroga il Legale Rappresentante dell'Ente deve certificare : a. l'impegno a concludere il piano di nuova formulazione o il piano in corso, con riformulazione del cronoprogramma, o con una proposta di modifica del piano medesimo entro il termine massimo del 31/12/2020; b. lo stato di attuazione del piano programmatico, anche ai sensi della D.G.R. n. IX/ 898/2010, con la quota dei lavori o attività non eseguiti e la specificazione degli stessi; c. le ragioni, motivate e documentate, che non hanno consentito il completamento dei lavori entro i termini previsti; d. il termine massimo entro il quale si assume l'impegno di completare gli interventi in parola, dettagliato in apposito cronoprogramma; e. le misure strutturali, tecniche e/o organizzative poste o da porre in essere nell'immediato, al fine di assicurare comunque, sia pure in modi diversi, il soddisfacimento dei fini sottesi alle prescrizioni dei relativi requisiti. 5. Il Direttore Generale Welfare nell'accogliere o rigettare l'istanza, sulla base del parere reso dall'ATS nel suo provvedimento, potrà imporre eventuali prescrizioni e/o modifiche al piano o ai tempi prefigurati. 6. La Direzione Generale Welfare si impegna ad effettuare un monitoraggio continuo sul mantenimento dei requisiti stessi attraverso relazioni annuali, a decorrere dal secondo anno, a cura della ATS territorialmente competente.

3.1.1.2. AREA SOCIO SANITARIA INTEGRATA 3.1.1.2.1. ACCREDITAMENTO UNITÀ D'OFFERTA SOCIO SANITARIE

Il tema centrale per la rete socio sanitaria per l'anno 2016 non potrà che essere l'evoluzione che avranno le unità d'offerta ed i servizi erogati nell'ambito della impostazione innovativa del Servizio Socio sanitario Regionale tracciata dalla Legge Regionale 11 agosto 2015. n. 23. La forte integrazione degli ambiti socio sanitario e sanitario è certamente uno delle principali traguardi indicati dalla legge n. 23, cui si punta anche attraverso una profonda ridefinizione degli attori del sistema e delle reti in cui dovranno operare, per dare la migliore risposta possibili ai bisogni degli utenti, in particolare alle persone portatrici di bisogni cronici, spesso con fragilità. L'impegno a farsi carico della fragilità, della non autosufficienza e delle patologie cronico-degenerative connota indiscutibilmente la prospettiva di evoluzione del sistema e rappresenta per l'ambito socio sanitario uno stimolo a crescere ulteriormente secondo un'impostazione, del resto, che gli è consona. Nel corso del 2015 l'offerta della rete socio sanitaria si è ampliata con la messa contratto di 500 nuovi posti di RSA nella aree territoriali carenti e con la messa a sistema dell'unità d'offerta residenziale a bassa intensità assistenziale nell'area delle dipendenze come previsto dalla D.G.R. 2989/2014. Per l'anno 2016, pertanto, la programmazione è improntata all'attuazione dell'evoluzione del sistema delineata con la citata Legge regionale n.23, con la realizzazione dei nuovi modelli organizzativi che comprendono sia la costituzione di reti tra soggetti erogatori, sia lo sviluppo di nuove modalità di presa in carico ed assistenza. Una particolare attenzione deve essere dedicata ad orientare e favorire l'integrazione nel nuovo contesto degli attuali erogatori di servizi e prestazioni socio sanitarie, presidiando la realizzazione dei necessari adeguamenti. In un contesto di profonda revisione dei modelli di presa in carico e risposta ai bisogni e di riorganizzazione della rete socio sanitaria, occorre prioritariamente procedere al riassetto della rete degli erogatori presenti,

rimandando ad una seconda fase le ulteriori valutazioni di sistema necessarie per la programmazione dell'accesso di nuovi erogatori sulla base della elaborazione di appropriati indici di fabbisogno. Sarà garantita anche la prosecuzione dei percorsi di adeguamento e sviluppo già avviati, che comprendono in particolare la sistematizzazione dell'unità d'offerta delle cure intermedie. Alla luce delle priorità sopra individuate, per l'anno 2016 sono temporaneamente sospesi i nuovi accreditamenti di tutte le tipologie di unità d'offerta sociosanitaria. Restano sempre possibili la messa in esercizio e le modifiche di unità d'offerta già in esercizio, la cui competenza, precedentemente posta in capo alle ASL viene trasferita alle ATS, ai sensi dell'articolo 15 della Legge regionale 11 agosto 2015, n. 23. Ai sensi dell'articolo 15 della Legge regionale 11 agosto 2015, n. 23, è posta in capo alle ATS territorialmente competenti anche la titolarità del procedimento di accreditamento, sia per quanto concerne l'accredimento di nuove unità d'offerta, sospeso per l'anno 2016, sia per quanto riguarda l'adozione di provvedimenti di modifica, voltura, sospensione, revoca e decadenza. Si precisa che l'accredimento e le sue variazioni si perfezionano all'atto dell'iscrizione da parte di Regione nel registro regionale delle strutture accreditate. Per l'anno 2016, possono essere presentate, alle ATS territorialmente competenti e, per conoscenza, alla Regione, istanze di modifica dell'accredimento per riduzione della capacità ricettiva o del volume di attività, per trasferimento della sede, per variazione del soggetto gestore e le istanze di accreditamento definitivo a seguito di conclusione di Piani programma. Sono fatte salve le istanze di accreditamento già presentate nel corso dell'anno 2015 e ancora in trattazione e gli eventuali nuovi accreditamento per unità d'offerta sociosanitarie realizzate con l'erogazione di finanziamenti pubblici statali o regionali, finalizzati alla realizzazione dell'unità d'offerta stessa. Ai sensi dell'articolo 15 della Legge regionale 11 agosto 2015, n. 23, l'iter procedurale per la messa in esercizio e l'accredimento di unità d'offerta sociosanitarie sono definite nella *"Procedura per l'esercizio e l'accredimento delle unità d'offerta sociosanitarie"*, riportata nel Sub Allegato 9, che sostituisce integralmente l'allegato 2 della D.G.R. n. 2569/2014. Possono essere presentate per l'anno 2016 anche le istanze di riconoscimento di ente unico, che rimangono in capo a Regione.

3.1.1.2.2. UNITÀ D'OFFERTA CON PIANO PROGRAMMA IN CORSO

La D.G.R. n. 1185 del 20/12/2013 ha previsto la possibilità per le ASL di prorogare al 31/12/2015 le autorizzazioni provvisorie per il completamento dei piani programma delle 76 unità di offerta sociosanitarie a quella data ancora interessate da lavori, a condizione dell'adozione di un piano straordinario per la sicurezza. L'ultimo monitoraggio dello stato di attuazione dei piani programma evidenzia, alla data del 30/11/2015, ancora 38 unità di offerta con lavori non conclusi, come indicato nella seguente tabella e 7 unità di offerta con lavori conclusi in attesa di acquisire le certificazioni necessarie. (es.

Tipologia n. RSA 6

CDI	2
RSD	9
CDD	2
CSS	2
CF	2
SERT	4
RIA/INT.	11
TOTALE	38

Le motivazioni della mancata conclusione dei piani programma possono essere così sinteticamente elencate: 1. necessità di adeguare in corso d'opera i piani alle disposizioni normative sopravvenute. In particolare in materia di prevenzione incendi, il D.M. 19/3/2015 ha sostituito, con l'allegato I e II, integralmente i Titoli III e IV della Regola Tecnica di prevenzioni incendi del Decreto del Ministro dell'Interno 18/9/2002 e, con l'allegato III, ha aggiunto il Titolo V concernente il sistema di gestione della sicurezza all'adeguamento antincendio delle strutture sanitarie esistenti che non

abbiano ancora completato l'adeguamento antincendio; 2. complessità degli stessi che, in alcuni casi, coinvolgono più tipologie di unità di offerta di un unico gestore, dislocate su più ATS; 3. particolarità di alcuni piani relativi a unità di offerta allocate in edifici di proprietà di soggetti diversi dal gestore, quali ad esempio Aziende Ospedaliere, la cui conclusione è condizionata dalla conclusione di un piano di adeguamento più ampio; 4. frazionamento degli interventi, per fare fronte ai bisogni degli cittadini, senza interrompere l'erogazione delle prestazioni. Ritenute valide le motivazioni di cui sopra, si rileva la necessità di consentire il completamento degli interventi mancanti, per evitare l'interruzione di attività assistenziali con funzioni di servizio pubblico e danni gravi alle aziende e ai lavoratori delle stesse. A tale fine, il termine per l'adeguamento dei requisiti strutturali e tecnologici delle unità d'offerta con piano programma in corso è fissato al 31/12/2017, con le seguenti indicazioni: 1. le ATS provvedono ad emettere provvedimenti di proroga alle autorizzazioni provvisorie per il completamento dei piani programma, sulla scorta delle necessarie verifiche, con scadenza entro il 31/12/2017, a condizione che il legale rappresentante della struttura interessata presenti formale istanza alla ASL (ora ATS) competente e per conoscenza alla Direzione Generale Welfare. Tali provvedimenti possono contenere eventuali prescrizioni al fine di garantire il corretto proseguimento del servizio. Per le unità di offerta a gestione diretta ASL (ora ASST), venendo meno la vigilanza incrociata, le ASL (ora ATS) che ricevono le istanze di proroga sono tenute a trasmetterle entro il giorno 8/01/2016 al servizio di vigilanza competente per il territorio in cui è ubicata l'unità di offerta; 2. entro il termine massimo di 60 giorni dalla data di presentazione dell'istanza di proroga, le ATS provvedono ad effettuare le verifiche di competenza e ad emettere i provvedimenti di proroga alle autorizzazioni provvisorie al funzionamento, con scadenza che, comunque, non potrà andare oltre il 31/12/2017; al fine di consentire l'espletamento delle verifiche di cui al punto 2, garantendo contestualmente di legittimare la continuità dell'assistenza, le autorizzazioni provvisorie al funzionamento in essere e in scadenza al 31/12/2015 si intendono prorogate per un massimo di 60 giorni, a condizione che l'Ente gestore abbia presentato l'istanza di proroga nei tempi e nelle modalità qui indicate; 4. con l'istanza di proroga il legale rappresentante dell'ente gestore deve certificare: a. l'impegno a concludere il piano in corso, con riformulazione del cronoprogramma, o con una proposta di modifica del piano medesimo, tale da garantire l'effettiva conclusione dei lavori entro il 31/12/2017; b. lo stato di attuazione del piano programma, con la quota dei lavori o attività non eseguiti e la specificazione degli stessi; c. le ragioni, motivate e documentate, che non hanno consentito il completamento dei lavori entro i termini previsti; d. le misure strutturali, tecniche e/o organizzative, poste o da porre in essere nell'immediato, al fine di assicurare comunque, sia pure in modi diversi, il soddisfacimento dei fini sottesi alle prescrizioni dei relativi requisiti; e. l'avvenuto adeguamento del piano straordinario di sicurezza, in relazione a quanto stabilito dal citato D.M. 19/3/2015 in materia di antiincendio, che deve evidenziare i divieti, le limitazioni e le condizioni di esercizio ordinarie e in emergenza per ciascuna delle fasi del piano programma seguendo in modo dinamico l'intero processo; 5. le ATS proseguono il monitoraggio semestrale dell'andamento dei lavori con verifiche documentali e sopralluoghi presso le strutture, con particolare attenzione agli aspetti relativi alla sicurezza degli utenti e dei lavoratori, dando comunicazione degli esiti alla Direzione Generale competente; 6. le autorizzazioni provvisorie consentono il mantenimento dell'accreditamento e del contratto ove esistenti, fatte salve eventuali riduzioni di budget previste in sede di definizione degli indici di programmazione.

3.1.2. PROGRAMMAZIONE, NEGOZIAZIONE E CONTRATTUALIZZAZIONE

3.1.2.2. AREA SOCIO SANITARIA INTEGRATA 3.1.2.2.1. NEGOZIAZIONE E CONTRATTO UNITÀ D'OFFERTA SOCIO SANITARIE

Nel corso del 2016 prosegue il percorso intrapreso di evoluzione del sistema socio sanitario, ridefinito alla luce della Legge regionale 11 agosto 2015, n.23, che punta a realizzare un sistema sempre più capace di rispondere in modo omogeneo sul territorio ai bisogni emergenti, compatibilmente con le risorse disponibili, sulla base della rilevazione dei bisogni del territorio e dell'analisi della distribuzione delle unità d'offerta nelle nuove ATS e nelle relative ASST di riferimento. Nel 2015 l'offerta della rete socio sanitaria si è ampliata con la messa a contratto di 500

nuovi posti di RSA nelle aree territoriali carenti e con la messa a sistema dell'unità d'offerta residenziale a bassa intensità assistenziale nell'area delle dipendenze come previsto dalla D.G.R. 2989/2014. Rispetto a quest'ultima tipologia di servizio, che prosegue e stabilizza le sperimentazioni avviate nel 2012, è prevista la conclusione dell'iter di accreditamento con la messa a contratto dei posti già attivi. Al fine di garantire la continuità assistenziale in questo scenario in profonda evoluzione, le unità d'offerta accreditate sono chiamate a continuare l'erogazione delle prestazioni a contratto nell'ambito organizzativo definito dalla nuova Legge regionale, che attribuisce alle ATS le funzioni di negoziazione e acquisto delle prestazioni sociosanitarie dalle strutture accreditate in attuazione della programmazione definita dalla Regione. La sottoscrizione del contratto, che avverrà con le neocostituite ATS, è soggetta alla programmazione regionale dell'offerta sociosanitaria. L'accREDITAMENTO dell'unità d'offerta costituisce una condizione, necessaria ma non sufficiente, per la sottoscrizione del contratto. In considerazione degli indirizzi programmatori sopra esposti, nel 2016, gli erogatori già a contratto proseguono le attività in essere secondo le modalità più avanti definite. La possibilità di sottoscrivere nuovi contratti è limitata all'unità di offerta di Bassa intensità assistenziale per le dipendenze, con le modalità di cui alla D.G.R. n. 4086 del 25/9/2015, punto 4, alla conclusione del processo di accreditamento avviato nel 2015. Nelle more del completamento del processo di accreditamento e contrattualizzazione delle nuove unità d'offerta, si conferma che è garantita la continuità assistenziale limitatamente agli utenti già in carico alla data di approvazione della D.G.R. 4086/2015, ovvero il 25/09/2015, a condizione che il soggetto gestore dell'unità d'offerta interessata abbia presentato istanza di accreditamento entro il 31/12/2015. E' ammessa altresì la messa a contratto di posti nel caso di eventuali nuovi accreditamenti per unità d'offerta sociosanitarie realizzate con l'erogazione di finanziamenti pubblici statali o regionali, finalizzati alla realizzazione dell'unità d'offerta stessa e per la riattivazione di posti a seguito della conclusione di piani programma in corso. Preliminarmente al riconoscimento delle prestazioni, la ATS provvede alla verifica della sussistenza delle condizioni sopra indicate. In allegato, viene riportato il testo tipo del contratto che le ATS sottoscrivono con i soggetti gestori di unità d'offerta sociosanitarie accreditate, con l'elenco della normativa generale e specifica per ogni tipologia di unità di offerta (Sub Allegato 10 - "*Schema di contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra ATS e soggetto gestore di unità d'offerta sociosanitarie accreditate*").

DISCIPLINA DEL CONTRATTO UNICO I soggetti gestori di più unità d'offerta nell'ambito della stessa ATS, nell'ottica della semplificazione amministrativa, possono sottoscrivere un unico contratto, con le seguenti precisazioni: 1. il contratto unico è una mera misura di semplificazione amministrativa, che non presuppone il riconoscimento di ente unico gestore di cui alla D.G.R. n. 2569/2014; 2. al contratto unico vengono allegare distinte schede di budget, tante quante sono le unità d'offerta gestite dal soggetto contraente. **3.1.2.2.2. BUDGET – IL MODELLO DI GOVERNO DELLE RISORSE IN AMBITO SOCIO SANITARIO**

Nel 2016, il sistema delle regole di governo delle risorse, viene declinato nei seguenti ambiti: • ambito del sistema dei servizi tradizionali a budget, ivi comprese le Cure intermedie ex riabilitazione e le nuove unità di offerta di Bassa intensità assistenziale per le dipendenze; • ambito del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Per il 2016, sono soggette a budget le seguenti unità d'offerta sociosanitarie: • Residenze Sanitarie Assistenziali per Anziani (RSA) • Residenze Sanitarie Assistenziali per Disabili (RSD) • Centri Diurni Integrati per Anziani (CDI) • Centri Diurni per Disabili (CDD) • Comunità Socio Sanitarie per Disabili (CSS), attraverso voucher di lunga assistenza • Hospice • Strutture di Riabilitazione extra-ospedaliera • Cure Intermedie (ex RIA residenziale adulti e post acuti) • Servizi residenziali e semiresidenziali dell'area dipendenze • Servizi multidisciplinari integrati (SMI) dell'area dipendenze • Consultori familiari privati. Per quanto riguarda l'ADI, si conferma il modello attuale basato sui voucher, con un accesso attraverso la valutazione multidimensionale del bisogno. Il rispetto del tetto delle risorse è perseguito assicurando l'appropriatezza dei voucher erogati a seguito della valutazione multidimensionale del

bisogno per l'accesso alle prestazioni e attraverso il monitoraggio e controllo periodico della spesa attraverso il flusso FE.

REGOLE DI DEFINIZIONE DEL BUDGET PER IL 2016 PER LE UNITÀ DI OFFERTA A BUDGET

I budget regionali per le unità d'offerta sociosanitarie vengono assegnati alle ATS, rimodulati sulla base dei nuovi assetti territoriali, con successivo decreto della Direzione competente. A ciascuna unità d'offerta sociosanitaria deve essere assegnato un budget annuo, calcolato applicando le tariffe medie e le saturazioni definitive riconosciute nel 2015, proprie di ciascuna struttura, ai posti a contratto nel 2016. Per le unità d'offerta messe a contratto, in tutto o in parte, nel corso del 2015, il budget 2016 potrà essere definito rapportando ad anno intero le prestazioni riferite solo ad una parte del 2015 e valorizzando con riferimento alla tariffa media giornaliera e alla saturazione media per l'anno 2015 della ex-ASL di afferenza, con riguardo all'utenza tipica. Per le unità d'offerta di Bassa intensità assistenziale per le dipendenze, accreditate con le modalità di cui alla D.G.R. n. 4086 del 25/9/2015, punto 4, che verranno messe a contratto nel corso del 2016, il budget 2016 viene assegnato calcolando al massimo una saturazione pari al 90%, rapportata al periodo temporale di validità del contratto, come per tutte le unità d'offerta di nuova contrattualizzazione. Il budget relativo a eventuali posti aggiuntivi di unità d'offerta già contrattualizzate è valorizzato a tariffa media giornaliera e a saturazione media della ex-ASL di afferenza, riferite alla medesima unità d'offerta per il 2015. Analogamente viene calcolato il budget per i posti accreditati e a contratto che possono essere riattivati dalle unità d'offerta a seguito di completamento e chiusura del piano programma o a seguito di rinuncia alla prosecuzione di misure ex D.G.R. n. 116/2013 o della residenzialità per post acuti. Con riguardo all'utenza non tipica (Stati Vegetativi, SLA, soggetti provenienti da ex ospedali psichiatrici e disabili a cui sono stati riconosciuti i benefici della D.G.R. n. 5000/2007) sarà remunerata extra-budget la differenza tra la tariffa di tale utenza e quella relativa all'utenza tipica dell'unità d'offerta con maggiore livello di fragilità (classe Sosia 1 e Sidi 1). Le persone ricoverate in unità d'offerta sociosanitarie in condizione di Stato Vegetativo e che abbiano, nel corso della degenza, lievi miglioramenti del punteggio della Glasgow Coma Scale, comunque con valore non superiore a 13, mantengono le medesime condizioni di ricovero, continuando ad essere remunerate e rendicontate come stati vegetativi, con i medesimi standard assistenziali, modalità di verifica da parte delle ATS e senza oneri a carico dell'utente e dei familiari, a condizione che non siano intervenute forme di rimborso assicurativo relative all'evento che ha determinato la condizione di Stato Vegetativo. Anche per il 2016 la remunerazione di prestazioni rese a favore di persone agli arresti domiciliari o affidati in prova in comunità terapeutiche è compresa, sia nel budget di ciascuna ATS, che in quello di ciascuna struttura accreditata e a contratto dell'area dipendenze. Per i consultori familiari privati il budget massimo è determinato sul budget storico, in allineamento all'annualità precedente. Tale budget è comprensivo dell'importo derivante dall'incasso dei ticket vigenti nonché delle quote fisse aggiuntive previste dalla Legge n. 111 del 15 luglio 2011 e definite con provvedimenti regionali. Per la riabilitazione il budget massimo è determinato sul budget storico, in allineamento alla annualità precedente e fermo restando il budget di ATS. Per la riabilitazione ambulatoriale tale budget è comprensivo dell'importo derivante dall'incasso dei ticket vigenti nonché delle quote fisse aggiuntive previste dalla Legge n. 111 del 15 luglio 2011 e definite con provvedimenti regionali. I budget assegnati alle ATS e negoziati con gli enti gestori nel contratto si riferiscono alle prestazioni erogate dalle unità d'offerta ubicate sul territorio di competenza, a favore di tutti i cittadini lombardi e non solo alla quota relativa ai consumi dei propri residenti. Al cittadino extracomunitario, privo di assistenza familiare e di regolare titolo di soggiorno, in condizioni di gravissima disabilità intesa come condizione di "dipendenza vitale" ai sensi delle D.G.R. 2655/2014 e D.G.R. 4249/2015, ricoverato presso un'unità d'offerta sociosanitaria, è garantito il riconoscimento della tariffa a carica del FSR nei limiti previsti dalle vigenti normative. I costi del ricovero sono a carico dell'ATS di residenza al momento del verificarsi dell'evento indice. Per la remunerazione delle prestazioni con oneri a carico del Fondo Sanitario Regionale devono essere applicate le tariffe definite con i diversi

provvedimenti regionali. Le tariffe regionali si applicano anche alle prestazioni erogate a favore di utenti non lombardi e con oneri a carico delle loro Regioni di residenza.

SPOSTAMENTO DI BUDGET In ragione della costituzione delle ATS e della revisione degli assetti territoriali, nel corso del 2016 non è concesso spostare quote di budget tra ATS diverse, al fine di consentire alle nuove Agenzie di definire i bisogni del proprio territorio e le conseguenti valutazioni programmatiche. Sono fatti salvi gli spostamenti di budget, con gli eventuali relativi posti a contratto, anche tra ATS diverse già autorizzati da Regione alla data di approvazione del presente provvedimento. Rimane la possibilità di spostare quote di budget, anche con gli eventuali relativi posti a contratto, all'interno della stessa ATS, sempre per la stessa tipologia di unità d'offerta, al fine di permettere alle ATS un'azione rivolta a riequilibrare l'offerta territoriale. A tal fine le ATS possono utilizzare, nell'ambito delle proprie competenze programmatiche, lo strumento degli accordi territoriali introdotto dalla D.G.R. n. 1185/2014 e già sperimentato in alcuni casi per riequilibrare l'offerta dei servizi sociosanitari. Con la partecipazione degli enti gestori e previa comunicazione a Regione, le ATS possono quindi promuovere degli accordi tra gestori della stessa tipologia di unità d'offerta, purché ubicate sul territorio della stessa ATS, finalizzati al miglioramento della rete d'offerta, alla migliore copertura assistenziale di tutti i distretti socio sanitari, alla intercettazione di bisogni assistenziali dei vari ambiti territoriali. Tali accordi territoriali si concretizzano nello spostamento, da parte di strutture accreditate e a contratto, di volumi contrattualizzati e dei relativi budget a strutture solo accreditate e senza incremento del budget complessivo a livello di ATS.

REGOLE RELATIVE A GIORNATE DI ACCETTAZIONE E DI DIMISSIONE, SOSPENSIONI, RICOVERI E ASSENZE NEI SERVIZI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI

Per i servizi residenziali e semi-residenziali deve essere pagata solo la giornata di accettazione e non quella di dimissione. Analogamente, per i periodi di assenza, deve essere pagata solo la giornata di rientro e non quella di uscita. Non viene quindi remunerata la giornata di dimissione, neanche in caso di decesso in struttura. Se tuttavia il decesso o la dimissione per altra causa interviene nello stesso giorno dell'ammissione al servizio, la giornata è riconosciuta a carico del FSR. Per quanto riguarda i ricoveri temporanei (compresi i c.d. ricoveri di sollievo) in unità d'offerta residenziali che, in applicazione alle vigenti norme, sono tenute ad assicurare le funzioni del medico di medicina generale (RSA e RSD), con la conseguente cancellazione dell'utente dal proprio medico di medicina generale, è possibile, considerata la temporaneità del ricovero, non procedere, nel limite massimo di 60 giorni annui per utente, a tale cancellazione, fermo restando l'obbligo, da parte dell'unità d'offerta, di assicurare a proprio carico la fornitura dei farmaci e degli ausili come previsto dalle delibere di riferimento. Nei CDI si conferma la regola della remunerazione legata alla frequenza effettiva degli utenti. La tariffa giornaliera pro capite di euro 29,60, prevista per i CDI funzionanti per almeno 8 ore al giorno, è utilizzata per remunerare le prestazioni erogate ad utenti che frequentano i CDI a tempo pieno, mentre per gli utenti frequentanti il CDI part-time la tariffa giornaliera è confermata in euro 14,80. Per quanto riguarda le assenze remunerate, si richiamano le disposizioni delle D.G.R. n. 1185/2013, n. 1953/2014 e n. 2989/2014.

IL CONTRATTO E LA SCHEDA DI BUDGET I contratti sottoscritti dalle ex ASL con gli enti gestori per l'esercizio 2015 sono prorogati a tutto il 30/4/2016. La titolarità degli stessi è ricondotta e posta in capo alle ATS di riferimento sulla base dell'ubicazione territoriale della unità d'offerta, definendo un budget provvisorio pari a quattro dodicesimi del budget sottoscritto nel corso dell'anno 2015. La scheda provvisoria di budget viene sottoscritta dall'ATS con i soggetti gestori entro il 15/01/2016.

Analogamente sono prorogati a tutto il 30/4/2016 i contratti sottoscritti dalle ex ASL con gli enti gestori di ADI per l'esercizio 2015, la cui titolarità è ricondotta e posta in capo alla ATS di riferimento sulla base dell'ambito territoriale per cui è contrattualizzata l'attività. Non si consolidano sul 2016 le compensazioni tra budget relativi a diverse tipologie di unità di offerta effettuate a fine esercizio 2015. Per eventuali unità d'offerta di nuova contrattualizzazione il budget

provvisorio sarà determinato prendendo a riferimento la tariffa media della ex-ASL di afferenza per la medesima tipologia di unità d'offerta, con un livello di saturazione dei posti a contratto non superiore al 90%. Entro il 30 aprile 2016, verranno sottoscritti tra ATS e soggetti gestori i nuovi contratti, secondo lo schema riportato più avanti, e negoziati i budget definitivi che devono valere per l'intero anno 2016. A tal fine le ATS e i soggetti gestori dovranno sottoscrivere la scheda di budget annuale. Il budget definitivo comprende quanto assegnato a titolo di budget provvisorio. Eventuali rimodulazioni di budget potranno avvenire, previa comunicazione alla Regione, entro il termine massimo del 30 novembre 2016, tenendo conto che: 1. i soggetti gestori possono segnalare le esigenze in termini di rimodulazione del budget alla ATS competente entro e non oltre il 31 ottobre; 2. possono essere effettuate compensazioni di budget anche afferenti a diverse tipologie di unità di offerta, nell'ambito delle assegnazioni complessive definite con decreto regionale; 3. non possono prevedere risorse aggiuntive; 4. eventuali spostamenti di budget tra unità di offerta, finalizzati alla rimodulazione, non sono storicizzabili, ma legati esclusivamente all'andamento contingente della produzione dell'anno. Tale indicazione deve essere esplicitamente riportata nella scheda di budget di nuova sottoscrizione.

3.2. REVISIONI TARIFFARIE

3.3. INDIRIZZI PER I CONTROLLI NELLA FASE DI AVVIO DELL'AGENZIA DEI CONTROLLI

Le ATS esercitano le funzioni di vigilanza e controllo sulle unità d'offerta sociosanitarie previste dall'art.10 del d.lgs. 502/1992 e dalla normativa regionale vigente (le leggi regionali 12 marzo 2008, n. 3, Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario e 30 dicembre 2009, n. 33, Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità, così come modificata e integrata dalla legge regionale 11 agosto 2015, n. 23 oltre che dagli specifici provvedimenti attuativi della programmazione regionale. Con l'istituzione della Agenzia di controllo del sistema sociosanitario lombardo, prevista dall'art. 11 della legge regionale 11 agosto 2015 n. 23, le strutture delle ATS preposte ai controlli dei soggetti erogatori sono, esclusivamente per l'esercizio di tale attività, funzionalmente collegate all'Agenzia, che ne coordina l'attività. La funzione di vigilanza si svolge attraverso attività volte alla verifica del possesso e del mantenimento nel tempo dei requisiti generali e specifici, di esercizio e di accreditamento, che comprendono i requisiti soggettivi, organizzativi e gestionali, strutturali e tecnologici.

3.3.3. PIANO ANNUALE DI VIGILANZA E CONTROLLO UNITÀ D'OFFERTA SOCIO SANITARIE

La funzione di controllo si svolge attraverso attività di verifica dell'appropriata erogazione delle prestazioni e della loro corretta rendicontazione, con riferimento all'assistenza diretta al singolo utente secondo le modalità previste dalla D.G.R. 8 maggio 2014, n. 1765 "Il sistema dei controlli in ambito socio sanitario: definizione degli indicatori di appropriatezza". È compito delle ATS effettuare i controlli sul rispetto dell'adempimento degli obblighi contrattuali dei soggetti gestori. Le funzioni di vigilanza e controllo si esercitano sui soggetti gestori e sulle unità d'offerta della rete sociosanitaria e in tutte le eventuali situazioni ove, per la tipologia di utenza e per i servizi offerti, si presuppone vengano svolte attività sociosanitarie in assenza di corretta abilitazione all'esercizio. Il sistema dei controlli concorre a promuovere l'efficacia, l'efficienza, la qualità, l'appropriatezza e l'economicità delle prestazioni e dei servizi erogati ed è orientato a dare la certezza ai propri cittadini fragili e alle loro famiglie che una costante vigilanza ed un attento monitoraggio non solo sono essenziali per verificare che la qualità dei servizi sia conforme alle regole definite, ma sono anche utili per monitorare la relazione tra la domanda, nelle sue molteplici manifestazioni, e la rete delle unità d'offerta così come oggi è configurata. La programmazione delle attività di vigilanza e controllo delle ATS è definita annualmente nel Piano di vigilanza e controllo, atto programmatico territoriale a rilevante valenza strategica, che costituisce lo strumento fondamentale a disposizione delle ATS per declinare in concreto le azioni che verranno perseguite, in corso d'anno, nei seguenti ambiti di intervento: • vigilanza sulle unità d'offerta sociosanitarie e sociali pubbliche e private, indipendentemente dallo

status erogativo (abilitate all'esercizio, accreditate, contrattualizzate); • vigilanza sulle unità d'offerta sociosanitarie innovative, anche a carattere sperimentale, promosse dalla Regione; • valutazione e monitoraggio sulla qualità delle prestazioni sociosanitarie erogate ai cittadini; • controllo della correttezza dei flussi di rendicontazione delle prestazioni erogate; • controllo dell'appropriatezza delle prestazioni erogate, attraverso l'esame della documentazione sociosanitaria, che comprende sia la verifica delle caratteristiche cliniche e psico-sociali del bisogno che determina l'accesso al sistema sociosanitario sia la coerenza tra i bisogni della persona e le prestazioni assicurate; • verifica dell'efficiente ed efficace utilizzo delle risorse allocate e disponibili. Gli indirizzi generali cui attenersi nella stesura dei Piani di vigilanza e controllo 2016 delle ATS sono individuati nei seguenti: • centralità della persona: porre al centro dell'attività di vigilanza e controllo sulle unità di offerta della rete sociosanitaria il benessere degli utenti dei servizi e delle loro famiglie;

Fino a diversa indicazione, nelle more del passaggio delle funzioni all'Agenzia di controllo del servizio sociosanitario lombardo, la Direzione Generale Welfare mantiene funzioni di indirizzo e di coordinamento delle attività di vigilanza e controllo in ambito sociosanitario svolte dalle ATS. Pertanto, si forniscono le seguenti indicazioni operative: • il Piano di vigilanza e controllo deve essere trasmesso alla Direzione Generale Welfare, entro il 31 gennaio 2016 con specifico atto deliberativo del Direttore Generale ATS, così come disposto dalla D.G.R. n. 2569/14; • entro il 31 marzo 2016, la Direzione Generale Welfare procede a verificare la coerenza del Piano di ciascuna ATS con le indicazioni fornite nel presente atto e a richiedere le eventuali modifiche e/o integrazioni; • l'attività di vigilanza e controllo svolta dalle ATS in attuazione del Piano continua ad essere oggetto di rendicontazione alla Direzione Generale Welfare attraverso le schede di monitoraggio semestrale. Parimenti, il Nucleo professionale con competenze in materia di controlli di vigilanza e di appropriatezza costituito con DDG n. 5114 del 16/06/2014 prosegue l'attività presso la Direzione Generale Welfare, con i seguenti compiti, che potranno essere perfezionati ed integrati nel corso dell'anno, anche alla luce dell'avvio delle attività della Agenzia di controllo del SSL: • accompagnamento delle ATS nell'applicazione omogenea delle indicazioni regionali in materia di accreditamento, vigilanza e controllo; • supporto per il monitoraggio delle attività di vigilanza e controllo svolto dalle ATS; • supporto e revisione critica dei requisiti di accreditamento.

CONTENUTO DEI PIANI DI VIGILANZA E CONTROLLO 2016 DELLE ATS SULLE UNITÀ DI OFFERTA SOCIO SANITARIE E SOCIALI Descrizione del contesto territoriale, dell'attività svolta nell'anno 2015 e della struttura aziendale di vigilanza e controllo La prima parte dei Piani di vigilanza e controllo 2016 delle ATS deve focalizzarsi sull'analisi del contesto territoriale con riferimento alla rete delle unità di offerta sociosanitarie presenti alla data del 01 gennaio 2016 e sull'analisi dell'esito dell'attività di vigilanza e controllo esercitata nel 2015. Con la separazione delle funzioni di programmazione, acquisto e controllo dalle funzioni di erogazione prevista con la legge 11 agosto 2015, n. 23 attraverso la costituzione delle ATS e delle ASST, è superata la necessità di vigilanza e controlli incrociati e ciascuna ATS ha competenza su tutte le unità d'offerta del proprio ambito territoriale. Ai servizi vigilanza e controllo deve essere garantito l'accesso ai dati oggetto di rendicontazione da parte delle unità di offerta della rete sociosanitaria, al fine di poter elaborare indicatori utili al campionamento

delle strutture e dei fascicoli oggetto di vigilanza e controllo, nonché, più in generale, procedere alla creazione di reportistica di analisi idonea a supportare l'esercizio della loro attività. Nella prima parte del Piano dovranno essere, inoltre, esplicitati: 1. la descrizione dell'articolazione organizzativa che l'ATS ha adottato a garanzia delle attività di vigilanza e controllo sulla rete sociosanitaria; 2. la dotazione di personale adibito alle funzioni di vigilanza e controllo (con l'elenco degli operatori, delle relative qualifiche e dei rapporti contrattuali in essere) e l'eventuale programma di acquisizione di nuovi operatori, anche attraverso l'utilizzo del contributo regionale per la vigilanza sulla rete ASSI; 3. le modalità con cui è previsto, nei piani di formazione aziendale, uno specifico percorso formativo a favore degli operatori preposti all'esercizio della vigilanza e del controllo sulle strutture sociosanitarie finalizzato allo sviluppo di una specifica competenza professionale che

ricomprensione anche la gestione informatizzata delle attività di controllo; 4. la dotazione di strumenti informatici funzionali a supportare l'attività degli operatori dei servizi di vigilanza e controllo e l'eventuale previsione di ampliamento anche attraverso l'utilizzo del contributo regionale per la vigilanza sulla rete ASSI; 5. la puntuale rendicontazione economica relativa all'anno 2015 dell'utilizzo delle risorse attribuite alle ASL attraverso il contributo regionale per la vigilanza sulla rete ASSI; Pianificazione attività 2016 La pianificazione per l'anno 2016 è volta a completare il programma biennale di verifica delle unità d'offerta sociosanitarie avviato nel 2015 e, pertanto, ne conserva i criteri generali di elaborazione, pur modificando alcuni aspetti applicativi in ottemperanza alle disposizioni della legge regionale 11 agosto 2015, n. 23 e alle evidenze raccolte con il monitoraggio degli esiti della vigilanza nell'anno 2014. Attività di verifica dei requisiti connessa alla presentazione di SCIA e istanza di accreditamento Verifica dei requisiti soggettivi: in attuazione a quanto previsto dall'allegato 1 alla D.G.R. n. 2569/14 le ATS devono garantire le verifiche di legge delle autocertificazioni/dichiarazioni sostitutive prodotte in relazione alle SCIA e alle istanze di accreditamento, mediante richiesta alle pubbliche amministrazioni certificanti degli stati/fatti/qualità oggetto di autocertificazione secondo le modalità definite dal DPR 445/2000 s.m.i. Verifica dei requisiti organizzativi e gestionali e requisiti strutturali e tecnologici: le ATS devono garantire le verifiche sul possesso dei requisiti di esercizio e di accreditamento nel 100% delle SCIA e delle istanze di accreditamento presentate. Le verifiche devono essere effettuate tramite analisi documentale e visita in loco ed esitare in una precisa e puntuale attestazione del possesso di ogni singolo requisito. Ai fini dell'esercizio dell'attività di verifica del possesso dei requisiti si richiede che nel Piano sia data evidenza di una programmazione per quanto possibile integrata per i sopralluoghi atti alla verifica delle SCIA e delle istanze di accreditamento, da parte dei diversi competenti uffici della ATS (ad esempio servizi del dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria). A conclusione delle istanze di accreditamento, in caso di esito favorevole delle verifiche effettuate, le ATS provvedono all'adozione del provvedimento conclusivo di accreditamento, con contestuale richiesta alla Regione di inserimento nell'elenco delle unità d'offerta sociosanitarie accreditate. Attività di vigilanza sul mantenimento dei requisiti strutturali e tecnologici Al fine di completare il controllo biennale delle unità d'offerta della rete sociosanitaria, la programmazione per l'anno 2016 dovrà garantire le verifiche del mantenimento dei requisiti strutturali e tecnologici su almeno il 50% delle unità di offerta in esercizio presenti sui rispettivi territori delle ATS, individuate in modo da comprendere tutte le unità d'offerta non sottoposte a verifica dei requisiti strutturali e tecnologici nel 2015. Devono, inoltre, essere programmati ulteriori controlli nelle unità d'offerta in cui siano state riscontrate criticità (con l'emissione di prescrizioni, diffide, sanzioni ecc.) nel corso dell'anno 2015. Deve essere prevista la verifica, anche tramite visite ispettive, almeno ogni sei mesi nel 100% delle strutture interessate da Piani Programma, al fine di monitorare lo stato di avanzamento dei lavori ed il mantenimento degli standard di sicurezza. Per le unità d'offerta con sedi di erogazione secondarie, devono essere verificate tutte le sedi secondarie delle unità d'offerta campionate. Le visite di vigilanza sul mantenimento dei requisiti strutturali si effettuano senza preavviso. Attività di vigilanza sul mantenimento dei requisiti soggettivi di esercizio e accreditamento In attuazione a quanto previsto dall'allegato 1 alla D.G.R. n. 2569/14, le ATS devono effettuare le verifiche di legge delle autocertificazioni/dichiarazioni sostitutive di certificazione che i soggetti individuati dalla stessa D.G.R. sono tenuti a presentare entro il mese di gennaio di ciascun anno e, in caso di nuove nomine, entro un mese dalla nomina. Attività di vigilanza sul mantenimento dei requisiti gestionali e organizzativi, generali e specifici, di esercizio e accreditamento Al fine di completare il controllo biennale delle unità d'offerta della rete sociosanitaria, la programmazione per l'anno 2016 dovrà garantire le verifiche del mantenimento dei requisiti organizzativi e gestionali su almeno il 50% delle unità di offerta in esercizio presenti sui rispettivi territori delle ATS, individuate in modo da comprendere tutte le unità d'offerta non sottoposte a verifica dei requisiti gestionali e organizzativi nel 2015. Devono, inoltre, essere programmati ulteriori controlli nelle unità d'offerta in cui siano state riscontrate criticità (con l'emissione di prescrizioni, diffide, sanzioni ecc.) nel corso dell'anno 2015. Le visite di vigilanza sul mantenimento dei requisiti organizzativi e gestionali

si effettuano senza preavviso. Attività di controllo sull'appropriatezza delle prestazioni erogate Per il controlli sull'appropriatezza delle prestazioni, sono confermati sia il sistema degli indicatori di appropriatezza assistenziale previsto dalla D.G.R. n. 1765/14, sia il relativo metodo di rilevazione costituito dalle check-list regionali di verifica. Al fine di completare il controllo biennale delle unità d'offerta della rete sociosanitaria, la programmazione per l'anno 2016 dovrà garantire il controllo sull'appropriatezza delle prestazioni erogate su almeno il 50% delle unità di offerta in esercizio presenti sui rispettivi territori delle ATS, individuate in modo da comprendere tutte le unità d'offerta non sottoposte a controlli sull'appropriatezza nel 2015 e da assicurare la trasversalità rispetto a tutte le tipologie di unità d'offerta. Devono, inoltre, essere programmati ulteriori controlli nelle unità d'offerta in cui siano state riscontrate criticità (con l'emissione di prescrizioni, diffide, sanzioni ecc.) nel corso dell'anno 2015.

Per le unità d'offerta individuate secondo i criteri di cui sopra, nel 2016 deve essere garantito il controllo di appropriatezza sulle seguenti percentuali di fascicoli: • prestazioni erogate in regime residenziali e semiresidenziali: è soggetto a controlli almeno il 15% dei fascicoli, calcolato sul numero di utenti rendicontati nel 2015. Il campione dei fascicoli da sottoporre a controllo potrà riguardare utenti in carico nel 2015 e/o nel 2016: - al fine di garantire la verifica di un congruo numero di fascicoli per ciascuna unità d'offerta controllata, per le prestazioni erogate in regime residenziale e semiresidenziale da RSD, CDD e CSS, la percentuale è aumentata al 30% dei fascicoli, calcolato sul numero di utenti rendicontati nel 2015. Il campione dei fascicoli da sottoporre a controllo potrà riguardare utenti in carico nel 2015 e/o nel 2016; - al fine di garantire la verifica di un congruo numero di fascicoli per ciascuna unità d'offerta controllata, per le prestazioni erogate in regime residenziale e semiresidenziale dalle strutture di Cure Intermedie, la percentuale è ridotta al 10% dei fascicoli, calcolato sul numero di utenti rendicontati nel 2015. Il campione dei fascicoli da sottoporre a controllo potrà riguardare utenti in carico nel 2015 e/o nel 2016; • prestazioni erogate in regime ambulatoriale e domiciliare: è soggetto a controlli il 5% dei fascicoli, calcolato sul numero di utenti rendicontati nel 2015. Il campione dei fascicoli da sottoporre a controllo potrà riguardare utenti in carico nel 2015 e/o nel 2016: - al fine di garantire la verifica di un numero omogeneo di fascicoli per ciascuna unità d'offerta controllata, per i Consultori Familiari, è soggetto a controlli il 5% dei fascicoli, calcolato sul numero di nuovi utenti che abbiano ricevuto prestazioni sociosanitarie ad alta integrazione nell'anno 2015. Il campione dei fascicoli da sottoporre a controllo riguarda nuovi utenti che abbiano ricevuto prestazioni sociosanitarie ad alta integrazione nel 2015 e/o nel 2016; - al fine di garantire la verifica di un numero omogeneo di fascicoli per ciascuna unità d'offerta controllata, per le prestazioni erogate in regime ambulatoriale e domiciliare dalla strutture di riabilitazione è soggetto a controlli il 3% dei fascicoli, calcolato sul numero di utenti rendicontati nel 2015. Il campione dei fascicoli da sottoporre a controllo potrà riguardare utenti in carico nel 2015 e/o nel 2016. Per tutte le tipologie di unità d'offerta, fatti salvi i casi in cui il numero dei fascicoli oggetto di campionamento sia inferiore a 30 e i casi in cui vi siano motivate ragioni, la percentuale di fascicoli soggetti a controllo per ciascuna unità d'offerta non può di norma superare il 50% dei fascicoli, calcolato sul numero di utenti rendicontati nel 2015. Il campionamento dei fascicoli è effettuato sia in modo casuale, che mirato, riportando nel Piano le rispettive proporzioni e gli indicatori prescelti per la definizione della casistica mirata. I controlli dovranno essere eseguiti da personale assegnato ai servizi preposti all'attività di vigilanza e controllo. Fatti salvi i casi in cui sia necessario, per motivate ragioni, l'esecuzione di visite senza preavviso, i controlli di appropriatezza sono effettuati con preavviso all'ente gestore nella giornata lavorativa antecedente la visita. Il preavviso è finalizzato a permettere all'ente gestore di organizzare le presenze di personale in modo da minimizzare l'impatto dell'attività di controllo sull'erogazione dei servizi all'utenza e deve limitarsi a comunicare l'unità d'offerta oggetto di controllo, senza dare informazioni sui fascicoli campionati per il controllo.

Fatti salvi i casi in cui sia necessario per motivate ragioni l'esecuzione di verifiche presso la ATS, i controlli di appropriatezza sono effettuati con visita all'interno della unità d'offerta, al fine di verificare direttamente lo svolgimento delle attività e dell'assistenza agli utenti e per cogliere tutti

gli elementi capaci di meglio orientare l'attività del controllo di appropriatezza contestualizzandolo all'interno dell'effettivo operare della struttura. Nel corso della visita all'interno degli spazi della struttura gli operatori della ATS possono procedere ad individuare altri utenti per il controllo di appropriatezza, facendosi consegnare dai responsabili presenti i relativi fascicoli. In ogni caso, nel corso delle visite di controllo presso le unità d'offerta, le equipe di vigilanza possono chiedere di accedere anche a ulteriori fascicoli rispetto a quelli campionati. Per quanto riguarda i controlli di appropriatezza delle prestazioni erogate in regime di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), occorre tenere presente la peculiarità del percorso per l'accesso a questa unità d'offerta così come definito dal paragrafo 6 dell'Allegato 3 alla D.G.R. n. 2569/14 in merito ai controlli in itinere ed ex post. In caso di incoerenze emerse dall'analisi documentale, gli operatori dell'ATS possono decidere di approfondire, con la persona assistita o con i suoi familiari, l'appropriatezza delle modalità di valutazione dei bisogni e di erogazione delle prestazioni rispetto al progetto individuale e dal programma/piano assistenziale personalizzato predisposto dall'équipe della struttura. I soggetti gestori possono attivare procedure di autocontrollo, al fine di monitorare i propri processi assistenziali e migliorare la qualità delle prestazioni. L'autocontrollo effettuato dai gestori non rientra nel computo delle percentuali di verifica in capo alle ATS. Attività di vigilanza e controllo sulle sperimentazioni di unità d'offerta innovative e le misure applicative della D.G.R. 116/2013 I Piani di vigilanza e controllo devono prevedere anche le verifiche sulle sperimentazioni di unità d'offerta innovative, approvate dalla regione e il controllo sulle misure applicative della D.G.R. 116/2013. Per le modalità e le percentuali di verifica si applicano le regole previste per le altre unità d'offerta. I requisiti e gli standard sono quelli specifici definiti per la sperimentazione o la misura verificata. Attività di vigilanza sulla rete delle unità d'offerta sociali Le ATS mantengono le funzioni di vigilanza e controllo anche sulle unità d'offerta della rete sociale, secondo i principi e le regole stabiliti dalla L.R n. 3/2008 e in accordo con le indicazioni della competente Direzione generale Reddito di autonomia e inclusione sociale. Le ATS dovranno garantire le verifiche sul 100% delle Comunicazioni Preventive di Esercizio pervenute. Al fine di attuare il principio per il quale la periodicità dei controlli deve essere assicurata almeno ogni due anni, la programmazione 2016 dovrà garantire la verifica sulle restanti unità di offerta, non vigilate nel 2015, a carattere non temporaneo in esercizio presenti sui rispettivi territori, con particolare attenzione all'area minori e prima infanzia. Tutte le attività di coordinamento, approvazione e verifica in capo alla Direzione Generale Welfare, saranno svolte in accordo con la Direzione Generale Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale per le specifiche parti di competenza.

4.3. AREA AMBULATORIALE

4.3.1. AREA DI GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA In ordine alle modalità di governo delle liste e dei tempi di attesa per l'anno 2016, nelle more dell'emanazione di indicazioni specifiche conseguenti ai disposti della Legge Regionale 11 agosto 2015 , n. 23 *“Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)”* anche in materia di definizione delle costituenti Agenzie di tutela della salute (ATS) e delle Aziende socio-sanitarie territoriali (ASST) nonché in attesa dell'approvazione del nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA), dovrà essere considerata prioritaria, l'attuazione delle disposizioni progressivamente introdotte

dalla Giunta Regionale con le Regole di Sistema annuali, così come raccolte e sistematizzate dalla D.G.R. n. IX/2734 del 22.12.2011 *“Testo unico delle regole di gestione del sistema sociosanitario regionale”*, nonché come espresse dalle successive deliberazioni per gli anni di Esercizio 2012, 2013, richiamandosi in particolare ai disposti delle DD.G.R. X/2989/2014 e X/3993/2015. Si ribadisce, in particolare, l'obbligo da parte del Medico prescrittore ad indicare sulla richiesta, la classe di priorità, ovviamente attribuita sulla base dell'esigenza clinica, secondo le modalità individuate dalla D.G.R. X/3993/2015. Si conferma infine l'indicazione alla prosecuzione, da parte delle ATS, delle attività di implementazione e approfondimento degli studi orientati alla realizzazione di strumenti per il controllo e l'inibizione dei comportamenti prescrittivi inappropriati

mediante l'istituzione, in collaborazione con i competenti uffici regionali, di gruppi di esperti volti alla produzione di indicazioni utili all'omogeneizzazione delle modalità di comportamento in ordine all'utilizzo della priorità "U" (Bollino Verde). Nei Piani Aziendali di Governo dei Tempi di Attesa dovranno essere ricomprese anche le prestazioni di screening mammografico (il tempo di attesa tra positività della mammografia e primo approfondimento) e screening del colon retto (il tempo di attesa tra positività della test del sangue occulto delle feci e prima colonscopia di approfondimento).

4.3.2. AREA DI GOVERNO DELLA CUSTOMER SATISFACTION Nelle more dell'emanazione di indicazioni specifiche conseguenti ai disposti della Legge Regionale 11 agosto 2015, n. 23 *“Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)”* anche in materia di definizione delle costituende Agenzie di tutela della salute (ATS) e delle Aziende socio-sanitarie territoriali (ASST), in materia di governo della customer satisfaction, dovrà essere considerata prioritaria, per l'anno 2016, l'attuazione delle disposizioni progressivamente introdotte dalla Giunta Regionale con le Regole di Sistema annuali, così come raccolte e sistematizzate dalla D.G.R. n. IX/2734 del 22.12.2011 *“Testo unico delle regole di gestione del sistema sociosanitario regionale”*, nonché come espresse dalle successive deliberazioni per gli anni di Esercizio 2012, 2013, richiamandosi in particolare ai disposti delle DD.G.R. X/2989/2014 e X/3993/2015. In particolare si conferma, parallelamente alla raccolta dei consueti flussi relativi alla qualità del servizio sanitario percepita dal cittadino, la raccolta dei questionari di gradimento dei servizi di assistenza specialistica territoriale presso le strutture erogatrici nelle more di ulteriori indicazioni in merito alla sistematizzazione dell'intero flusso di customer satisfaction all'interno del Sistema regionale.

AZIONI E MISURE INNOVATIVE DELL'AREA SOCIO SANITARIA INTEGRATA In una visione di sistema che mette al centro la dimensione territoriale degli interventi, il tema della grave e gravissima disabilità in età evolutiva, che in larga misura è d'interesse dell'area della Neuropsichiatria infantile, è paradigmatico nella più generale ricostruzione del sistema complessivo di risposte nell'ambito della salute pubblica così come coniugato nella L.R. 23/2015. Al fine di consentire il realizzarsi di quanto sopra e in relazione alla omogeneizzazione degli interventi assicurati sia dai servizi di neuropsichiatria infantile sia dalla rete delle unità d'offerta sociosanitarie, come esito di una reale integrazione e un superamento dell'attuale sistema che vede la presenza di attività clinico diagnostiche e di riabilitazione sanitarie e sociosanitaria nell'età evolutiva, in relazione alle misure di cui alla D.G.R. 116/2013 e le azioni innovative sperimentate negli anni scorsi, si definisce quanto segue: • per quanto riguarda la specifica funzione relativa all'azione innovativa **“Riabilitazione minori”**: si definisce la prosecuzione dell'azione dei volumi di attività assicurati, nell'ambito di tale funzione nel quarto trimestre 2015, e relativi oneri economici da parte dei gestori delle attività di cui alla D.G.R. 1185/2013 fino al riordino della materia da effettuarsi entro l'anno 2016; • per quanto riguarda la specifica funzione relativa all'azione innovativa di **“case management”**: dato atto che tale azione è da intendersi come la funzione che si attiva in sede di valutazione multidimensionale per le persone con bisogni complessi e dato altresì atto che tale misura non contempla l'erogazione di prestazioni riabilitative/abilitative si definisce, anche sulla base degli esiti del monitoraggio condotto sulle attività 2014 e 2015, la prosecuzione della stessa precisando che le principali attività riconducibili a questa funzione sono: informazione/orientamento/accompagnamento della persona e della famiglia, attraverso una figura stabile di riferimento; raccordo e coordinamento dei diversi attori del sistema dei servizi e consulenza agli operatori delle agenzie educative della prima infanzia, della scuola e della rete dei servizi territoriali sociali e sociosanitari; sostegno alle relazioni familiari ivi compreso una specifica consulenza alla famiglia.

In tale contesto dovrà essere garantita una forte azione di governance orientata alla salvaguardia dei diritti di fragilità, all'appropriatezza degli interventi e alla sostenibilità del sistema. Le risorse destinabili per l'anno 2016 per le funzioni di cui sopra sono pari a euro 7.500.000, di cui euro

6.000.000 per la “riabilitazione minori” e euro 1.500.000 per il “case management”, già nella disponibilità dei bilanci delle ex ASL. Relativamente alla misura “**Residenzialità rivolta a minori con gravissima disabilità**”, valutata la specifica rilevanza che tale misura riveste in termini di sostegno alle famiglie e/o di protezione nei confronti dei minori con gravissime disabilità, prosegue secondo le indicazioni contenute nella D.G.R. 2942/2014 in termini sia di profili di fragilità sia di relativi requisiti assistenziali e valorizzazione dei voucher. Alla luce dei dati di monitoraggio si ritiene di definire un onere complessivo, su base annua, pari a euro 1.300.000. Relativamente alla misura “**Minori vittime di abuso o maltrattamento**” l’analisi dei dati ha evidenziato la necessità di una sostanziale ridefinizione della misura, alla luce sia del DPCM 14 febbraio 2001 sia del successivo DPCM 29 novembre 2001, relativo ai Livelli essenziali di Assistenza che, esplicitamente, prevedono: • nel caso della protezione “del minore in stato di abbandono e tutela della sua crescita” prestazioni medico-specialistiche, psicoterapiche e di indagini diagnostiche sui minori e sulle famiglie adottive ed affidatarie a totale carico del SSN; • nel caso di interventi di “prevenzione, assistenza e recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abusi” a totale carico del SSN. Le modalità d’intervento coerenti con quanto sopra detto, decorreranno dal 1 giugno 2016 al fine di consentire la puntuale declinazione dei criteri di individuazione dell’utenza e le modalità di erogazione dei diversi interventi. Fino a tale data proseguono le misure in essere. Alla luce dei dati di monitoraggio si ritiene di definire un onere complessivo, su base annua, pari a euro 17.000.000. Resta da approfondire in tale area il tema posto dai dati di monitoraggio sia delle diverse misure delle attività di cui sopra che delle Unità d’offerta. Tali dati evidenziano la necessità di affrontare ed approfondire il tema dei minori/giovani adulti che pur non presentando condizioni tipiche per gli interventi nell’area della Neuropsichiatria/Psichiatria, manifestano condizioni tali da necessitare di risposte di natura educativa e riabilitativa in contesti protetti spesso di tipo residenziale e che oggi risultano accolti nell’Ambito delle Unità d’Offerta residenziali nell’area delle dipendenze o nelle Comunità educative per minori.

4.7. SANITÀ PENITENZIARIA Al fine di evitare soluzioni di continuità nel servizio attualmente erogato, per quanto riguarda le prestazioni sanitarie a favore dei reclusi negli istituti di pena presenti sul territorio lombardo, si conferma fino a nuove indicazioni l’attuale organizzazione, con l’afferenza di ogni istituto/struttura per persone sottoposte a procedimento penale / misura di sicurezza all’ospedale che già ora ne ha la responsabilità.

Area Sociosanitaria: i Consultori Familiari In tale area un tema rilevante assume l’integrazione del Consultorio Familiare e la rete di tali Unità d’Offerta con il complesso delle iniziative indirizzate alla tutela della genitorialità e della presa in carico territoriale delle famiglie fragili e vulnerabili. In tale ambito e sulla base di quanto sopra esposto nelle more dell’aggiornamento della D.G.R. n. 4597/2012, secondo quanto indicato dalla D.G.R. n. 4086/2015, relativamente la descrizione delle prestazioni del vigente tariffario al fine di meglio esplicitare le caratteristiche delle diverse attività che possono essere comprese sotto la denominazione delle singole prestazioni, e in attesa di valutare la consistenza della rete di Unità d’Offerta nelle diverse ASST, si garantisce la prosecuzione delle attività in atto fino al 31 maggio 2016, data entro la quale sarà definito il nuovo provvedimento di aggiornamento della succitata D.G.R. n. 4597/2012. Le risorse destinabili per il periodo sono pari a euro 1.000.000, già nella disponibilità dei bilanci delle ex ASL.

Area Sociosanitaria: i Consultori Familiari In tale area un tema rilevante assume l’integrazione del Consultorio Familiare e la rete di tali Unità d’Offerta con il complesso delle iniziative indirizzate alla tutela della genitorialità e della presa in carico territoriale delle famiglie fragili e vulnerabili. In tale ambito e sulla base di quanto sopra esposto nelle more dell’aggiornamento della D.G.R. n. 4597/2012, secondo quanto indicato dalla D.G.R. n. 4086/2015, relativamente la descrizione delle prestazioni del vigente tariffario al fine di meglio esplicitare le caratteristiche delle diverse attività che possono essere comprese sotto la denominazione delle singole prestazioni, e in attesa di valutare la consistenza della rete di Unità d’Offerta nelle diverse ASST, si garantisce la prosecuzione delle attività in atto fino al 31 maggio 2016, data entro la quale sarà definito il nuovo provvedimento di aggiornamento della succitata D.G.R. n. 4597/2012. Le risorse destinabili per il periodo sono pari a euro 1.000.000, già nella disponibilità dei bilanci delle ex ASL.

4.13. AREA SOCIO SANITARIA INTEGRATA

4.13.1. CURE INTERMEDIE Il Programma Regionale di Sviluppo della X legislatura, approvato con D.C.R. 9 luglio 2013 , n. X/78 che riporta l'obiettivo 206.Soc.13.1, Riorganizzazione della rete di offerta sociosanitaria, aveva previsto di procedere "... allo sviluppo di modelli organizzativi strutturati territoriali per la cronicità, la continuità delle cure, le attività socio assistenziali, attraverso un progressivo riorientamento della rete di assistenza territoriale e delle cure primarie"; Con la D.G.R. n. X/1185/2013, si è avviato il percorso di riordino attraverso l'istituzione della rete delle cure intermedie.

Nel corso del 2015, con la D.G.R. 3383/1015, si sono definiti i profili di cura, il modello assistenziale, le modalità di accesso e presa in carico ed i requisiti sperimentali di esercizio e di accreditamento dell'unità d'offerta cure intermedie, dando avvio ad una prima fase osservazionale della durata di sei mesi. Durante la fase osservazionale le unità d'offerta hanno continuato ad erogare le prestazioni contrattualizzate secondo le previgenti condizioni e modalità attuative, sperimentando nel contempo il nuovo sistema di classificazione dell'utenza nei nuovi profili e rendicontando mensilmente i minutaggi assistenziali erogati per le diverse figure professionali e l'esito della profilazione degli utenti ricoverati. La nuova profilazione prevede quattro profili di cura con crescente complessità assistenziale e intensività clinica, più un quinto profilo specifico per le demenze. L'attribuzione ai diversi profili avviene tramite una scheda unica che contiene gli strumenti di valutazione dei bisogni assistenziali, clinici e di riattivazione e recupero funzionali degli utenti.

4.13.2. SPERIMENTAZIONI DELL'AREA SOCIOSANITARIA La Direzione Generale Welfare si riserva, su motivata istanza dell'ASL (ora ATS) di riferimento, di assumere specifici atti autorizzativi relativamente a iniziative di carattere progettuale, a valenza regionale, che rispondono a specifiche problematiche di elevata fragilità e complessità che non trovano attualmente risposta da parte del sistema d'offerta sociosanitario regionale nel contesto di prima applicazione della l.r. 23/2015. Risorse indicative euro 500.000, già nella disponibilità dei bilanci delle ASL (ora ATS).

4.13.3. VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE NELLE RSA Il rating per le RSA previsto dalla D.G.R. 2989/2014 ha visto realizzarsi nel corso del 2015 un percorso partecipato di condivisione tra Regione Lombardia e Rappresentanze di Enti Gestori che ha portato all'individuazione di 11 indicatori, delle fonti dati e delle modalità di calcolo su cui saranno misurate le RSA lombarde. Si riporta di seguito l'elenco degli 11 indicatori individuati come sopra: 1. Saturazione posti letto 2. Minutaggio assistenziale 3. Mix professionale 4. Performance gestionale 5. Retta 6. Presenza H24 dell'infermiere 7. Qualità dei processi 8. Struttura 9. Formazione 10. Servizi di differenziazione e diversificazione 11. Nuovi profili non richiesti a standard Nel corso del 2016, Regione Lombardia intende proseguire nelle attività di miglioramento della qualità del proprio sistema informativo, elevando l'attendibilità e la significatività dei dati su cui calcolare gli indicatori di rating.

Il rating così definito, viene applicato nel 2016, esclusivamente quale strumento sperimentale volto a verificare il posizionamento della singola unità d'offerta rispetto al complesso delle RSA senza produrre effetti di natura economica sull'assegnazione dei budget agli erogatori, fatto salvo quanto previsto, dal 31/12/2016, dalla D.G.R. 3996/2015 al fine della conferma dei posti attribuiti alle singole RSA, in applicazione dalla stessa D.G.R. e della relativa assegnazione di risorse.

4.13.4. ACCERTAMENTO SANITARIO PER INVALIDITÀ CIVILE, CECITÀ, SORDITÀ, HANDICAP, DISABILITÀ

Premessa

Le persone che richiedono l'accertamento dell'invalidità civile handicap, disabilità, cecità, sordità sono persone particolarmente fragili, occorre pertanto che, nella fase di transizione della legge 23/2015 "evoluzione del Sistema sociosanitario Lombardo" che attribuisce la funzione alle ASST, sia posta un'attenzione specifica alla continuità delle attività in modo da non recare alcun disagio ai cittadini. E' necessario che, lungo tutti i successivi passaggi attraverso i quali si struttureranno le nuove Aziende Sanitarie, non venga comunque pregiudicata l'uniformità nell'erogazione delle

prestazioni sull'intero territorio regionale, per quanto attiene ad accessibilità, tempi di attesa ed interazioni cooperative con le competenti sedi territoriali dell'Istituto Nazionale Previdenza Sociale (INPS). Nell'ottica del coordinamento sopra richiamato deve altresì essere comunque garantito il mantenimento della imprescindibile **unitarietà delle funzioni di "governance"**, attraverso l'adozione di un'ideale articolazione organizzativa dei servizi di medicina legale entro le ASST, atta a conseguire a livello interaziendale il coordinamento tecnico-scientifico e funzionale del complesso delle attività relative al processo invalidità civile/handicap/disabilità/cecità/sordità. Pertanto nelle more dei successivi indirizzi organizzativi (POA), i servizi /uo di medicina legale delle ASST afferenti alla medesima ATS opereranno in stretto coordinamento tra loro e in raccordo con INPS. Esigenze di continuità e uniformità si riscontrano per quanto attiene alla condivisione tra le diverse ASST componenti ciascuna ATS del medesimo programma informatico per la gestione del processo, ed inoltre relativamente alla conservazione dei dati storico-clinici ("cartella informatica medico legale") relativi a ciascun assistito. Vengono, di seguito, delineate le modalità da attuarsi nella fase di transizione e sino a diverse indicazioni regionali. **Convocazione a visita** Come ben noto le richieste di accertamento vengono inoltrate, da parte del cittadino, all'INPS e, attraverso il sistema di cooperazione applicativa, visionate dagli uffici preposti delle attuali ASL che procedono alla chiamata a visita e alla predisposizione dei calendari delle Commissioni medico legali del proprio territorio. Il passaggio dalla dimensione territoriale ASL, prevalentemente su base provinciale, a quello delle ASST, su base prevalentemente sub provinciale, presuppone un aggiornamento delle specifiche tecniche da parte delle software house che lavoreranno in cooperazione applicativa con i sistemi informatici INPS, ciò al fine di consentire una visione delle domande di accertamento di invalidità civile, cecità, sordità, disabilità e handicap riferite ai soli propri cittadini residenti per la successiva convocazione a visita. Trattandosi di uno snodo cruciale per la funzionalità dell'intero "sistema invalidità civile" nelle nuove entità territoriali, sino alla modifica di cui detto precedentemente, le domande di accertamento continueranno pertanto ad essere lette a livello "provinciale" ovvero di ex ASL.

In ragione di ciò e fino a nuova disposizione le convocazioni a visita, e di conseguenza i calendari delle commissioni, saranno effettuate secondo le modalità in essere nell'anno 2015 e per tutti i cittadini del territorio provinciale ovvero ex - ASL . I calendari delle commissioni saranno assunti come propri da ciascuna ASST competente per territorio e in cui la struttura del Servizio di Medicina Legale garantirà il governo dell'attività. **Funzionamento delle commissioni** Le commissioni, fatte salve eventuali cessazioni dal servizio, dovranno continuare ad operare nella medesima composizione e con gli stessi medici, operatori sociali e personale amministrativo impiegati per l'attività al 31.12.2015. Qualora parte di detto personale sia stato assegnato, per attribuzione della funzione prevalente, alla ATS i Direttori Generali di ATS e ASST avranno cura che, anche per il tramite di apposite e specifiche convenzioni, le attività di accertamento vengano svolte senza soluzione di continuità. Ai componenti delle commissioni, dipendenti da ASST o ATS, non compete il gettone di presenza che deve continuare ad essere corrisposto al componente rappresentante la categoria, qualora presente.

SANITÀ

ABRUZZO

PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA - 10.12.2015, N. 119 - Attivazione Programma regionale screening neonatale fibrosi cistica - L. 23 dicembre 1993, n. 548 e L.R. del 16.09.1997, n. 102.

Note

Viene inserita la Fibrosi Cistica fra le patologie da sottoporre a screening neonatale, ai sensi e per gli effetti della L. 23 dicembre 1993, n. 548, siccome modificata con L. 23 dicembre 2014, n. 190 e della L.R. n. 102/97;

Viene approvato il documento tecnico “Programma di Screening Neonatale della Fibrosi Cistica” dell’ Agenzia Sanitaria Regionale (allegato 1 – parte integrante e sostanziale al presente atto) con il quale si definiscono gli ambiti e le modalità di attuazione nella Regione Abruzzo del programma di screening neonatale della Fibrosi Cistica;

Vengono definite come segue le modalità di esecuzione dello screening neonatale sulla base delle più recenti linee guida ed evidenze scientifiche:

- a. Dosaggio della Tripsina sullo spot già utilizzato per lo screening neonatale dell’Ipotiroidismo Congenito e della Fenilchetonuria. Tale analisi è affidata al Centro Regionale di Screening istituito presso la Cattedra di Endocrinologia dell’Università di Chieti-Pescara;
- b. Analisi molecolare nei casi risultati positivi all’esame di primo livello delle mutazioni del gene CFTR sui neonati risultati positivi. Tale analisi è affidata al Laboratorio di Genetica Molecolare dell’Università di Chieti-Pescara;
- c. Test del sudore sui neonati che presentano mutazioni del gene CFTR nei due precedenti step. Tale indagine è affidata al Centro Regionale per la cura della Fibrosi Cistica collocato, nelle more dell’eventuale riordino delle attività di Pediatria da effettuarsi ai sensi del Decreto del Commissario ad Acta n. 92/2015, presso la U.O. di Pediatria del P.O. di Atri della ASL di Teramo.

La valorizzazione delle analisi di screening - comprensiva della gestione dati, delle procedure di comunicazione e delle consulenze genetiche e presa in carico sui bambini con risultati positivi - siccome riportata nel documento di cui al punto 2) è la seguente:

- dosaggio di Tripsina: € 11 (diconsi undici) per analisi
- studio molecolare di 56 mutazioni + poliT: € 300 (diconsi trecento) per analisi
- test del sudore: € 10 (diconsi dieci) per analisi;

Segue Allegato

BASILICATA

DGR 3.11.15, n. 1413 - Art. 12 della L.R. n. 5/2015. Indirizzi per la definizione dei tetti di spesa alle strutture private accreditate eroganti prestazioni di assistenza ospedaliera e di specialistica ambulatoriale ex art. 25 della L. n. 833/1978. Con parere della IV Commissione Consiliare Permanente. (BUR n. 54 del 31.12.15)

DGR 1.12.15, n. 1564 - Art. 1, comma 4, della Legge 3 agosto 2007, n. 120 - “Disposizioni in materia di attività libero professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria” come modificato dal D.L. n. 158 del 13.9.2012. Approvazione linee guida per l’esercizio della libera professione intramuraria del personale dipendente della Dirigenza Medica, Veterinaria e del ruolo sanitario delle Aziende del SSR. (BUR n. 54 del 31.12.15)

DGR 22.12.15, n. 1670 - Accordo di programma integrativo per il settore degli investimenti sanitari – approvazione del programma regionale degli investimenti del SSR e dell’articolato contrattuale dell’AdP integrativo, da sottoscrivere tra il Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell’Economia e delle Finanze e la Regione Basilicata. (BUR n. 1 dell’8.1.16)

DGR 22.12.15, n. 1671- Recepimento dell’accordo Stato - Regioni del 25 marzo 2015, Rep. Atti n. 58/CSR, su “Criteri per le visite di verifica dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi dei centri di procreazione medicalmente assistita (PMA), di cui ai decreti legislativi n. 191/2007 e n.

16/2010, e per la formazione e qualificazione dei valutatori addetti alle verifiche". (BUR n. 1 dell'8.1.16)

LAZIO

Decreto del Commissario ad Acta 29 dicembre 2015, n. U00605 - Ripartizione del Fondo Sanitario Regionale ai sensi dell'art. 2 comma 2-sexies lett. d), del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni. (BUR n. 2 del 7.1.16)

Note

Si procede, nelle more del perfezionamento dell'Intesa per il riparto del F.S.N. in Conferenza Stato Regioni per l'anno 2015, alla ripartizione del F.S.R. 2015 come da tabella di seguito riportata (a cui si rinvia)

Viene assicurato il finanziamento delle Aziende Sanitarie Locali per garantire i Livelli Essenziali di Assistenza, ai sensi dell'art. 2 comma 2-sexies lett. d), del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni, secondo i criteri stabiliti in premessa, con le risultanze di cui all'Allegato A) che forma parte integrante del presente provvedimento (a cui si rinvia);

Viene accantonata in favore della G.S.A. una quota del finanziamento indistinto pari ad € 1.200.000.000,00 da ripartire per l'esercizio 2015 tra le aziende sanitarie pubbliche rientranti nel perimetro di consolidamento del S.S.R., nella misura necessaria al conseguimento dell'equilibrio economico nell'esercizio 2015.

Si rimandare a successivi provvedimenti regionali:

- la ripartizione di tale quota nella misura necessaria al conseguimento dell'equilibrio economico delle aziende sanitarie della regione Lazio nell'esercizio 2015;
- la variazione della quota di Fondo sanitario regionale accantonata in favore della GSA per il conseguimento dell'equilibrio economico 2015 in funzione della eventuale differente assegnazione definitiva in sede di formalizzazione dello stanziamento e relativo riparto del Fondo Sanitario Indistinto 2015 a livello nazionale.
- (BUR n. 3 del 12-1-16)

DPGR 31.12.5, n. T00284 - Nomina del Commissario Straordinario dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 2.- (BUR n. 3.1.115)

Note

Viene nominata Commissario Straordinario dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 2, la dott.ssa Flori Degrassi nata a Capodistria (PI) il 28 marzo 1951, a decorrere dal 1 gennaio 2016.

DPGR 31.12.15, n. T00285 - Nomina del Commissario Straordinario dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 1. (BUR n. 3 del 12-1-16)

Note

Viene nominato Commissario Straordinario dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 1, il dott. Angelo Tanese nato a S. Benedetto del Tronto (AP) il 21 luglio 1966, a decorrere dal 1 gennaio 2016.

Decreto del Commissario ad Acta 30 dicembre 2015, n. U00606 - Attuazione dei Programmi Operativi 2013-2015 approvati con il DCA n. U00247/14, come successivamente modificati ed intergrati, tra l'altro, dal DCA n. U00373/15. Istituzione delle AA.SS.LL. "Roma 1" e "Roma 2". Soppressione delle AA.SS.LL. "Roma A", "Roma B", "Roma C" e "Roma E". Ridenominazione delle AA.SS.LL. "Roma D" come "Roma 3", "Roma F" come "Roma 4", "Roma G" come "Roma 5" e "Roma H" come "Roma 6".(BUR n. 3 del 12-1-16)

Note

Viene stabilito, in attuazione di quanto previsto nella Nuova edizione dei Programmi Operativi 2013-2015 per l'attuazione del Piano di Rientro approvata con il DCA n.U00247/14, come successivamente modificata ed integrata, tra l'altro dal DCA n. U00373/15, che:

1. a far data dal 1° gennaio 2016 sono istituite le seguenti AA.SS.LL.:

“Roma 1”, mediante accorpamento della “Roma A” con la “Roma E”, con sede legale provvisoria in Roma, Via Borgo Santo Spirito, 3 – 00193 e con sede operativa provvisoria in Roma, Via Ariosto, 3/9 - 00185;

“Roma 2”, mediante accorpamento della “Roma B” con la “Roma C”, con sede legale provvisoria in Roma, Via F. Meda, 35 e con sede operativa provvisoria in Roma, Via Primo Carnera, 1 - 00142;

2. con successiva deliberazione di Giunta Regionale sarà individuata in via definitiva, ai sensi di quanto previsto dall’articolo 5, comma 3, della legge regionale n. 18/94 e ss.mm.ii., la sede legale delle neo istituite AA.SS.LL. “Roma 1” e “Roma 2”;

3. a far data dal 1° gennaio 2016 sono soppresse ed estinta la relativa personalità giuridica, delle seguenti AA.SS.LL.:

“Roma A”;

“Roma B”;

“Roma C”;

“Roma E”;

4. a far data dal 1° gennaio 2016 le AA.SS.LL. di seguito indicate sono così ridenominate:

“Roma D” come “Roma 3”;

“Roma F” come “Roma 4”;

“Roma G” come “Roma 5”;

“Roma H” come “Roma 6”;

Dal 1° gennaio 2016 le neo istituite AA.SS.LL. “Roma 1” e “Roma 2” subentrano in tutto il patrimonio attivo e passivo ed in ogni rapporto giuridico, anche processuale, facente capo rispettivamente alle preesistenti AA.SS.LL. “Roma A” e “Roma E”, nonché “Roma B” e “Roma C” oggetto di accorpamento;

Dal 1° gennaio 2016 decadono dalle rispettive cariche gli organi aziendali delle AA.SS.LL. “Roma A”, “Roma B”, “Roma C” e “Roma E”, Direttori Generali, Collegi Sindacali e Collegi di direzione, nonché i Direttori Sanitari ed Amministrativi in carica per effetto della soppressione degli Enti sopracitati e gli Organismi Interni di Valutazione che dovranno essere ricostituiti entro il termine previsto dalla normativa vigente;

Entro il termine di quarantacinque giorni dall’istituzione delle AA.SS.LL. “Roma 1” e “Roma 2” si dovrà procedere alla nomina dei nuovi Collegi Sindacali;

Con successivo provvedimento si procederà al commissariamento delle neo istituite AA.SS.LL.

“Roma 1” e “Roma 2” ed alla nomina dei rispettivi Commissari Straordinari per l’espletamento degli adempimenti necessari all’attivazione dei nuovi Enti, con riferimento, tra l’altro, all’espletamento di qualsiasi atto o formalità necessaria affinché le neo istituite AA.SS.LL.

subentrino nella proprietà e titolarità di ogni cespite ed attività patrimoniale dei complessi aziendali delle preesistenti “Roma A”, “Roma B”, “Roma C” e “Roma E”.

I Commissari Straordinari delle neo istituite AA.SS.LL. “Roma 1” e “Roma 2” dovranno procedere all’adozione della proposta di Atto Aziendale entro 60 giorni dall’istituzione delle nuove Aziende ed alla conseguente trasmissione in Regione per la relativa approvazione, che dovrà avvenire entro 60 giorni dal suo ricevimento;

I Commissari Straordinari delle neo istituite AA.SS.LL. “Roma 1” e “Roma 2” assumeranno, altresì, rispettivamente le funzioni di Commissari Liquidatori delle preesistenti AA.SS.LL. “Roma A” e “Roma E”, nonché Roma B” e “Roma C”.

LOMBARDIA

DGR 23.12.15 - n. X/4662 - Indirizzi regionali per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia 2016 - 2018 (BUR n. 1 del 4.1.16)

Note

La Regione Lombardia ha affrontato da tempo il tema della presa in carico dei pazienti con malattie croniche, con vari interventi finalizzati ad adeguare la capacità di risposta del sistema sanitario e sociosanitario al mutato fabbisogno della popolazione.

Il governo della cronicità è un ambito d'intervento prioritario nel Programma regionale di sviluppo (PRS) della X Legislatura (d.c.r.9 luglio 2013 n.X/78), che sottolinea la necessità di ridefinire la rete d'offerta sanitaria e sociosanitaria e di operare un progressivo riorientamento della rete territoriale e delle cure primarie, anche con il coinvolgimento attivo dei medici di medicina generale (MMG), per sviluppare percorsi organizzativi territoriali per la cronicità, la continuità delle cure, le attività sociosanitarie e assistenziali, assegnando alle ASL un ruolo attivo nella programmazione locale e nelle attività di controllo e valutazione dei risultati;

A tale riguardo la la dg welfare ha elaborato uno specifico documento, , concernente gli indirizzi per la presa in carico e la gestione della cronicità e della fragilità nel triennio 2016 - 2018 - allegato A) «*Indirizzi per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia - 2016 - 2018*» parte integrante del presente provvedimento;

Viene approvato il documento «*Indirizzi per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia - 2016- 2018*» concernente gli indirizzi operativi per la presa in carico e la gestione del malato cronico e del paziente fragile nel triennio 2016 - 2018, che forma l'allegato A) parte integrante del presente provvedimento (a cui si rinvia).;

Per la realizzazione degli interventi previsti dal suddetto documento nel triennio 2016/2018, viene previsto un fabbisogno di risorse complessive di 28,4 ml/euro così articolato nelle rispettive annualità:

fino a € 8,8 milioni - esercizio 2016;

fino a € 9,8 milioni - esercizio 2017;

fino a € 9,8 milioni - esercizio 2018.

MARCHE

DGR 15.12.15, n. 1094 - Rischio clinico e sicurezza dei pazienti e delle cure: Approvazione del Sistema Regionale di monitoraggio dei piani di miglioramento aziendali successivi agli eventi sentinella. (BUR n. 117 del 29.12.15)

Note

Viene approvato il Sistema Regionale di monitoraggio dei piani di miglioramento aziendali su eventi sentinella di cui all'allegato a, che forma parte integrante e sostanziale del presente atto (a cui si rinvia).;

NB

Le Aziende Sanitarie del SSR e le Strutture Private accreditate sono tenute ad adottare ed ad attivare entro 6 mesi dall'approvazione del presente atto, il proprio sistema aziendale per il miglioramento successivo agli eventi sentinella, conforme al sistema di cui all'Allegato A del presente atto.

L'Agenzia Regionale Sanitaria della Regione Marche viene incaricata del monitoraggio dei Piani di miglioramento delle Aziende/Strutture di cui sopra.

La spesa derivante dalla attuazione della presente deliberazione è compresa nei limiti del budget annualmente assegnato dalla Regione Marche alle Aziende del SSR.

DGR 15.12.15, n. 1097 - Rischio clinico e sicurezza dei pazienti e delle cure - Approvazione di atto di indirizzo alle Aziende del SSR per la Prevenzione delle cadute di persone assistite. (BUR n. 117 del 29.12.15)

Note

Viene approvato l'atto di indirizzo per le Aziende del Servizio Sanitario Regionale dal titolo il "Piano Regionale di Prevenzione delle Cadute di Persone Assistite" contenuto nell'Allegato A che costituisce parte integrale e sostanziale della presente deliberazione (a cui si rinvia).

NB

Le Aziende del Servizio Sanitario Regionale sono tenute ad adottare l'atto di indirizzo entro sei mesi dall'approvazione del presente atto.

DGR 15.12.15, n. 1098 - Linee di indirizzo in materia di vigilanza sui dispositivi medici, sui dispositivi medici impiantabili attivi e sui dispositivi medico-diagnostici in vitro. (BUR n. 117 del 29.12.15)

Note

Vengono approvate le linee di indirizzo in materia di vigilanza sui dispositivi medici, sui dispositivi medici impiantabili attivi e sui dispositivi medico-diagnostici in vitro, come previsto nell'Allegato A alla presente deliberazione, parte integrante della stessa (a cui si rinvia).

NB

La presente deliberazione costituisce direttiva vincolante per i Direttori Generali degli Enti del SSR ai sensi dell'art. 3, comma 2, della L.R. n. 13/2003.

30293

DGR 15.12.15, n. 1109 - Case di Cura private multispecialistiche accreditate nella Regione Marche. Intesa con Associazione Aiop e singole Case di Cura sugli aspetti attuativi e gestionali dell'Accordo per l'anno 2014 (DGR n. 280/2014) e Accordo per l'anno 2015.(BUR n. 117 del 29.12.15)

Note

Viene approvata e recepita l'intesa per gli aspetti applicativi e gestionali, relativi all'anno 2014, dell'Accordo già approvato con DGR n. 280/2014 ed il nuovo Accordo per l'anno 2015, siglati dal dirigente del Servizio Sanità con l'associazione AIOP e con le singole Case di Cura private multi specialistiche accreditate della Regione Marche, aderenti e non alla stessa associazione, contenuti nell'Allegato A che forma parte sostanziale ed integrante della presente deliberazione (a cui si rinvia).;

NB

I valori indicati nello schema di accordo sono ricompresi nel budget assegnato agli Enti del SSR per l'anno 2014 e per l'anno 2015.

Viene prorogato al 15 marzo 2016, in accordo con tutti i sottoscrittori, il termine per il completamento delle procedure di autorizzazione e di accreditamento coerenti con il nuovo assetto deliberato dalla Giunta regionale (DGR 908/15 rettificata con DGR 940/15) previsto al punto 5 dell'Accordo sulla riorganizzazione delle Case di cura private multi specialistiche approvato con DGR n. 559 del 15.07.2015.

MOLISE

Determinazione Dirigenziale n. 7915 Del 23-12-2015 - Approvazione Catalogo Regionale delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale. (BUR n. 43 del 31.12.15)

IL DIRETTORE DEL SERVIZIO

ATTESO che,

§ con Decreto del Commissario ad Acta n. 8 del 26/02/2015, emanato in esecuzione del Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 2 novembre 2011 e del Decreto Legge 18 ottobre 2012, n. 179, coordinato con la legge di conversione 17 dicembre 2012, n. 221, si è dato avvio al processo di completamento della dematerializzazione della ricetta medica cartacea in Molise;

§ in data 15/10/2015, in occasione di apposito incontro con le Regioni, la Ragioneria Generale dello Stato e Sogei S.p.A. in tema di dematerializzazione della ricetta medica cartacea, di cui al DM 2 novembre 2011, sono state definite specifiche modalità di trasmissione al Sistema Tessera Sanitaria dei Nomenclatori e dei Cataloghi regionali delle prestazioni di specialistica ambulatoriale;

§ conseguentemente, è stato dato mandato alla Società informatica regionale, Molise Dati S.p.A., di realizzare i prescritti servizi di cooperazione applicativa (web-services) necessari a permettere la

trasmissione al Sistema Tessera Sanitaria del Nomenclatore e del Catalogo regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale;

§ con Decreto del Commissario ad Acta n. 31 dell'8/06/2015 si è provveduto ad adottare il nuovo Nomenclatore regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale;

§ con successivo Decreto del Commissario ad Acta n. 51 del 7/08/015 sono state integrate alcune prestazioni specialistiche non ricomprese nel DCA n. 31/2015;

§ conseguentemente, un apposito gruppo di lavoro costituito presso la Direzione Generale per la Salute e composto dal Direttore del Servizio Controllo di Gestione e Flussi Informativi, dal Direttore del Servizio Accreditamento, dal Direttore del Servizio di Specialistica Territoriale, dal Responsabile dell'Area Sanità della Società Molise Dati S.p.A. e dal Referente regionale del Sistema Tessera Sanitaria, ha provveduto ad elaborare il nuovo Catalogo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale della Regione Molise, come risultante dall'allegato 1 al presente provvedimento;

RITENUTO, quindi, di dover approvare, con il presente atto, il nuovo Catalogo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui all'allegato 1 al presente provvedimento, al fine renderlo disponibile sia al Sistema Tessera Sanitaria che alle softwarehouse operanti in Molise;

DETERMINA

- **APPROVARE** il nuovo Catalogo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale della Regione Molise come riportato nell'allegato 1, parte integrante e contestuale del presente provvedimento (a cui si rinvia).

PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE COMMISSARIO AD ACTA PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO DI RIENTRO DAI DISAVANZI DEL SETTORE SANITARIO.

Decreto n. 75 del 26 novembre 2015 - Approvazione dello schema di contratto per l'acquisto di prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera da parte di strutture operanti in regime di accreditamento. (BUR n. 43 del 31.12.15)

Decreto n. 76 del 26 novembre 2015 - Approvazione dello schema di contratto per l'acquisto di prestazioni sanitarie di assistenza specialistica ambulatoriale da parte di strutture operanti in regime di accreditamento. (BUR n. 43 del 31.12.15)

Decreto n. 77 del 26 novembre 2015 - Approvazione dello schema di contratto per l'acquisto di prestazioni sanitarie di chirurgia ambulatoriale da parte di strutture operanti in regime di accreditamento. (BUR n. 43 del 31.12.15)

Decreto n. 78 del 26 novembre 2015 - Approvazione dello schema di contratto per l'acquisto di prestazioni sanitarie di riabilitazione ex art. 26 l. 833/78 da parte di strutture operanti in regime di accreditamento. (BUR n. 43 del 31.12.15)

Decreto n. 79 del 30 novembre 2015 - Definizione dei limiti massimi di finanziamento delle prestazioni sanitarie acquisibili dal Sistema Sanitario Regionale per l'annualità 2015, nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario della Regione Molise. – Provvedimenti. (BUR n. 43 del 31.12.15)

Decreto n. 81 del 10 dicembre 2015 Fascicolo Sanitario Elettronico – approvazione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali e del modulo per la concessione del consenso informato. (BUR n. 43 del 31.12.15)

PIEMONTE

DGR 9.12.15, n. 43-2578 - Piano regionale di interventi straordinari finalizzato a rispondere in modo appropriato ed efficiente alle necessità sanitarie relative alla stagione invernale 2015 - 2016. (BUR n. 1 dell'8.1.15)

Note

Viene ravvisata la necessità di porre in atto, in relazione al prevedibile incremento di ricorso ad interventi sanitari dovuto alla stagione invernale, le azioni necessarie a rispondere in modo sempre più appropriato ed efficiente a tutti i livelli organizzativi delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale.

Le maggiori criticità organizzative e gestionali, per l'attuazione degli interventi sanitari di cui sopra, riguardano la necessità:

- di favorire, superata la fase di acuzie, il rientro al domicilio dei pazienti dimessi dai reparti ospedalieri, anche in presenza di pluripatologie o di fragilità;
- di dimettere i pazienti fragili non autosufficienti, che per difficoltà di inserimento in setting extraospedalieri, rallentano il turnover di pazienti con necessità di ricovero;
- di dare risposte congrue ai bisogni clinico - assistenziali dell'anziano e del soggetto fragile, potenziando i percorsi di continuità assistenziale.

Tali criticità e necessità assumono delle caratteristiche peculiari quando si analizzano in particolare le tipologie di pazienti che accedono al Pronto Soccorso e che vengono successivamente ricoverati, soprattutto nelle discipline di area medica per riacutizzazioni di cronicità in pazienti sempre più anziani con comorbilità e con bisogni sociali derivanti anche dall'incremento dell'indice di deprivazione.

L'area metropolitana, cui appartiene il 50% della popolazione piemontese, presenta in misura significativa a livello ospedaliero le criticità sopra descritte, come si evince dall'analisi degli accessi al Pronto Soccorso in termini di: numero di persone, fascia d'età, tempo di permanenza e tipologia di problematica clinico assistenziale presentata.

Al fine di rispondere in modo sempre più appropriato ed efficiente a tali criticità, si individuano le seguenti azioni:

per Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU), Aziende Ospedaliere (AO) e Presidi Sanitari delle ASL sede di Pronto Soccorso:

o migliorare i percorsi intraospedalieri per il contenimento dei tempi di ricovero, pervenendo alla definizione diagnostico-terapeutica ed alla stabilizzazione dei pazienti, fattore indispensabile alla dimissione;

o garantire modelli organizzativi all'interno dei Presidi Ospedalieri nella gestione dei ricoveri dal Pronto Soccorso, assicurando un più appropriato inserimento dei pazienti nei reparti in base agli esiti della valutazione dei bisogni clinico - assistenziali;

o implementare l'operatività, presso ogni Presidio Ospedaliero, dei Nuclei Ospedalieri di Continuità delle Cure (NOCC), per l'individuazione precoce dei bisogni clinico - assistenziali dei pazienti ricoverati, al fine di programmare con i Nuclei Distrettuali di Continuità delle Cure (NDCC) le modalità di dimissione più appropriate e, se necessario, l'attivazione delle procedure che permettano l'inserimento del paziente in percorsi di continuità assistenziale, con un'articolazione temporale tale da non creare inefficienza del sistema;

o utilizzare strumenti valutativi su tutti i pazienti, ricoverati e anche in Pronto Soccorso, per identificare precocemente i pazienti fragili, a rischio di ospedalizzazione prolungata o di dimissione difficile;

o definire piani organizzativi e gestionali, contingenti alla prevedibile maggior richiesta di ricoveri legata alla stagione invernale, all'interno degli ospedali, siano essi di ASL o AOU o AO, che prevedano soluzioni per implementare posti letto di area medica.

per le ASL:

o potenziare i Nuclei Distrettuali di Continuità delle Cure (NDCC) per l'attivazione tempestiva dei percorsi di continuità assistenziale alternativi al ricovero ospedaliero, omogeneizzando le procedure, la modulistica, potenziando l'integrazione intra-aziendale e comunicando i riferimenti e

le modalità di segnalazione alle Aziende Ospedaliere o Locali confinanti;
 o adottare azioni per facilitare la dimissione verso il domicilio, attraverso progetti mirati a ridurre i tempi di attivazione dell'offerta di Cure Domiciliari durante il ricovero ospedaliero, in post-acuzie e in regime di CAVS;
 o implementazione straordinaria dei posti letto CAVS, rispetto a quelli già utilizzati attraverso la riconversione temporanea dei posti letti di post-acuzie della rete ospedaliera gestione diretta o di posti nelle RSA, nel periodo dal 15 dicembre 2015 al 15 marzo 2016;
 o modulare le risorse della Continuità Assistenziale in base al monitoraggio dei flussi di richiesta di interventi (ex Guardia Medica).

Vengono approvate le azioni previste atte al superamento delle criticità e necessità legate al maggior ricorso di interventi sanitari relativi alla stagione invernale 2015-2016, che prevede, tra l'altro, per il periodo dal 15 dicembre 2015 al 15 marzo 2016 l'attivazione straordinaria e temporanea dei posti letto di sollievo nelle RSA e dei seguenti posti letto in CAVS:

Aziende

Fabbisogno max

individuato di P.L.

CAVS da attivare nel

periodo 15.12.2015 –

15.03.2016

ASL TO 1 80

ASL TO 2 80

ASL TO 3 40

ASL TO 5 20

Piemonte Nord Est* 40

Piemonte Sud Ovest* 25

Piemonte Sud Est* 35

TOTALE 320

* *La ripartizione dei p.l. per ASL sarà effettuata a cura della Direzione Sanità con successivo atto.*

Le Aziende del SSR dovranno attivare le azioni e le disposizioni previste dal presente provvedimento.

Il responsabile della GSA è tenuto a provvedere ad assegnare alle ASL, a seguito delle attività di verifica istruttoria relative all'attuazione svolte dal Settore A1402A – Assistenza Sanitaria e socio-sanitaria territoriale della Direzione regionale sanità, i seguenti importi:

euro 640.000,00, detto importo è relativo alle risorse che dovranno essere ripartite alle ASL in proporzione ai posti letto in CAVS che potranno essere utilizzati straordinariamente nel periodo dal 15 dicembre 2015 al 31 dicembre 2015, entro il limite massimo della programmazione regionale riportata al punto 1) del presente provvedimento;

euro 500.000,00, detto importo è relativo alle risorse che dovranno essere ripartite in quota parte a ciascuna ASL che presenti, entro il 31 dicembre 2015, un progetto di presa in carico dei pazienti che si trovino in condizioni di estrema fragilità.

SICILIA

DASS 2.12.15 - Organizzazione e sviluppo della rete locale di cure palliative. (GURS n. 55 del 31.12.16)

Art. 1

E' approvato l'allegato documento "Organizzazione sviluppo della rete locale di cure palliative", che fa parte integrante del presente decreto.

Le aziende sanitarie della Regione sono tenute ad attenersi al modello organizzativo, assistenziale e di programmazione contenuto nel documento.

Art. 2

È demandato al Dipartimento regionale per le attività sanitarie e osservatorio epidemiologico la verifica ed il monitoraggio dell'applicazione di quanto contenuto nell'allegato documento "Organizzazione e sviluppo della rete locale di cure palliative".

Allegato

DIRETTIVA SULL'ORGANIZZAZIONE E SVILUPPO DELLA RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE

"Tutti noi siamo inevitabilmente compromessi con i bisogni di questi malati"

(definizione OMS - 2015)

1. Premessa

Il presente documento definisce gli indirizzi organizzativi ed operativi della Rete locale di cure palliative (CP) nell'ambito del sistema di governance della Regione siciliana, attraverso elementi distintivi strutturali, qualitativi e quantitativi, al fine garantire il diritto di accesso alle cure palliative in ogni luogo di cura, indipendentemente dall'eziopatogenesi della malattia, dalla razza, dalla cultura, dallo stato sociale e dal luogo di residenza e di migliorare la qualità della vita dei malati che necessitano di cure palliative e dei loro familiari.

Tutte le persone malate ed affette da patologie croniche progressive ed in fase avanzata, con bisogni complessi, possono manifestare la necessità di cure palliative.

Si stima che in base al progressivo e rapido invecchiamento generale della popolazione ed al costante incremento dell'incidenza e prevalenza di condizioni di cronicità complesse, che comportano situazioni cliniche di estrema fragilità e di grave sofferenza, l'accesso alle Cure palliative sia appropriato e necessario per l'1,5% dell'intera popolazione (Gomez-Batiste Xavier - Palliative Medicine 2014; 28 (4) : 302-3011).

Il modello organizzativo ed assistenziale della Rete locale di CP deve, essere modulato in rapporto ai bisogni, desideri e preferenze dei malati e dei loro familiari e deve essere caratterizzato dalla globalità dell'approccio e dall'articolazione delle strutture organizzative specifiche che lo caratterizzano, nel rispetto della sostenibilità da parte del Servizio sanitario regionale e dell'accessibilità al sistema di cura.

In un contesto normativo che richiede una continua rimodulazione delle risorse ed al contempo la realizzazione di percorsi assistenziali di qualità, che non possono prescindere dall'attenzione al bisogno sociale e dalla sostenibilità dei costi, diventa necessaria la definizione di criteri e modelli assistenziali strutturati per intensità di cura ed appropriatezza anche nell'ambito della Rete di cure palliative.

L'organizzazione di modelli integrati di cura e di assistenza, con l'indicazione precisa a sviluppare Reti regionali e locali di CP è stata definita con chiarezza dalla Legge 38/2010 e dai successivi decreti attuativi, approvati in conferenza Stato-Regioni ed in particolare dall'Intesa Stato Regioni del 25 luglio 2012. La normativa nazionale pone specifica attenzione al sistema di accreditamento che prevede l'integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale, il potenziamento dei rapporti tra le equipe operanti a livello ospedaliero e territoriale, l'attivazione di nuovi percorsi formativi. È previsto inoltre, a garanzia della reale operatività della Rete locale di CP, che essa sia coordinata da una struttura organizzativa, composta da figure professionali con specifica competenza ed esperienza con compiti di integrazione e di *governante* fra tutti i soggetti che erogano cure palliative nei diversi setting assistenziali o "nodi" della Rete (ospedale, domicilio ed *hospice*), al fine di garantire la continuità delle cure.

La diffusione di un modello culturale ed organizzativo condiviso è indispensabile pertanto per facilitare, attraverso adeguati programmi di formazione e di comunicazione, l'attuazione del modello assistenziale più efficace da parte di tutti gli operatori della Rete.

2. Definizioni

Cure palliative: l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici ed assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, erogati da un'equipe multidisciplinare e finalizzati alla cura attiva e totale di pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e

da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici (art. 2 comma 1a legge n. 38/2010).

Cure di fine vita: sono parte integrante delle cure palliative e si riferiscono alle cure dell'ultima fase della vita caratterizzata da segni e sintomi specifici, il cui pronto riconoscimento permette di impostare quei cambiamenti che sono necessari per riuscire a garantire ai malati una buona qualità del morire ed ai familiari che li assistono una buona qualità di vita, prima e dopo il decesso del loro caro. Le cure di fine vita si caratterizzano per una rimodulazione dei trattamenti e degli interventi assistenziali in rapporto ai nuovi obiettivi di cura.

Approccio palliativo: inteso come “prevenzione, identificazione, valutazione e trattamento dei sintomi fisici, funzionali e dei problemi psicologici, sociali e spirituali del malato, durante tutto il decorso della malattia e lungo le tre principali traiettorie di malattia (cancro, insufficienza d'organo, malattie degenerative)”. Esso ha l'obiettivo di garantire la migliore qualità di vita fino alla morte, salvaguardare la dignità della persona malata ed apportare un adeguato sostegno alla sua famiglia.

Malato: persona affetta da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono

inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita (Def. Legge n. 38/2010).

Rete locale di cure palliative: aggregazione funzionale ed integrata delle attività di cure palliative erogate in ospedale (con attività di consulenza nei reparti e negli ambulatori), in *hospice*, a domicilio (cure domiciliari di base e specialistiche) ed in altre strutture residenziali. Tale modello di Rete, coordinato da una struttura organizzativa di cure palliative con compiti di coordinamento che ne garantisce una reale operatività, si sviluppa in ambito provinciale e soddisfa specifici requisiti di legge (Rif. legge n. 38/2010 ed Intesa Stato Regioni 25 luglio 2012).

Unità operativa di cure palliative (UOCP): struttura organizzativa di coordinamento della Rete locale di CP, che ne garantisce l'effettiva operatività nell'articolazione delle sue unità di offerta (ospedale, domicilio, hospice). Tale struttura è specificamente dedicata e formata da figure professionali con specifica competenza ed esperienza ai sensi dell'art. 5, comma 2, legge n. 38/2010.

Valutazione multidimensionale del bisogno (VMB): operazione dinamica e continua che segue il paziente nel suo percorso di malattia. Si tratta del momento valutativo che esplora le diverse dimensioni della persona nella sua globalità, ovvero la sua dimensione clinica, la dimensione funzionale, la dimensione affettivo-cognitiva, la dimensione spirituale, la situazione socio-relazionale-ambientale, il grado di consapevolezza del sistema malato/famiglia, nonché le volontà e le aspettative del malato.

Presa in carico: processo costituito da un insieme di azioni, percorsi, strategie d'aiuto, sostegno e cura che il servizio sanitario e sociale mettono in atto per rispondere a bisogni complessi e che richiedono un'assistenza continuativa e prolungata nel tempo con il coinvolgimento di diverse professionalità.

Accreditamento: l'Intesa Stato-Regioni del 19 febbraio 2015 Rep. n. 32/CSR definisce i termini e le modalità per l'adeguamento da parte delle Regioni e delle aziende sanitarie, ai criteri ed ai requisiti individuati dalla precedente Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012. In questo ambito è inserita anche la “Realizzazione di reti di cure palliative”. L'adozione di *standard* per l'accreditamento di Reti assistenziali di eccellenza deve prevedere la valutazione sistematica, periodica e multidimensionale del bisogno, la presa in carico integrata con una tempistica adeguata, il *care management* e la valutazione dei risultati.

3. Quadro normativo

Il D.A. n. 873 dell'8 maggio 2009 ha definito la nuova organizzazione delle cure palliative in Sicilia ed ha disciplinato la dotazione dei posti letto *hospice* su tutto il territorio regionale. Nello stesso documento è stata determinata la nuova valorizzazione delle prestazioni residenziali e domiciliari ed indicate le linee di sviluppo delle cure palliative nell'ambito delle ASP.

Con successivo D.A. n. 2 del 3 gennaio 2011 è stato approvato il “Programma di sviluppo della Rete di cure palliative nella Regione Siciliana” con lo scopo di definire le linee attuative della Rete locale di CP, incrementare l’offerta di tali cure in ambito domiciliare e residenziale e definire le modalità di presa in carico ed accompagnamento dei pazienti che necessitano di cure palliative nel corso di tutte le fasi della loro malattia.

Obiettivo prioritario del documento è quello di definire un modello di Rete coerente con gli indirizzi indicati dalla normativa nazionale tale da garantire cure palliative per qualunque patologia evolutiva durante tutto il suo decorso, per ogni età ed in ogni luogo di cura.

L’Intesa Stato Regioni del 25 luglio 2012, recepita con D.A. n. 1446 del 26 luglio 2013 pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 40 del 30 agosto 2013, ai sensi dell’art. 5, comma 3, della legge n. 38/2010, ha definito in 14 *standard* le dimensioni strutturali e di processo che devono caratterizzare la Rete locale di CP ai fini dell’accreditamento dei soggetti erogatori, evidenziando tra l’altro la necessità di identificare una struttura organizzativa con compiti di coordinamento, tra i nodi della Rete, al fine di garantire una reale operatività della Rete locale di CP.

L’Intesa Stato Regioni del 19 febbraio 2015 Rep. n. 32/CSR ha definito il crono-programma che le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano dovranno attuare in materia di adempimenti relativi all’accreditamento delle strutture sanitarie, indicando al punto 1.2.3 la realizzazione delle reti di cure palliative per il paziente adulto ed in età pediatrica, quale obiettivo da realizzare con un tempo di adeguamento di 12 mesi per le Regioni e di 24 mesi per le aziende sanitarie.

4. Strutture organizzative della Rete locale di cure palliative

Il modello organizzativo ed assistenziale della Rete locale di CP è centrato sul paziente e sulla famiglia e modulato in rapporto ai loro bisogni e preferenze, nel rispetto di un favorevole rapporto costo-efficacia degli interventi e della sostenibilità da parte dei Servizi sanitari regionali. Tale modello deve, inoltre, essere accessibile ed integrato e deve garantire una risposta assistenziale adeguata ai bisogni dei malati e dei loro familiari nell’ambito dei diversi *setting* o “nodi” della Rete: ospedale, domicilio ed *hospice*.

L’ambito territoriale della rete locale di CP coincide con quello dell’Azienda sanitaria provinciale (ASP) di riferimento.

La progettazione e la realizzazione della Rete locale di CP di ogni ASP si attua sul territorio a livello di Dipartimento.

L’Unità operativa di cure palliative (UOCP) è la struttura organizzativa di riferimento della Rete locale di CP, nell’ambito della quale viene realizzata una struttura tecnica costituita dalla Centrale operativa per il coordinamento delle attività assistenziali. La Rete locale di CP è operativa in tutte le sue articolazioni assistenziali ed al suo interno vanno coordinati e sviluppati i servizi ospedalieri e territoriali, sanitari e sociali, pubblici e privati dedicati alla cura di tali malati. La partecipazione alla realizzazione della Rete locale di CP costituisce parte integrante del piano di attività di ogni singola Struttura sanitaria pubblica o privata accreditata, anche attraverso la messa a punto di intese ed accordi interaziendali o di bacino, nell’ambito dei quali devono essere individuate le risorse per garantire l’attuazione dei percorsi assistenziali.

Nell’ambito della Rete locale di CP operano *équipe* multiprofessionali specializzate e dedicate.

In ottemperanza alle normative vigenti le ASP sviluppano appositi programmi di accesso delle cure palliative all’interno delle strutture sanitarie di loro pertinenza; inoltre promuovono, secondo criteri valutativi, percorsi di reclutamento e formazione di personale aziendale da dedicare a vario titolo alle strutture della rete, in ciò sostenuti da programmi regionali finalizzati.

I professionisti dei diversi “nodi” della Rete locale di CP operano secondo percorsi diagnostici terapeutici ed assistenziali (PDTA) condivisi e formalizzati. La continuità assistenziale deve essere supportata da sistemi informatici che consentono la condivisione dei flussi informativi tra i professionisti operanti nelle singole strutture sanitarie territoriali ed ospedaliere e tra quelli che operano nel territorio, sia ai fini clinico/gestionali, sia al fine di un puntuale monitoraggio dei processi e degli esiti.

Deve essere predisposto uno specifico sistema informativo con metodologie I.C.T. (*Information and Communications Technology*) che permetta la continuità e la condivisione delle informazioni tra i nodi della rete e la comunicazione dei dati ai servizi ministeriali di riferimento.

Parte integrante della Rete sono i medici di medicina generale (MMG) che operano in piena integrazione con le *équipe* multidisciplinari specialistiche con la finalità di una presa in carico globale del malato.

La UOCP ai fini della integrazione e *governance* della Rete locale di CP effettuerà periodici incontri di programmazione e pianificazione delle attività con i responsabili degli *hospice*, delle UVP, con i referenti dei “nodi ospedalieri” e con i direttori di distretto.

La Rete locale di CP opera in stretta correlazione funzionale con la Rete di terapia del dolore, con la Rete di cure palliative e Terapia del dolore pediatrica e con le altre Reti di cura per patologie croniche.

Unità operativa di cure palliative (UOCP)

È la struttura organizzativa di coordinamento, integrazione e *governance* della Rete locale di CP. Tale struttura, deve possedere le caratteristiche, di norma, di unità operativa semplice a valenza dipartimentale ed essere inserita in un Dipartimento di area territoriale in coerenza con quanto disposto dal D.A. 3 gennaio 2011. L'Unità operativa di cure palliative (UOCP) è la struttura organizzativa di riferimento della Rete ed in essa operano figure professionali con specifica competenza ed esperienza. Nell'ambito della Rete locale di cure palliative afferiscono, quali unità operative semplici/dipartimentali, l'*hospice* e le UVP. L'UOCP è composta da figure professionali con specifica competenza ed esperienza tali da garantire la massima integrazione tra tutti i soggetti che erogano cure palliative nei diversi *setting* assistenziali.

La UOCP deve:

- tutelare il diritto della persona malata ad accedere alle cure palliative;
- pianificare l'attività assistenziale al fine del raggiungimento degli obiettivi prefissati dalla Regione e recepiti dall'ASP;
- coordinare il sistema di erogazione di cure palliative in ospedale in *hospice* e a domicilio, coerentemente con quanto stabilito dall'art. 5 della legge n. 38/2010 e dai successivi provvedimenti attuativi, garantendo su tutto l'ambito territoriale provinciale la continuità e l'uniformità degli interventi;
- garantire l'accoglienza, la valutazione del bisogno e l'avvio di un percorso di cure palliative, assicurando la tempestività delle risposte e la flessibilità nell'individuazione del *setting* assistenziale più appropriato, attraverso il coordinamento delle Unità valutative palliative (UVP) distrettuali;
- definire ed attuare nell'ambito della Rete, i percorsi di presa in carico e di assistenza in cure palliative anche attraverso la gestione delle dimissioni protette, attraverso gli Uffici territoriali per le dimissioni protette all'uopo dedicati e l'integrazione con i servizi territoriali socio-sanitari e sociali;
- garantire l'adeguato controllo di tutti i sintomi fisici e psicologici che provocano sofferenza al malato, attraverso la valutazione multidimensionale dei bisogni e l'utilizzo di procedure sul trattamento dei sintomi, tratte da linee guida basate sulla evidenza;
- assicurare l'applicazione di protocolli per il riconoscimento dei malati che si avvicinano agli ultimi giorni o ore di vita e per la valutazione dei loro bisogni specifici;
- garantire una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia e la rilevazione costante e documentata del grado di informazione rispetto alla patologia in atto;
- effettuare il monitoraggio quantitativo e qualitativo delle prestazioni erogate, verificandone anche gli esiti ed i relativi costi attraverso l'analisi dei flussi informativi e degli indicatori ministeriali;
- assicurare l'utilizzo regolare di strumenti di valutazione della qualità percepita da parte del malato e dei familiari per le cure prestate durante il periodo di assistenza, promuovendo sistemi di miglioramento della qualità delle cure erogate;
- definire e verificare il rispetto da parte dei soggetti erogatori dei criteri e degli indicatori previsti dalla normativa vigente, ivi inclusi gli standard di cui al D.M. n. 43 del 22 febbraio 2007;

- promuovere, su indirizzo dell'Assessorato della salute, campagne di comunicazione rivolte ai cittadini;
- promuovere ed attuare programmi di aggiornamento e formazione continua in cure palliative rivolti a tutte le figure professionali operanti nella Rete.

L'UOCP ha il compito inoltre di integrare e facilitare le azioni delle strutture chiamate in causa all'interno dei vari percorsi assistenziali, ivi comprese le strutture extra-aziendali.

L'organo tecnico di coordinamento della UOCP è la centrale operativa (CO) ed è lo stesso responsabile dell'UOCP che la coordina.

Tale struttura ha la funzione di facilitare e razionalizzare il percorso della presa in carico globale del paziente attraverso il coordinamento di tutte le attività che vengono erogate nei nodi della Rete locale di CP e da parte dei soggetti erogatori accreditati che operano sul territorio provinciale garantendone la massima integrazione.

Nell'ambito della centrale operativa vengono utilizzati specifici strumenti informativi per la conservazione delle informazioni relative ai malati assistiti e ciò anche al fine di una migliore pianificazione e condivisione dei percorsi assistenziali ed una più efficace integrazione delle attività di assistenza. Le informazioni custodite presso la centrale operativa devono essere condivise con i soggetti erogatori accreditati che operano nel territorio di riferimento con l'obiettivo di migliorare la continuità ed appropriatezza delle cure.

La centrale operativa deve essere in grado di programmare ed eseguire i controlli ed i monitoraggi e di ricevere le chiamate 12 ore al giorno, dal lunedì al venerdì ed il sabato mattina. Dovrà raccordarsi con gli ospedali per le dimissioni protette, attivare una procedura per la presa in carico dei pazienti e per le modalità di utilizzo dei posti letto hospice in termini di accessibilità/disponibilità e definire l'interfaccia con la Rete di Terapia del Dolore presente nello stesso ambito provinciale e con le altre Reti di patologia.

Per la complessità delle azioni previste deve essere considerata la necessità di dotare la centrale operativa di operatori dedicati, supporto amministrativo e adeguata informatizzazione.

Unità valutativa palliativa (UVP)

L'Unità valutativa palliativa (UVP) è istituita ordinariamente in ogni distretto sanitario ed è costituita da:

1. medico di medicina generale (MMG) dell'assistito, in quanto medico di fiducia e conoscitore delle problematiche cliniche, psicologiche e sociali della persona malata e della sua famiglia;
2. esperti della valutazione multidimensionale: medico esperto in cure palliative che opera nell'ambito della UVP stessa o anche presso l'hospice, infermiere, terapeuta della riabilitazione, assistente sociale, psicologo e/o altre figure professionali ritenute necessarie;
3. direttore del Distretto sanitario o suo delegato, in quanto gestore delle risorse distrettuali e responsabile della integrazione dei servizi sanitari del Distretto sanitario con i servizi sociali dei comuni.

La presa in carico del malato da parte della Rete locale di CP deve essere preceduta da una valutazione multidimensionale (VMD) da parte dell'UVP, rivolta ai bisogni del malato e della sua famiglia, al fine di decidere il setting e la modalità assistenziale più appropriata: visite ambulatoriali, consulenze occasionali, cure palliative domiciliari di base, cure palliative domiciliari specialistiche, ricovero in hospice.

A seguito di tale valutazione avverrà, previo confronto con il medico referente della struttura erogativa (hospice o ente erogatore accreditato), l'affidamento dell'assistenza.

Lo strumento utilizzato per la VMD deve assicurare la massima completezza valutativa nelle aree più problematiche associate ai bisogni e deve avere la possibilità di essere integrato con sistemi informativi *web-based* di gestione e *governance* dei processi e dei percorsi di cura, finalizzati anche alla valutazione degli esiti e della qualità dell'assistenza.

A seguito della richiesta di attivazione da parte del MMG o dello specialista ospedaliero, l'UVP accerta, previo l'utilizzo di adeguato strumento valutativo integrante la SVAMA (allegato n. 1), la

presenza e la tipologia della malattia in fase avanzata o terminale oltre ai bisogni clinico-assistenziali, sociali e spirituali del malato.

L'UVP deve assicurare:

- la valutazione multidimensionale per l'accesso alle cure palliative domiciliari e/o residenziali entro i termini temporali definiti dagli indicatori;
- la pianificazione ed il monitoraggio del percorso assistenziale;
- la prescrizione degli ausili e dei presidi;
- l'integrazione con interventi sociali in relazione agli esiti della VMD;
- l'acquisizione da parte dell'ASL di provenienza, nel caso di pazienti residenti presso altre Regioni, dell'autorizzazione all'assunzione dei relativi costi;
- il pieno rispetto di quanto esplicitato nella Carta dei servizi della UOCP e dei soggetti erogatori;
- la somministrazione di questionari di *customer satisfaction* alle famiglie ed ai destinatari dei trattamenti per valutare la qualità del servizio erogato.

È compito dell'UVP inoltre il monitoraggio della durata dell'assistenza, dei bisogni sopravvenuti e della persistenza dei criteri di eleggibilità.

Per quanto concerne i distretti socio-sanitari delle aree metropolitane di Palermo, Catania e Messina dovrà essere istituita almeno una UVP metropolitana quale unità operativa semplice. Per quanto attiene il numero delle UVP extra-metropolitane esso sarà dimensionato e strutturato in relazione al bisogno ed alle risorse dell'ASP e potrà ordinariamente coincidere con le Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) adeguatamente integrate con il medico palliativista.

5. Setting assistenziali ed unità d'offerta della Rete locale di cure palliative

La Rete locale di CP opera attraverso tre tipologie di setting assistenziali:

- le cure palliative in ospedale, con attività di consulenza nei reparti e negli ambulatori;
- le cure palliative domiciliari di base e specialistiche, che garantiscono anche l'assistenza presso le residenze per anziani;
- le cure palliative in hospice, che garantiscono il ricovero del malato.

Nell'ambito della Rete locale di CP sono identificati i seguenti standard di cura:

- a) cure palliative domiciliari in ogni ASP;
- b) cure palliative residenziali, nella misura di almeno un hospice per ogni ASP;
- c) day-hospice;
- d) cure palliative in RSA o in altra struttura territoriale protetta;
- e) ambulatori di cure palliative territoriali e/o ospedalieri;
- f) cure palliative ospedaliere.

a) cure palliative domiciliari

Questo standard di cura viene erogato dall'ASP e deve rispondere agli standard ed agli elementi strutturali e di processo previsti dal presente documento. Esso consiste in una tipologia di intervento rivolto a malati in fase avanzata o terminale, con Karnofsky Performance Status (KPS) o Palliative Performance Scale (PPS) uguale o inferiore a 50, che richiedono un'assistenza coordinata a domicilio ed in cui la natura del bisogno è di tipo clinico, funzionale e sociale.

La tipologia di trattamento palliativo, identificata dall'UVP, deve essere inquadrata su due livelli di presa in carico tra loro complementari:

cure palliative domiciliari di base e cure palliative domiciliari specialistiche. In entrambi i livelli sono uguali le patologie di riferimento,

i percorsi di presa in carico e gli strumenti di valutazione; è diversa invece la complessità dei bisogni e cambia il modello di presa in carico e l'intensità di cura.

I soggetti erogatori accreditati devono garantire pertanto due livelli di intervento, tra loro interagenti, in funzione della complessità dei

bisogni assistenziali che aumentano con l'avvicinarsi della fine della vita.

1. Cure palliative domiciliari di base

Livello di competenze di base costituito da interventi che garantiscono un approccio palliativo, attraverso l'ottimale controllo dei sintomi ed un'adeguata comunicazione con il malato e la

famiglia. Tale livello si rivolge prevalentemente a malati identificati precocemente in funzione di criteri generali e clinici specifici (allegato n° 2) in una fase stabile di malattia avanzata a progressione sfavorevole, per i quali è prevista un'assistenza affidata di norma al medico di medicina generale, opportunamente formato, ad infermieri e ad altri operatori dell'*équipe* domiciliare accreditata di cure palliative, con la consulenza episodica del medico palliativista. Si tratta di interventi programmati che rientrano comunque nel Piano assistenziale individuale (PAI) elaborato in sede di valutazione da parte dell'UVP.

2. *Cure palliative domiciliari specialistiche*

Livello di competenza specialistica costituito da interventi di *équipe* multidisciplinari e multiprofessionali accreditate e dedicate, in cui il *care manager* è il medico palliativista responsabile dell'*équipe* specialistica, rivolti a malati con bisogni complessi per i quali gli interventi di base sono inadeguati. Tale livello richiede un elevato grado di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare proprio di un'*équipe* multi professionale (composta da medici, infermieri, psicologi, fisioterapisti, assistenti sociali, dietisti ed operatori socio-sanitari, con specifica formazione in cure palliative). Richiede continuità assistenziale ed interventi programmati 7 giorni su 7 nonché pronta reperibilità medica ed infermieristica nelle 24 ore, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al *care-giver*. Anche in tale livello è necessario che il MMG mantenga uno stretto collegamento con l'*équipe* specialistica di cure palliative domiciliari in quanto figura sanitaria di riferimento per il paziente e per i suoi familiari.

Criteri per definire l'appropriatezza della presa in carico a domicilio del malato da parte della Rete di cure palliative in un percorso di cure palliative domiciliari di base o specialistiche

A livello internazionale (T. E. Quill, A.P. Abernethy "Generalist plus specialist palliative care: creating a moresustainable model" N.Engl.J.Med. March 7, 2013 e "The Palliative approach: improving care for Canadians with life-limiting illnesses" www.hpcintegration.ca) sono stati individuati tre criteri fondamentali che permettono una valutazione attendibile della gravità dei bisogni di Cure palliative e quindi della appropriatezza di interventi di cure palliative domiciliari ad intensità assistenziale differenziata (base e specialistica):

1. *Fase della malattia*

La fase della malattia riflette la tipologia e l'intensità delle cure che devono essere garantite. Si possono distinguere quattro fasi principali:

- stabile: i sintomi sono controllati, i bisogni del malato sono supportati in modo adeguato dalla famiglia che non manifesta criticità particolari per quanto riguarda il percorso assistenziale (sono raccomandate le cure palliative di base);
- in peggioramento: i sintomi sono peggiorati nel corso delle ultime settimane e/o si sono manifestati nuovi problemi che richiedono adattamenti nel piano di cura e un monitoraggio regolare della situazione (sono raccomandate le cure palliative di base);
- instabile: sono insorti problemi nuovi e/o sono peggiorati rapidamente problemi che già preesistevano, tali da richiedere una rivalutazione costante e spesso urgente dei cambiamenti del piano assistenziale, necessari per far fronte ai bisogni del malato e della famiglia (Sono raccomandate le cure palliative specialistiche);
- condizione di fine vita: è prevedibile la morte del malato in tempi brevi, con la necessità di rivalutazioni frequenti, anche più volte al giorno, del piano assistenziale (Sono raccomandate le Cure Palliative Specialistiche).

Non esiste necessariamente un ordine sequenziale nel tempo per queste fasi, che di per sé possono avere una durata variabile, da giorni a settimane a mesi.

2. *Severità dei problemi clinici*

Per la valutazione di questo criterio, si richiede l'utilizzo di strumenti di valutazione dell'impatto dei sintomi sulla qualità di vita del malato, già peraltro previsto dall'Intesa del 25 luglio 2012 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. Fra le dimensioni strutturali e di processo che caratterizzano la Rete locale di cure palliative, al punto n. 9 viene infatti affermato che "la Rete locale di cure palliative garantisce un

adeguato controllo del dolore e degli altri sintomi fisici e psicologici che provocano sofferenza al malato, attraverso la valutazione multidimensionale dei bisogni...”

3. Grado di autonomia fisica

Per quanto attiene questa valutazione, si richiede l'utilizzo della Scala di Karnofsky e delle scale ADL e IADL. Queste scale sono ampiamente usate nell'ambito delle cure palliative in Italia e fanno parte della rilevazione dei bisogni dei malati contenuta nei flussi informativi SIAD.

La natura dei bisogni del malato, determinata dai criteri sopra descritti, concorre a distinguere il percorso di cure palliative domiciliari di base da quello di tipo specialistico, unitamente ad altri due fattori: l'intensità assistenziale (definita dal coefficiente di intensità assistenziale CIA) e la complessità in funzione del *case mix* e dell'impegno delle figure professionali coinvolte nel piano di cura (definita dalle giornate effettive di assistenza GEA).

Le cure palliative domiciliari di base e specialistiche devono essere richieste, su apposita modulistica dedicata, dal MMG se il paziente trovasi a domicilio o in RSA e dal medico specialista ospedaliero, attraverso l'attivazione della procedura di dimissione protetta se il paziente è ricoverato in ospedale.

Le dimissioni protette vanno realizzate attraverso il coinvolgimento degli uffici territoriali per le dimissioni protette esistenti in ogni presidio delle aziende ospedaliere, con la trasmissione dell'apposita modulistica dedicata alla UVP Distrettuale, sia nel caso venga prospettato il ricovero in Hospice, sia qualora venga richiesta l'attivazione di un percorso di cure palliative domiciliari. Per i pazienti inseriti in un programma di Cure Palliative Domiciliari deve essere prevista l'erogazione diretta dei farmaci, degli ausili e dei presidi.

Nel caso di necessità di attivazione del livello di base per l'età pediatrica (cure palliative domiciliari pediatriche – CPDP - di primo livello),

la procedura seguirà quanto previsto dal D.A. 01.09.2014 pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 39 del 19 settembre 2014 “Programma di sviluppo della Rete di cure palliative terapia del dolore in età pediatrica nella Regione siciliana”.

Va specificato che le Cure palliative domiciliari, di base e specialistiche, non possono in alcun modo essere espletate nel contesto di attività di assistenza domiciliare integrata (ADI). La complessità dei bisogni del malato e dei familiari richiede infatti un percorso assistenziale specifico caratterizzato da un elevato livello di competenza dei professionisti che assistono il malato e da una metodologia di lavoro interdisciplinare e multiprofessionale. Pertanto l'attività di cure palliative domiciliari deve essere diversificata e distinta dall'attività di ADI, sia dal punto di vista organizzativo sia dal punto di vista funzionale (centrali operative diverse ed équipe dedicate per i diversi livelli assistenziali).

Ai fini dell'individuazione delle figure professionali che operano a livello domiciliare, in coerenza con quanto previsto dall'Articolo 5, comma 2, della legge n. 38/2010, si rimanda all'allegato 3.

Ai fini della competenza delle figure professionali operanti a livello domiciliare si rimanda all'allegato tecnico dell'Accordo Stato Regioni del 10 luglio 2014 (allegato 5).

b) cure palliative residenziali/hospice

All'hospice, accedono, di norma, i malati adulti che hanno compiuto i 18 anni di età (vedi D.A. n. 1358 del 2014 Programma di sviluppo della Rete di cure palliative pediatriche), affetti da una malattia progressiva ed in fase avanzata, in rapida evoluzione e a prognosi infausta, oncologica o “non oncologica”, non più suscettibili di terapia etiopatogenetica, in base ai seguenti criteri:

1. aspettativa di vita, di norma valutata in 6 mesi, in base ad indicatori prognostici validati scientificamente ed alla esperienza dell'équipe curante;
2. Karnofsky Performance Status (KPS) uguale o inferiore al valore di 40 o Palliative Performance Scale (PPS) uguale o inferiore al valore di 50 o Palliative Prognostic Index PPI score ≤ 4
3. elevato livello di necessità assistenziale e/o ridotta autonomia funzionale e/o compromissione dello stato cognitivo caratterizzanti uno stato di “fragilità”;
4. impossibilità di attuare le cure palliative domiciliari per problematiche sanitarie e/o sociali;

5. quadro caratterizzato da instabilità di sintomi e segni (ad es. dolore o dispnea), da necessità di adeguamenti terapeutici continui per ottenere la stabilità del quadro clinico e/o dalla presenza di manifestazioni cliniche di difficile e/o complesso trattamento (ad es. piaghe maleodoranti, lesioni a grave rischio di emorragia, delirio);

6. necessità di garantire periodi di “sollievo” per la famiglia.

I malati possono accedere al ricovero in hospice, provenendo da qualsiasi setting assistenziale qualora in possesso dei requisiti specifici sopra indicati e previa valutazione da parte della UVP e segnalazione alla centrale operativa.

Nell’hospice devono integrarsi armoniosamente le competenze cliniche e le capacità relazionali, al fine di creare un ambiente accogliente, ricco di calore e contemporaneamente in grado di curare efficacemente e rapidamente i sintomi destabilizzanti, premessa indispensabile per la creazione di un percorso “dignitoso” verso la fase finale della vita. Le cure palliative in hospice sono costituite da un complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, oltre che da prestazioni sociali, tutelari ed alberghiere. Esse sono erogate da equipe multidisciplinari e multiprofessionali che assicurano cure ed assistenza in via continuativa per ventiquattro ore e sette giorni su sette. Le cure in hospice sono garantite in modo omogeneo ovunque esso sia collocato. Non sono corrette derive di ipermedicalizzazione (con il rischio implicito di accanimento terapeutico), né derive verso il semplice accudimento (con il rischio di un inadeguato trattamento sanitario). Devono essere favorite attività come la musicoterapia, le arti visive, la terapia occupazionale (la cucina, il *decoupage*, etc...), la *pet therapy*, et al.

L’hospice per adulti non prevede posti letto per minori, i quali devono essere ricoverati presso l’hospice pediatrico (vedi D.A. n. 1358 del 2014 Programma di sviluppo della Rete di cure palliative pediatriche). L’hospice pediatrico non può essere contiguo all’hospice per adulti ed il personale dell’hospice pediatrico deve possedere competenze specifiche in ambito pediatrico. Il responsabile dell’hospice per adulti non può in alcun modo coincidere con il responsabile dell’hospice pediatrico. Nelle more dell’attivazione degli hospice pediatrici, i minori che necessitano di ricovero dovranno essere assistiti presso strutture di area pediatrica.

L’organizzazione deve prevedere:

- la pluridisciplinarietà necessaria per assicurare la qualità della presa in carico e l’adattamento del progetto di cura al bisogno del malato e della sua famiglia;
- l’intervento di uno psicologo sul paziente o sul familiare;
- l’intervento di un assistente sociale;
- l’intervento di un dietista/nutrizionista;
- l’intervento di volontari;
- l’intervento di un assistente spirituale;
- la possibilità di visite libere ai pazienti, senza orari predefiniti, da parte dei familiari.

L’équipe deve essere multiprofessionale con personale dedicato. Nell’ambito di ogni hospice sarà identificato il responsabile della struttura.

L’équipe di base è costituita da medici, infermieri e psicologi ed operatori socio sanitari in possesso di adeguata formazione ed esperienza.

Con questa struttura di base collaborano, in rapporto ai bisogni del malato e della famiglia, fisioterapisti, assistenti sociali nonché le altre figure professionali ritenute essenziali.

Le équipe multiprofessionali adottano quale strumento di condivisione professionale periodico la riunione d’équipe.

Gli hospice sono inseriti nei LEA territoriali, anche quando sono logisticamente situati in strutture sanitarie di ricovero e cura oppure ne costituiscono articolazioni organizzative.

Ai fini della definizione dei requisiti strutturali e tecnologici per i Centri residenziali di cure palliative (*hospice*), in coerenza con quanto previsto dall’art. 5, comma 3, della legge 38/2010, si rimanda al D.P.C.M. del 20 gennaio 2000.

Per garantire la piena funzionalità organizzativo/assistenziale e la continuità tra il regime residenziale e quello domiciliare, potranno essere previste specifiche forme di partnership tra gli hospice e i soggetti erogatori di cure palliative domiciliari accreditati con il Servizio sanitario regionale, anche attraverso forme di specifiche contrattualizzazioni.

Ai fini dell'individuazione delle figure professionali, in coerenza con quanto previsto dall'articolo 5, comma 2, della legge n. 38/2010, si rimanda all'allegato 4.

Ai fini della competenza delle figure professionali operanti presso l'hospice si rimanda all'allegato tecnico dell'Accordo Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (allegato 5).

c) day-hospice

Il *day-hospice* è un'articolazione organizzativa dell'hospice ed eroga prestazioni diagnostico-terapeutiche e assistenziali di particolare complessità a ciclo diurno non eseguibili a domicilio. Le funzioni del *day-hospice* sono equiparabili alle prestazioni in regime di ospedalizzazione a ciclo diurno.

d) cure palliative in RSA

Le strutture residenziali assistite (RSA) o altre strutture di tipo residenziale accreditate garantiscono le cure palliative ai propri ospiti avvalendosi dell'UVP territorialmente competente, con le modalità indicate alla voce "Cure palliative domiciliari".

e) ambulatorio

L'ambulatorio territoriale e/o ospedaliero dedicato garantisce l'erogazione di prestazioni per pazienti autosufficienti che necessitano di valutazione multidimensionale specialistica per il controllo ottimale dei sintomi, ivi compreso il dolore ed il sostegno alla famiglia. Presso l'ambulatorio viene supportato il percorso di comunicazione della diagnosi e della prognosi e di pianificazione delle cure e garantita la continuità del percorso assistenziale attraverso la collaborazione con la équipe specialistica o il MMG.

f) cure palliative ospedaliere

Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, l'approccio palliativo deve essere garantito per tutti i malati durante l'intero percorso di cura, in funzione dei loro bisogni ed in integrazione con le specifiche fasi terapeutiche delle malattie croniche evolutive, in tutti i reparti di degenza.

Le cure palliative in ospedale sono caratterizzate da prestazioni di consulenza palliativa medica, infermieristica e psicologica e da attività ambulatoriale.

Le prestazioni di consulenza palliativa garantiscono un supporto specialistico ai malati nei diversi regimi di assistenza ospedaliera al fine di un ottimale controllo dei sintomi, di una pianificazione delle cure, all'ottimizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici, all'individuazione del percorso e del setting di cura più appropriato e di una appropriata comunicazione con il malato e con la famiglia, contribuendo ad assicurare continuità assistenziale durante tutto il percorso di malattia ed integrazione tra i diversi nodi della Rete.

6. Accesso alla rete di cure palliative e modalità di realizzazione di un intervento palliativo

Va premesso che le cure palliative sono comprese nei Livelli essenziali di assistenza (LEA) e che i fondamenti su cui si basa il loro sviluppo sono indicati ampiamente nella normativa regionale.

A ciò bisogna aggiungere che la fase terminale non è caratteristica esclusiva della malattia oncologica ma rappresenta una costante della fase finale della vita di persone affette da malattie ad andamento evolutivo, spesso cronico, a carico di numerosi apparati e sistemi ed è caratterizzata da una progressiva perdita di autonomia e dal manifestarsi di sintomi fisici e psichici che richiedono spesso trattamenti complessi e da una sofferenza globale che coinvolge il nucleo familiare.

A tali principi, considerato che il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative deve essere tutelato e garantito, così come disposto dai commi 1 e 2 dell'art. 1 della legge 38/2010, bisogna associare i seguenti orientamenti relativi a quello che deve essere considerato a tutti gli effetti un intervento palliativo:

- a) segnalazione del caso
- b) colloquio preliminare
- c) valutazione del bisogno

- d) presa in carico del malato e della sua famiglia
- e) riunione multiprofessionale
- f) sostegno psicologico
- g) supporto sociale
- h) supporto spirituale
- i) supporto al lutto
- l) misurazione della qualità di vita

a) Segnalazione del caso

L'accesso alla Rete locale di CP avviene mediante il PUA (Punto unico di accesso alle prestazioni socio-sanitarie) attraverso la richiesta formulata su apposita modulistica dedicata, da parte del MMG o del medico specialista ospedaliero (tramite gli uffici territoriali per le dimissioni protette). Il PUA trasmette tempestivamente la segnalazione alla Centrale operativa ed alla unità di valutazione palliativa (UVP) distrettuale per la successiva valutazione.

La segnalazione del caso al PUA può avvenire da parte di chiunque abbia interesse:

- persona malata;
- familiari o vicinato;
- medico di medicina generale;
- pediatra;
- reparto ospedaliero;
- servizi sociali;
- soggetto erogatore accreditato.

b) Colloquio preliminare

Tra le fasi fondamentali del percorso assistenziale il colloquio di accoglienza è parte integrante del momento valutativo.

Il primo incontro con il servizio di cure palliative rappresenta il momento basilare per l'avvio di una relazione di assistenza efficace e costruttiva. Esso ha la finalità di accogliere i familiari che richiedono l'assistenza, offrendo un momento di ascolto attivo volto a rilevare il grado di consapevolezza e le aspettative. Il colloquio ha la funzione di orientare il malato nell'ambito delle reti di servizi e di raccogliere le informazioni anagrafiche, cliniche e sociali necessarie alla valutazione della richiesta sia sul piano clinico che assistenziale. Sempre in tale sede, vanno evidenziate le risorse interne ed esterne che possono essere attivate per l'assistenza domiciliare; inoltre vanno illustrate le finalità delle cure palliative e le modalità della presa in carico.

Il colloquio va svolto da operatori dedicati all'accoglienza, con adeguate competenze relazionali.

Va utilizzata apposita modulistica per la raccolta delle informazioni necessarie all'avvio dell'assistenza e contestualmente va acquisito il consenso informato all'assistenza ed al trattamento dei dati.

Acquisito il consenso informato, l'utente/familiare verrà messo a conoscenza che nel territorio dell'ASP operano più soggetti erogatori tra i quali verrà individuata la struttura accreditata che provvederà all'attività assistenziale.

c) Valutazione del bisogno

L'UVP distrettuale dell'ASP è il luogo elettivo dove avviene la valutazione della richiesta di assistenza. Il miglioramento della qualità di vita nella fase avanzata e terminale di malattia è strettamente correlato alla soddisfazione di bisogni fisici, relazionali, sociali, psicologici, culturali e spirituali. Conoscere e saper riconoscere tali bisogni è il primo passo per trovare ed offrire le risposte che con maggiore probabilità potrebbero soddisfarli. In termini organizzativi significa mettere in atto nel modo più concreto possibile un modello assistenziale efficace che metta al centro il malato nella sua individualità ed i suoi familiari, utilizzando al meglio le risorse disponibili.

Si tratta di raggruppare i bisogni per aree o identificare le richieste più rilevanti e/o più frequenti, operando in équipe e mobilitando le risorse di volta in volta necessarie, nell'ambito della famiglia, degli operatori e della rete integrata sociale di assistenza.

La decisione di accogliere un malato in un programma di cure palliative dovrà comunque essere presa, tenuto conto della volontà del malato o del familiare, del parere del MMG, dello specialista che ha in cura il malato e del medico palliativista. L'ammissione dovrà essere sostenuta da una valutazione globale clinico/assistenziale e psico-sociale che darà luogo a un progetto di cura individualizzato ed inserito nell'ambito di un dossier informatizzato che dovrà accompagnare il malato in tutto il suo percorso.

La presa in carico del malato da parte della Rete locale di CP deve essere preceduta da una valutazione multidimensionale (VMD) da parte dell'UVP, che coinvolga il malato e la sua famiglia e finalizzata a decidere il setting e la modalità assistenziale più appropriata: visite ambulatoriali, consulenze occasionali, cure palliative domiciliari di base, cure palliative domiciliari specialistiche, ricovero in *hospice*.

La decisione di modificare il piano di cura precedentemente proposto dovrà essere assunta sulle stesse basi.

d) Presa in carico del malato e della sua famiglia

La qualità di vita del malato dipende molto dalla qualità delle relazioni con i familiari. Perché questo si realizzi l'intervento globale di presa in carico di un paziente in fase avanzata presuppone anche una contestuale attenzione al circuito familiare. È compito degli operatori rispondere in maniera appropriata alle innumerevoli domande e ai dubbi che vengono posti sulle terapie fatte e su quelle non fatte o fattibili, sulle risposte alle necessità e sui bisogni sempre maggiori. Il malato e la sua famiglia hanno il pieno diritto ad un'informazione chiara e completa sulle condizioni di salute e sul decorso della malattia, perché le cure palliative devono favorire la piena consapevolezza nel malato e nei suoi familiari per la partecipazione alle scelte che lo riguardano. Il supporto psicologico e principalmente sociale deve potere comprendere tutti gli aspetti possibili di presa in carico del contesto familiare dal momento della diagnosi, alla condivisione dei percorsi assistenziali, fino al supporto al lutto, elemento distintivo specifico delle cure palliative.

e) Riunione multiprofessionale

La riunione multiprofessionale è lo strumento principale di lavoro. L'attitudine al lavoro in gruppo, a domicilio o in *hospice*, deve essere il risultato di un processo di apprendimento relazionale basato sulla capacità di sviluppare una comunicazione efficace fra i membri dell'equipe e fra questi ed i malati assistiti.

La riunione di équipe finalizzata alla discussione di ogni singolo caso deve avvenire con cadenza periodica. Tale incontro, condotto dal coordinatore medico o infermieristico ed aperto alla partecipazione di tutti gli operatori sanitari e psicosociali coinvolti nel processo di cura al paziente, costituisce lo strumento operativo fondamentale affinché ciascun operatore possa fruire di momenti di riflessione volti ad individuare il miglior approccio gestionale del paziente ed offrire una assistenza di elevata qualità.

f) Sostegno psicologico

La supervisione psicologica delle équipe che operano all'interno della Rete locale di CP è indispensabile per adeguare il livello professionale ai bisogni del malato e per sostenere emotivamente gli operatori nello svolgimento delle proprie funzioni.

Nella Rete locale di CP sono attivati specifici programmi di supporto psicologico rivolti agli operatori che vivono situazioni di particolare difficoltà nella gestione dei processi assistenziali, allo scopo di monitorare e prevenire il rischio di *burn-out*.

Tali programmi, centrati sull'obiettivo di favorire l'elaborazione del cordoglio e del lutto correlati all'attività assistenziale, sono finalizzati all'acquisizione di capacità comunicative, relazionali e di gestione delle emozioni. Gli strumenti terapeutici idonei a perseguire questi obiettivi possono andare da interventi individuali di psicoterapia comportamentale o ad orientamento psicodinamico, all'organizzazione di gruppi di supervisione finalizzati ad incrementare il senso di competenza nella relazione terapeutica, l'identità professionale, la sicurezza e la soddisfazione degli operatori.

Va garantito inoltre adeguato supporto psicologico al paziente ed alla sua famiglia.

g) Supporto sociale

L'assistente sociale che opera nella Rete locale di CP deve garantire adeguate risposte ai bisogni sociali dei malati e dei familiari attraverso interventi socio-sanitari. Deve intervenire nella valutazione della persona e del suo contesto familiare-affettivo condividendo il percorso di presa in carico con l'equipe di CP per la gestione degli aspetti assistenziali ed organizzativi, secondo criteri di flessibilità e continuità assistenziale e fornendo interventi di sostegno relazionale e comunicativo, di mediazione tra bisogni e risorse.

h) Supporto spirituale

La Rete locale di CP deve contribuire a garantire risposte organizzative adeguate ai bisogni spirituali dei malati e dei familiari al fine di evitare severe quote di sofferenze individuali e di sistema.

i) Supporto al lutto

Ad avvenuto decesso sarà cura dell'equipe curante effettuare una visita di cordoglio, parte integrante dell'intero percorso assistenziale, nel rispetto delle tradizioni culturali del contesto familiare.

La Rete locale di CP deve pertanto garantire programmi di supporto per i familiari dei malati assistiti in caso di lutto patologico.

j) Misurazione della qualità di vita

Dovranno essere utilizzati con regolarità strumenti validati di misurazione della qualità di vita dei pazienti assistiti. La valutazione della qualità di vita del paziente nei diversi luoghi di cura deve rappresentare la prima fase del processo di presa in carico.

Nel particolare contesto delle cure di fine vita, cure globali e continue che mirano non solo al trattamento dei bisogni fisici ma anche alle necessità psicologiche, emozionali e spirituali, l'obiettivo primario deve essere quello di garantire la migliore qualità di vita possibile ai fini di una corretta formulazione del piano assistenziale.

7. Continuità delle cure

Nella Rete locale di CP è garantita la continuità della cura attraverso l'integrazione tra i diversi nodi (domicilio, hospice, ospedale, strutture residenziali).

L'integrazione di queste opzioni assistenziali, in un programma di cure individuali, è condizione essenziale per poter dare una risposta efficace ai bisogni dei malati e dei loro familiari. La Rete locale di CP garantisce anche una valutazione costante dei bisogni della famiglia al fine di individuare un percorso di supporto.

8. Accreditamento delle organizzazioni non profit

Le cure palliative domiciliari sono in atto garantite in Sicilia dalle ASP attraverso organizzazioni non profit accreditate con il Servizio sanitario regionale. I criteri di accreditamento per l'erogazione di cure palliative domiciliari sono definiti dal D.A. n. 2280 del 14 novembre 2011. Le organizzazioni non profit accreditate si configurano a tutti gli effetti come soggetti erogatori che concorrono alla clinical governance, rendendosi responsabili del raggiungimento/mantenimento degli standard assistenziali definiti della recente normativa in materia di cure palliative (Intesa Stato-Regioni del 20/12/12 "Revisione sulla normativa per l'accreditamento" ed Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012 -"Requisiti minimi e modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati terminali e delle unità di cure palliative").

Con accordo raggiunto e sottoscritto in data 31.01.2014 presso l'Assessorato della salute dai rappresentanti delle organizzazioni non profit accreditate, sono stati definiti gli ambiti provinciali di attività di ciascuna ONLUS con l'obiettivo di assicurare in tutte le province la presenza di almeno due soggetti erogatori. Tale accordo è stato recepito con D.A. n. 1328 del 21.08.2014 che ha regolamentato l'accesso al sistema erogativo delle cure palliative domiciliari da parte delle organizzazioni non profit accreditate.

Assume particolare rilevanza l'esigenza di istituire una funzione di vigilanza regionale al fine di garantire:

- la verifica del possesso dei requisiti di accreditamento (ex ante), la cui istruttoria rimane in capo alle ASP, ed al proposito si evidenzia che il requisito di esclusività o prevalenza nel settore delle

cure palliative, già indicato nel D.A. n. 2280 del 14 novembre 2011, deve essere riferito a specifiche attività assistenziali espletate nell'ambito del territorio della Regione siciliana da almeno cinque anni;

- la verifica triennale del mantenimento dei requisiti di accreditamento;
- il controllo dell'osservanza delle regole di appropriatezza riguardo i criteri di eleggibilità e di erogazione degli specifici setting assistenziali in materia di cure palliative;
- un'offerta assistenziale non monopolistica e diversificata al cittadino e, di conseguenza, la coesistenza di almeno due soggetti erogatori per ciascun ambito provinciale. A tal proposito si evidenzia che da parte di ciascuna ASP dovrà comunque essere garantita ad ogni soggetto erogatore accreditato che opera nel proprio territorio l'attribuzione di un budget minimo tale da consentire la copertura delle spese vive di gestione in coerenza con i provvedimenti assessoriali (cfr. DA n. 922/15) che garantiscono un budget minimo congruo alle strutture specialistiche accreditate di nuova contrattualizzazione alla luce dei principi introdotti dalla giurisprudenza in materia. I criteri per l'attribuzione di detto budget ai soggetti erogatori saranno determinati con successivo provvedimento assessoriale.
- la programmazione dei fabbisogni assistenziali, con relativa determinazione del budget di spesa per ciascuna ASP, che dovrà essere attuata sulla base dei dati epidemiologici relativi alla mortalità per malattie oncologiche e non oncologiche forniti dal DASOE.

9. Integrazione socio-sanitaria

In sede di iniziale valutazione dei bisogni assistenziali e nelle valutazioni successive, la UVP dovrà dedicare particolare attenzione alla integrazione tra i servizi sanitari con i servizi sociali dei comuni. La UOCP dovrà prevedere la predisposizione di azioni integrate all'interno dei piani di zona di cui alla legge n. 328/2000, al fine di assicurare alle persone malate ed alle loro famiglie tutti gli interventi sanitari e sociali previsti dal Programma assistenziale individuale (PAI).

10. Gli operatori della Rete locale di CP

Per quanto attiene i profili professionali idonei ad operare nell'ambito della Rete locale di CP, con decreto del 4 giugno 2015 del Ministero della salute, sono stati individuati i criteri per la certificazione della esperienza triennale nel campo delle cure palliative dei medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate, di cui alla legge 27 dicembre 2013, n. 147, comma 425.

Tali criteri stabiliscono che, fermo restando quanto sancito dall'Accordo del 10 luglio 2014 sulle figure professionali che garantiscono le cure palliative (allegato n. 5), ai fini del rilascio della certificazione dell'esperienza professionale svolta nell'ambito della Rete locale di CP, possono presentare istanza i medici privi di specializzazione o in possesso di una specializzazione diversa da quella di cui al decreto del Ministero della salute del 28 marzo 2013, i quali alla data di entrata in vigore della legge 27 dicembre 2013, n. 147 erano in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate nell'ambito territoriale di riferimento in sede ospedaliera, domiciliare e residenziale, così come individuate nell'Intesa Stato-Regioni sancita il 25 luglio 2012, Rep. n. 151/CSR.

Il medico deve aver svolto, alla data di entrata in vigore della legge n. 147/2013, attività nel campo delle cure palliative per almeno tre anni, anche non continuativi presso le strutture delle reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate.

Per quanto attiene la Regione Sicilia, al fine del rilascio della certificazione della propria esperienza professionale e dell'inserimento in un provvedimento ricognitivo regionale, il medico richiedente dovrà inoltrare l'istanza (allegato n. 6) entro 18 mesi dall'entrata in vigore del decreto del Ministero della salute del 4 giugno 2015, indirizzandola al dirigente generale del Dipartimento ASOE, via Vaccaro, 5 Palermo.

L'istanza dovrà essere corredata della seguente documentazione:

- curriculum vitae in formato europeo;

- stato di servizio rilasciato dal rappresentante legale della struttura pubblica e/o privata accreditata in cui il medico era in servizio alla data di entrata in vigore della legge n. 147/2013, ovvero da dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà;

- attestazione del direttore sanitario della struttura pubblica e/o privata accreditata accreditata della rete stessa, nella quale il medico ha svolto la propria attività, dalla quale emerga l'esperienza professionale maturata ai sensi del comma 2 dell'art. 1 del decreto 4 giugno 2015.

In fase di prima applicazione possono chiedere la certificazione di cui all'art. 1 del decreto 4 giugno 2015 anche i medici in servizio presso enti o strutture che erogano attività assistenziali di cure palliative che abbiano presentato istanza per l'accreditamento istituzionale, quest'ultima documentata attraverso una attestazione del rappresentante legale della struttura o dell'ente.

Entro 90 giorni dal ricevimento della domanda, l'Assessorato della salute emanerà il decreto con il quale certificherà l'esperienza professionale del medico che verrà inserito nel predetto provvedimento ricognitivo e che potrà operare nell'ambito della Rete locale di CP nel contesto di uno dei nodi della Rete o dei soggetti pubblici o privati accreditati.

Tale decreto verrà aggiornato sulla base delle nuove istanze che perverranno successivamente entro il termine dei 18 mesi sopraindicato.

11. Formazione

La formazione multidisciplinare degli operatori è un elemento indispensabile per il mantenimento di adeguati livelli qualitativi dell'assistenza.

Il Coordinamento regionale di cure palliative definisce la programmazione pluriennale in accordo con le strutture formative aziendali.

La struttura organizzativa di coordinamento della Rete locale (UOCP) partecipa, con le strutture aziendali dedicate, ai piani di formazione continua per gli operatori della Rete locale di CP e per quanto attiene al personale neoassunto dovrà essere messo in atto uno specifico piano di accoglienza e affiancamento/addestramento da parte dei soggetti erogatori che comprenda periodi di tirocinio obbligatorio presso le strutture della Rete (Art. 8, comma 3, legge n. 38/2010). Nella realizzazione di programmi formativi specifici sulle cure palliative la ASP potrà avvalersi della partnership di soggetti erogatori accreditati in qualità di Provider ECM.

Quando sono presenti i volontari, essi devono essere adeguatamente formati e regolarmente supervisionati per le attività loro assegnate nell'ambito della Rete locale di CP.

Per le figure professionali che operano nella Rete locale di CP i contenuti minimi dei percorsi formativi obbligatori ed omogenei in termini di conoscenze, competenze e abilità ai fini dello svolgimento dell'attività professionale, sono quelli riportati nell'allegato tecnico all'Accordo Stato-Regioni del 10 luglio 2014.

Fanno parte integrante e costituiscono riferimento per la formazione avanzata i master in cure palliative di I e II livello, attivati in ottemperanza alla legge n. 38/2010 ed ai successivi decreti attuativi presso le sedi universitarie.

Per le attività formative sarebbe auspicabile inoltre, d'intesa con la Facoltà di medicina e chirurgia, l'implementazione di specifici percorsi formativi in cure palliative sia durante il percorso di laurea che nell'ambito delle nove discipline equipollenti alla disciplina di cure palliative (ematologia, geriatria, malattie infettive, medicina interna, neurologia, oncologia, pediatria, radioterapia, anestesia e rianimazione).

Il 24 febbraio 2014 la disciplina di cure palliative è stata inserita tra le possibili discipline per le quali chiedere l'accreditamento ECM, grazie alla modifica del tracciato record ECM alla versione 1.12 e del relativo schema xsd tracciato record consuntivo ECM.

12. Adeguata comunicazione ai cittadini

La Regione siciliana sviluppa programmi specifici di informazione ai cittadini sui principi di una migliore assistenza ai malati e sulle modalità di accesso ai servizi delle Rete, in coerenza con quanto stabilito dal Programma regionale di comunicazione.

Ogni ASP dovrà promuovere campagne di comunicazione che mettano in condizione i cittadini di attuare una scelta assistenziale in funzione delle necessità e preferenze del paziente. Dovranno essere valorizzati i diritti alla continuità delle cure, alla disponibilità di informazioni, alla qualità di vita, alla scelta assistenziale e terapeutica. La campagna di informazione e di sensibilizzazione sarà diretta sia al pubblico generico, attraverso i mezzi di comunicazione di massa, sia alle fasce di età giovanili attraverso interventi nelle scuole. In particolare bisognerà informare i cittadini che il dolore può essere evitato almeno nella maggior parte dei casi ricorrendo alle terapie idonee, fugando i falsi timori della dipendenza dagli oppiacei. La campagna informativa dovrà anche trasmettere indicazioni precise sull'organizzazione della Rete locale di CP e in particolare sull'assistenza domiciliare e sugli hospice. Sarà compito anche delle aziende sanitarie operanti nell'ambito territoriale della Rete locale di CP condurre campagne di informazione sugli aspetti organizzativi della Rete locale di CP e sui propri servizi aziendali. Il programma di comunicazione/informazione può essere realizzato con il contributo di tutti gli enti erogatori pubblici e privati operanti nel settore.

Oltre al necessario supporto dei distretti socio-sanitari, dei MMG e dei farmacisti, dovrà essere prevista la possibilità di esporre materiale informativo all'interno degli studi medici, delle farmacie e degli ambulatori delle ASP.

13. Valorizzazione del volontariato

La partecipazione di volontari nell'ambito della Rete di CP costituisce un importante elemento di qualità e di diversificazione finalizzato alla fase di umanizzazione nelle cure palliative.

Le associazioni di volontariato che forniscono tale forma di supporto sono costituite da un insieme di persone che si mobilitano per migliorare le condizioni di vita delle persone sofferenti e dei loro familiari che affrontano la fase finale della vita, senza interferire con le attività sanitarie ed assistenziali.

Il volontario si affianca e si coordina con il medico e l'infermiere e con le altre figure professionali nello svolgimento della propria attività di solidarietà umana, supporto al malato e sostegno alla sua famiglia. I volontari operano con professionalità e competenza, in modo continuativo e responsabile, contribuendo con la propria azione a garantire i livelli di qualità dell'associazione di appartenenza. La loro missione si iscrive nell'ambito di un quadro di laicità e di neutralità.

Nell'osservanza delle leggi nazionali e regionali in vigore, le associazioni di volontariato hanno l'obbligo di:

- dotarsi di una carta dei servizi che definisca i principi oggetto dell'intervento;
- tenere aggiornato il registro dei volontari;
- certificare la selezione e la formazione/educazione permanente;
- garantire la supervisione continua;
- recepire ed applicare il codice deontologico;
- dotarsi di adeguati strumenti di verifica di qualità della propria attività;
- garantire annualmente il possesso di risorse proporzionate agli obiettivi assistenziali dell'associazione;
- garantire le adeguate coperture assicurative.

L'attività dei volontari deve essere regolata da convenzioni o da protocolli di intesa formali che delineino i compiti, le responsabilità e le forme di integrazione.

14. Procedure per discussione e risoluzione delle scelte etiche

La Rete locale di CP stabilisce le procedure per la discussione e la risoluzione dei dilemmi etici che si dovessero presentare, anche per quanto riguarda le procedure di eventuale segnalazione ad un comitato etico.

15. Quadro attuativo della Rete

Nel corso degli ultimi 15 anni è stata data attuazione al Programma regionale di cure palliative che oggi vede realizzati tutti gli hospice previsti in fase progettuale e buona parte delle reti domiciliari di cure palliative a livello provinciale.

a) Hospice

Di seguito è riportato lo stato di attuazione degli hospice sul territorio della Regione Sicilia: con decreto assessoriale n. 32881 del 9 ottobre 2000 e successive modifiche e integrazioni

** Posti letto attivati risultanti dai flussi informativi alimentati dalle aziende sanitarie

La rete regionale degli *hospice* verrà definita in ottemperanza alle previsioni contenute nel D.A. 14 gennaio 2015 “Riqualificazione e rifunzionalizzazione della Rete ospedaliera-territoriale delle Regione Sicilia”, nonché in attuazione alle indicazioni contenute nel regolamento sugli *standard* relativi all’assistenza ospedaliera di cui al decreto ministeriale n. 70 del 2 aprile 2015 (decreto Balduzzi) recepito con decreto assessoriale dell’1 luglio 2015. Pertanto si procederà con successivo provvedimento alla rideterminazione dei posti letto *hospice* in ambito regionale tenuto conto anche delle crescenti richieste di ricovero per tutte le forme di malattie cronico-degenerative.

In relazione alla dotazione di posti letto programmati per la rete regionale di cure palliative, nonché della contestuale valorizzazione economica per la sua sostenibilità, nell’intento di dare piena esecuzione ed attuazione alle esigenze assistenziali presenti all’interno di un percorso di verifica, si prevede l’inserimento di tali azioni nell’ambito del documento P.O.C.S. 2016/2018 in fase di stesura.

b) Cure palliative domiciliari

Di seguito è riportato lo stato di attuazione delle Reti domiciliari di cure palliative sul territorio della Regione Sicilia:

*Presso tali aziende sanitarie provinciali la Rete domiciliare di cure palliative sarà attiva entro il 31 dicembre 2015.

16. Gruppo tecnico regionale di cure palliative

Con D.A. n. 786/2015 del 5 maggio 2015 è stata rimodulata la composizione e le funzioni del coordinamento regionale di cure palliative e terapia del dolore a cui è stata attribuita, tra le varie funzioni, quella di supportare tecnicamente la programmazione regionale per lo sviluppo delle cure palliative.

17. Sistema tariffario

Nelle more dell’emanazione di un sistema tariffario da parte del Ministero della salute, si ritiene necessario adeguare le tariffe delle cure palliative domiciliari prevedendo una duplice valorizzazione degli interventi espletati nell’ambito del livello domiciliare di base e del livello domiciliare specialistico

Elementi che caratterizzano il sistema di tariffazione per le cure palliative domiciliari

- Due sistemi di tariffazione per “Giornata di cura” (GdC) sia per le cure palliative di base sia per le cure palliative specialistiche
- Una valorizzazione economica per giornata di cura (GdC)*
- Un abbattimento del 50% per le cure palliative di base nei confronti di quelle specialistiche
- Una tariffa fissa, sia per le cure palliative di base sia per le cure palliative specialistiche, per le attività di presa in carico (PIC) del malato (attività con la struttura/medico proponente per dimissione protetta/continuità delle cure, valutazione multidimensionale e colloquio con malato/familiari, proposta del Piano di cura e relativo Piano assistenziale individuale).

* Per giornate di cura (GdC) si intende il numero di giorni trascorsi dalla data presa in carico alla data di conclusione dell’assistenza, al netto dei periodi di sospensione.

Fonti bibliografiche

Ricerca: Modello di unità di terapia del dolore e di cure palliative, integrate con associazioni di volontariato. Finanziata dal Ministero della salute mediante i fondi destinati alla ricerca finalizzata (art. 12 bis, D.L. n. 299/99).

Ministero della salute Hospice in Italia: seconda rilevazione ufficiale 2010, SICP, F. Floriani e F. Seragnoli.

Progetto di ricerca finalizzata anno 2002 “Cure palliative e rapporto costo-beneficio dall’ADI all’AD specialistica di II livello, all’*hospice*”.

Day-hospice

La tariffa, per ricovero in regime diurno (*Day-hospital*), remunera le prestazioni sulla base della tariffa del nomenclatore di assistenza specialistica ambulatoriale, a cui si rinvia.

18. Compensazioni interregionali

È necessario che per le attività degli hospice e dei servizi di cure palliative domiciliari vengano applicati i meccanismi delle compensazioni interregionali già previsti per l'assistenza ospedaliera.

19. Indirizzi conclusivi

È fatto obbligo alle aziende sanitarie provinciali di ottemperare a quanto previsto dal presente decreto la cui attuazione rientra tra gli obiettivi di valutazione dei direttori generali.

Pertanto, in considerazione di quanto sopra illustrato, le ASP che non vi abbiano già provveduto dovranno istituire nel proprio territorio di riferimento la Rete locale di CP, definita come un'aggregazione funzionale ed integrata delle attività di cure palliative erogate nei diversi setting assistenziali (domiciliare, residenziale/hospice, ospedaliero). La Rete locale di CP dovrà garantire le dimensioni strutturali e di processo in grado di soddisfare contemporaneamente tutti i requisiti definiti nell'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012 sopra dettagliati.

Nell'ambito dei Piani attuativi aziendali (PAA) l'ASP assumerà ruolo di referente nella specifica azione che riguarda la Rete locale di CP.

La costituzione della Rete locale di CP è parte integrante del piano di attività di ogni singola azienda sanitaria. È quindi indispensabile che ogni struttura sanitaria pubblica o privata accreditata concorra per la parte di propria competenza alla realizzazione della Rete locale di CP.

Viene dato mandato al Coordinamento regionale di verificare con modalità e strumenti che saranno ritenuti opportuni, l'effettiva operatività delle Reti locali di C.P. su tutto il territorio regionale e di supportarne lo sviluppo in accordo con le singole aziende sanitarie e di formulare proposte in ordine alle azioni di programmazioni ed attuazione da inserire nel P.O.C.S. 2016/2018 in fase di stesura.

20. Allegati

- Allegato 1 Strumenti valutativi (da integrare alla SVAMA):
 - a) Modulo per la segnalazione del caso di pertinenza del medico curante o del medico ospedaliero
 - b) Scheda clinica di valutazione di pertinenza del medico palliativista
- Allegato 2 Criteri di eleggibilità per le cure palliative domiciliari di base
- Allegato 3 Figure professionali che operano nelle cure palliative domiciliari
- Allegato 4 Figure professionali che operano negli Hospice
- Allegato 5 Accordo Stato-Regioni del 10 luglio 2014
- Allegato 6 Modello di istanza per la certificazione dell'esperienza professionale.

TOSCANA

L.R. 28.12.15, n. 84 - Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale. Modifiche alla l.r. 40/2005. (BUR n. 58 del 30.12.15)

PREAMBOLO

Il Consiglio regionale

Visto l'articolo 117, comma terzo, della Costituzione;

Visto l'articolo 4, comma 1, lettera c), dello Statuto;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421);

Visto il decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti tra Servizio sanitario nazionale ed Università, a norma dell'articolo 6 della Legge 30 novembre 1998 n. 419);

Vista la legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale);

Vista la legge regionale 4 febbraio 2008, n. 3 (Istituzione e organizzazione dell'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica "ISPO". Gestione liquidatoria del Centro per lo Studio e prevenzione oncologica "CSPO");

Visto il parere favorevole con condizioni del Consiglio delle autonomie locali espresso nella seduta del 4 dicembre 2015;

Visto il parere istituzionale della Prima Commissione consiliare espresso nella seduta del 10 dicembre 2015;

Considerato quanto segue:

1. Al fine di promuovere la semplificazione del sistema, la riduzione dei livelli apicali, l'uniformità e omogeneità

organizzativa in contesti più ampi rispetto ai precedenti,

la sinergia tra aziende ospedaliero-universitarie (AOU)

e le aziende unità sanitarie locali (USL) attraverso la programmazione integrata, la valorizzazione del territorio, la realizzazione di economie di scala sui diversi processi, l'integrazione della rete ospedaliera su contesti più ampi ed una diffusione omogenea delle migliori pratiche all'interno del sistema, nonché un ulteriore contenimento della spesa, si procede al ridisegno dell'assetto organizzativo del servizio sanitario regionale, già intrapreso con la legge regionale 16 marzo 2015 n. 28 (Disposizioni urgenti per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale), i cui punti cardine sono rappresentati dalla riduzione delle aziende USL, dal rafforzamento della programmazione di area vasta, dall'organizzazione del territorio e dalla revisione dei processi di "governance";

2. Il riordino del servizio sanitario regionale, anche attraverso l'accorpamento delle dodici aziende USL in tre aziende USL, una per ciascuna area vasta, promuove il miglioramento della qualità dei servizi e nel contempo assicura la sostenibilità ed il carattere pubblico ed universale del sistema sanitario a fronte anche del mutato quadro finanziario ed epidemiologico e dei costi crescenti dei processi di diagnosi e cura;

3. La revisione degli assetti e dei processi organizzativi e di erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari è volta dare una risposta alla crescita inesorabile dei bisogni assistenziali legati alla cronicità che assorbe oltre l'80 per cento del fondo sanitario e che impatta sullo sviluppo economico e sul benessere della comunità regionale;

4. La necessità di garantire una maggiore sinergia tra le aziende USL e le AOU attraverso il rafforzamento della programmazione integrata di area vasta, riconosciuto come ambito istituzionalmente forte per la capacità di coordinamento tra aziende con "mission" diversa che concorrono entrambe alla costruzione dell'offerta complessiva.

5. I dipartimenti interaziendali di area vasta rappresentano lo strumento di supporto alla programmazione di area vasta, al fine di potenziare le sinergie fra azienda USL e AOU.

6. Il nuovo assetto organizzativo delle aziende USL prevede l'individuazione del dipartimento, quale strumento organizzativo ordinario di gestione delle medesime aziende e, al fine di garantire l'omogeneità delle aziende USL sull'intero territorio regionale, individua le differenti tipologie di dipartimenti, sia a livello territoriale, sia a livello ospedaliero, e le specifiche funzioni e competenze;

7. Il dipartimento di prevenzione, continuando ad assicurare la tutela della salute collettiva, tenuto conto delle nuove dimensioni territoriali aziendali, è strutturato in unità funzionali operanti a livello aziendale o di zona distretto;

8. L'organizzazione territoriale ed il processo di governance multilivello sono resi più efficaci dalla ridefinizione complessiva delle funzioni della zona distretto, del responsabile di zona distretto e del sistema delle conferenze, anche al fine di ottimizzare le risposte territoriali dell'integrazione socio-sanitaria;

9. La revisione in termini di estensione della zona distretto, al fine di definire l'ambito ottimale di lettura dei bisogni e di identificazione delle priorità di salute, attraverso solidi meccanismi di raccordo istituzionale e l'organizzazione di un sistema di cure primarie orientato alla comunità e capace allo stesso tempo di assicurare la necessaria integrazione col livello specialistico attraverso la logica delle reti cliniche e socio-sanitarie territoriali.

10. La nuova organizzazione del presidio ospedaliero è ridefinita alla luce dell'istituzione dell'organizzazione dipartimentale, al fine di perseguire la maggiore efficienza tecnica e gestionale ed uniformare specifici che linee di produzione, attraverso una gestione più ampia e flessibile, nella quale le risorse sono messe in comune (posti letto, sale operatorie, ambulatori, strutture logistiche);
11. La necessità di istituire la nuova figura del direttore della rete ospedaliera, con funzioni di presidio del funzionamento in rete degli ospedali, per garantire unitarietà di gestione e omogeneità di approccio, nonché supporto alla direzione sanitaria aziendale nella pianificazione di lungo termine e nella programmazione della rete ospedaliera;
12. La necessità di prevedere disposizioni di natura transitoria che garantiscano la continuità del sistema nella fase di passaggio fra la vecchia organizzazione del sistema sanitario regionale e la nuova organizzazione introdotta dalla presente legge;
13. Di accogliere parzialmente il parere istituzionale della Prima Commissione consiliare, e di adeguare conseguentemente il testo della presente legge, con riferimento alle procedure di approvazione dei piani di area vasta;
14. Di accogliere parzialmente il parere del Consiglio delle autonomie locali, e di adeguare conseguentemente il testo della presente di legge, con esclusione delle osservazioni che investono l'assetto organizzativo delle aziende sanitarie;
15. Al fine di consentire che il nuovo sistema sia operativo a decorrere dal 1° gennaio 2016, è necessario disporre l'entrata in vigore della presente legge il giorno successivo alla data di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana;
- Approva la presente legge

CAPO I

Modifiche al titolo I della l.r. 40/2005

Art. 1

Definizioni. Modifiche all'articolo 2 della l.r. 40/2005

1. La lettera a) del comma 1 dell'articolo 2 della legge regionale 24 febbraio, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale) è sostituita dalla seguente:

“a) per area vasta, l'ambito di attuazione della programmazione strategica regionale nel quale sono integrate le programmazioni dell'azienda unità sanitaria locale e dell'azienda ospedaliero universitaria”.
2. Dopo la lettera q) del comma 1 dell'articolo 2 della l.r. 40/2005 è inserita la seguente:

“q bis) per rete pediatrica regionale, il complesso di obiettivi, modelli organizzativi e percorsi clinico assistenziali condivisi nei principali ambiti di assistenza pediatrica che garantiscano le migliori cure disponibili e la presa in carico e assistenza più adeguata al paziente pediatrico nel luogo più vicino alla sua residenza, sia in ambito ospedaliero che territoriale, in forma coordinata”;
3. Il numero 1 della lettera t) del comma 1 dell'articolo 2 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:

“1) area funzionale, per le attività tecnico amministrative del centro direzionale;”.
4. Dopo il numero 1 della lettera t) del comma 1 dell'articolo 2 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“1 bis) articolazioni organizzative funzionali multidisciplinari e multi professionali per la gestione dei percorsi clinici per specifiche tipologie di pazienti in ambito ospedaliero e nella continuità ospedale territorio”.
5. Il numero 3 della lettera t) del comma 1 dell'articolo 2 della l.r. 40/2005 è abrogato.
6. Il numero 1 della lettera u) del comma 1 dell'articolo 2 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:

“1) unità operativa, che è dotata di piena autonomia tecnico-professionale ed è direttamente titolare di una funzione operativa; le attività organizzative dell'unità operativa sono svolte in coerenza ed in modo integrato con la programmazione e le direttive gestionali del dipartimento multidisciplinare di appartenenza;”
7. Dopo il numero 1 della lettera u) del comma 1 dell'articolo 2 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente: integrate le programmazioni dell'azienda unità sanitaria

“1 bis) unità operativa semplice dipartimentale, la cui autonomia tecnico-professionale si esprime nell'ambito delle direttive impartite dal responsabile del dipartimento di riferimento; l'unità operativa semplice dipartimentale è costituita per lo svolgimento di attività sanitarie; ”.

8. Alla lettera v) del comma 1 dell'articolo 2 della l.r. 40/2005 le parole: “comma 1 ” sono sostituite dalle seguenti: “comma 4 ”

CAPO II

Modifiche al titolo II della l.r. 40/2005

Art. 2

I principi costitutivi del servizio sanitario regionale. Modifiche all'articolo 3 della l.r. 40/2005

1. Dopo la lettera c) del comma 1 dell'articolo 3 della l.r.40/2005 è inserita la seguente:

“c bis) rispetto del criterio di attenzione alle zone disagiate, montane, insulari e di confine, alla loro identità territoriale, alle esperienze ospedaliere maturate. ”

Art. 3

Percorso assistenziale. Modifiche all'articolo 4 della l.r. 40/2005

1. Al comma 1 dell'articolo 4 della l.r. 40/2005 dopo le parole: “risorse disponibili. ” sono aggiunte le seguenti:” Tali servizi erogano anche prestazioni di medicina complementare e integrata, in base alla valutazione di comprovata efficacia e nel rispetto della programmazione regionale in materia. ”.

2. Alla lettera c) del comma 3, dell'articolo 4 della l.r. 40/2005 dopo le parole: “libera scelta ” sono inserite le seguenti: ”e i medici specialisti ambulatoriali interni ”.

Art. 4

L'integrazione delle politiche sanitarie. Modifiche all'articolo 6 della l.r. 40/2005

1. Al comma 2 dell'articolo 6 della l.r. 40/2005 le parole: “conferenza regionale delle società della salute ” sono sostituite dalle seguenti: “conferenza regionale dei sindaci ”.

2. Al comma 2 dell'articolo 6 della l.r. 40/2005 dopo le parole: “di cui all'articolo 12 ” sono aggiunte le seguenti: “e tramite la conferenza zonale integrata di cui all'articolo 12 bis ”.

Art. 5

Salute globale e lotta alle disuguaglianze. Inserimento dell'articolo 7bis nella l.r. 40/2005

1. Dopo l'articolo 7 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“Art. 7 bis Salute globale e lotta alle disuguaglianze

1. La Regione Toscana, al fine di contrastare le disuguaglianze nell'ambito della salute e rendere più agevole l'accesso al servizio sanitario, promuove interventi sanitari in favore delle popolazioni più svantaggiate, anche a livello di cooperazione sanitaria internazionale.

2. Le attività di cui al comma 1 sono esercitate in coerenza con quanto previsto dal piano sanitario e sociale integrato regionale e dagli strumenti di programmazione regionale in materia di attività internazionali e di cooperazione sanitaria internazionale.

3. Per l'esercizio delle attività di cui al presente articolo, la Regione si avvale del Centro di salute globale, istituito presso l'azienda ospedaliero-universitaria Meyer, quale struttura di coordinamento a carattere regionale in materia di: salute globale, cooperazione sanitaria internazionale e salute dei migranti. ”.

CAPO III

Modifiche al capo I del titolo III della l.r. 40/2005

Art. 6

I livelli e gli strumenti di programmazione. Modifiche all'articolo 8 della l.r. 40/2005

1. La lettera b) del comma 3 dell'articolo 8 della l.r. 40/2005 è sostituita dalla seguente:

“b) gli atti di programmazione di area vasta; ”

2. Dopo la lettera b) del comma 3 dell'articolo 8 della l.r. 40/2005 è inserita la seguente: “b bis) gli atti della programmazione della rete pediatrica regionale ”.

3. Dopo la lettera b bis) del comma 3 dell'articolo 8 della l.r. 40/2005 è inserita la seguente: “b ter) l'atto regionale di definizione delle linee annuali di programmazione e individuazione degli obiettivi ”.

4. Dopo la lettera d) del comma 4 dell'articolo 8 della l.r. 40/2005 è inserita la seguente: “d bis) il sistema annuale di budget aziendale, in linea con gli obiettivi definiti con l'atto regionale ”.

Art. 7

La programmazione di area vasta. Sostituzione dell'articolo 9 della l.r. 40/2005

1. L'articolo 9 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:

“Art. 9 La programmazione di area vasta

1. La Regione garantisce e sovrintende all'attuazione della programmazione strategica regionale attraverso i piani di area vasta.
2. Le aziende unità sanitarie locali, le aziende ospedaliero-universitarie e gli altri enti del servizio sanitario regionale concorrono, nella specificità propria del ruolo e dei compiti di ciascuna, allo sviluppo a rete del sistema sanitario attraverso la programmazione di area vasta; i contenuti e gli obiettivi principali della programmazione di area vasta sono definiti dal piano sanitario e sociale integrato regionale del quale assumono i riferimenti temporali.
3. Al fine di perseguire l'appropriatezza degli interventi, l'integrazione dei servizi assistenziali in rete, l'ottimizzazione delle risorse e la valorizzazione e lo sviluppo delle risorse umane e delle competenze, la Regione promuove:
 - a) l'attivazione dei dipartimenti interaziendali di area vasta, quale strumento di coordinamento tecnico professionale finalizzato a supportare la programmazione strategica di area vasta;
 - b) le iniziative di continuo miglioramento della riorganizzazione a livello di area vasta anche al fine di garantire una omogenea erogazione dei livelli essenziali di assistenza;
 - c) la valorizzazione della governance tra le istituzioni.
4. Per l'esercizio delle funzioni di cui al presente articolo, sono individuate le seguenti aree vaste:
 - a) Area vasta Toscana centro, comprendente l'azienda unità sanitaria locale Toscana centro, nonché l'Azienda ospedaliero-universitaria Careggi;
 - b) Area vasta Toscana nord-ovest, comprendente l'azienda unità sanitaria locale nord-ovest, nonché l'azienda ospedaliera universitaria Pisana;
 - c) Area vasta Toscana sud-est, comprendente l'azienda unità sanitaria locale sud est, nonché l'azienda ospedaliero universitaria Senese.
5. L'azienda ospedaliero-universitaria Meyer partecipa, in relazione alle competenze di cui all'articolo 33 bis, alla programmazione delle tre aree vaste di cui al comma 4.
6. La Fondazione Toscana Gabriele Monasterio per la ricerca medica e di sanità pubblica partecipa, per quanto di competenza, alle attività di programmazione dell'area vasta nord-ovest e ai dipartimenti interaziendali della medesima area vasta; per le funzioni di valenza regionale partecipa alla programmazione delle tre aree vaste di cui al comma 4.
7. L'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (ISPO) partecipa, per quanto di competenza, alla programmazione delle tre aree vaste di cui al comma 4. ”.

Art. 8

Direttore per la programmazione di area vasta. Inserimento dell'articolo 9 bis nella l.r. 40/2005

1. Dopo l'articolo 9 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“Art. 9 bis Direttore per la programmazione di area vasta

1. In ciascuna area vasta è nominato il direttore per la programmazione di area vasta che opera sulla base delle direttive impartite dalla Giunta regionale al fine di garantire l'attuazione della programmazione strategica regionale.
2. Il direttore per la programmazione di area vasta è nominato dal Presidente della Giunta regionale tra soggetti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 3 bis, comma 3, del decreto delegato.
3. L'incarico di direttore per la programmazione di area vasta è regolato da apposito contratto di diritto privato, redatto secondo lo schema tipo approvato dal Presidente della Giunta regionale con l'osservanza delle norme di cui al libro V, titolo III, del codice civile.
4. L'incarico di direttore per la programmazione di area vasta ha una durata non inferiore a tre e non superiore a cinque anni.

5. Il trattamento economico lordo del direttore per la programmazione di area vasta è pari a quello previsto per il direttore della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute.
6. L'incarico del direttore per la programmazione di area vasta ha carattere di esclusività ed è subordinato, per i dipendenti pubblici, al collocamento in aspettativa senza assegni o fuori ruolo. Il periodo di aspettativa è utile ai fini del trattamento di quiescenza e di previdenza, nonché dell'anzianità di servizio, e i relativi oneri contributivi, calcolati sul trattamento economico corrisposto per l'incarico conferito, sono a carico del fondo sanitario regionale.
7. La gestione economica del rapporto di lavoro è demandata all'azienda unità sanitaria locale afferente l'area vasta.
8. Nel caso in cui l'incarico di direttore per la programmazione di area vasta sia conferito a un dipendente della Regione o di un ente da essa dipendente, l'amministrazione di appartenenza provvede a effettuare il versamento dei contributi previdenziali e assistenziali sull'intero trattamento economico, comprensivi delle quote a carico del dipendente e a richiedere il rimborso di tutto l'onere da essa sostenuto all'azienda unità sanitaria locale, che procede al recupero della quota a carico dell'interessato.
9. Nel caso in cui l'incarico di direttore per la programmazione di area vasta sia conferito a un dipendente di altra amministrazione pubblica, l'amministrazione di appartenenza provvede ad effettuare il versamento dei contributi previdenziali e assistenziali, comprensivi delle quote a carico del dipendente, sulla base della retribuzione che il dipendente percepiva all'atto del collocamento in aspettativa o alla quale avrebbe avuto diritto, secondo la normale progressione economica all'interno dell'amministrazione stessa, se fosse rimasto in servizio, comprensivi delle quote a carico del dipendente, richiedendo successivamente all'azienda unità sanitaria locale il rimborso di tutto l'onere sostenuto. Qualora il trattamento economico effettivamente corrisposto per l'incarico conferito sia superiore alla retribuzione figurativa già assoggettata a contribuzione da parte dell'amministrazione di appartenenza, l'azienda unità sanitaria locale provvede autonomamente ad effettuare il versamento dei contributi previdenziali ed assistenziali dovuti su tale differenza.
10. Il trattamento contributivo di cui ai commi 8 e 9 esclude ogni altra forma di versamento.
11. L'operato del direttore per la programmazione di area vasta è valutato annualmente sulla base del grado di raggiungimento degli obiettivi definiti dalla Regione. In relazione al raggiungimento degli obiettivi definiti per l'area vasta oggetto del rapporto di cui all'articolo 9 ter, comma 1, lettera d), è altresì valutato annualmente il cinquanta per cento dell'operato dei direttori generali dell'azienda unità sanitaria locale e di quella ospedaliero universitaria di area vasta.
12. Per quanto concerne le cause di decadenza e revoca dell'incarico si applica l'articolo 39. ”.

Art. 9

Funzioni del direttore per la programmazione di area vasta. Inserimento dell'articolo 9 ter nella l.r. 40/2005

1. Dopo l'articolo 9 bis della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“Art. 9 ter Funzioni del direttore per la programmazione di area vasta

 1. Il direttore per la programmazione di area vasta esercita le seguenti funzioni:
 - a) predisposizione, in attuazione del piano sanitario e sociale integrato regionale, in conformità alle direttive impartite dalla Giunta regionale e d'intesa con i direttori delle aziende sanitarie dell'area vasta, della proposta di piano di area vasta, previa intesa con la conferenza aziendale dei sindaci e con il Rettore dell'Università;
 - b) individuazione, sulla base delle proposte dei dipartimenti interaziendali di area vasta, del fabbisogno formativo e di sviluppo delle competenze;
 - c) monitoraggio e controllo, anche in corso d'anno, circa le iniziative assunte dalle aziende sanitarie in attuazione della programmazione di area vasta;
 - d) elaborazione ed inoltro alla direzione regionale competente in materia di diritto alla salute, per la relativa approvazione, della relazione annuale sullo stato di attuazione dei piani di area vasta. La Giunta regionale trasmette la relazione alla commissione consiliare competente in materia di diritto alla salute entro trenta giorni dall'approvazione da parte della direzione regionale;

- e) trasmissione delle intese e degli accordi di cui all'articolo 8, comma 4, lettera d), inerenti all'organizzazione integrata dei servizi e la regolamentazione della mobilità sanitaria, su proposta dal comitato di cui al comma 4, alla Giunta regionale, che ne controlla la conformità con il piano sanitario e sociale integrato regionale entro trenta giorni dal ricevimento; decorso tale termine tali atti si intendono approvati.
2. I direttori per la programmazione di area vasta si avvalgono, per le funzioni di supporto alla programmazione, all'attività di verifica e monitoraggio e all'attività tecnico amministrativa di un unico nucleo tecnico appositamente costituito con personale messo a disposizione dal servizio sanitario regionale.
 3. I provvedimenti connessi o conseguenti le attività del direttore per la programmazione di area vasta sono adottati, su proposta dello stesso, mediante appositi atti della Giunta regionale o del direttore della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute, per quanto di competenza.
 4. Presso la direzione regionale competente è costituito un comitato operativo con funzioni di supporto ai direttori per la programmazione di area vasta per quanto attiene l'elaborazione della proposta di piano. Il comitato operativo è composto dai direttori generali delle aziende sanitarie e dal direttore generale dell'ESTAR. ”.

Art. 10

Comitato regionale di coordinamento delle programmazioni di area vasta. Inserimento dell'articolo 9 quater nella l.r. 40/2005

1. Dopo l'articolo 9 ter della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:
“Art 9 quater Comitato regionale di coordinamento delle programmazioni di area vasta
1. Presso la direzione regionale competente in materia di diritto alla salute, è istituito il comitato regionale di coordinamento delle programmazioni di area vasta che svolge funzioni di coordinamento e monitoraggio delle attività dei direttori per la programmazione di area vasta.
2. Il comitato è composto dal direttore della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute, che lo presiede, e dai direttori per la programmazione di area vasta.”.
3. Al comitato sono invitati a partecipare, per le rispettive funzioni di valenza regionale, il direttore generale dell'Azienda ospedaliero universitaria Meyer, il direttore generale della Fondazione Toscana Gabriele Monasterio e il direttore generale dell'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica. ”.

Art. 11

Dipartimenti interaziendali di area vasta. Inserimento dell'articolo 9 quinquies della l.r. 40/2005

1. Dopo l'articolo 9 quater della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:
“Art. 9 quinquies Dipartimenti interaziendali di area vasta
1. Il dipartimento interaziendale di area vasta è lo strumento organizzativo di riferimento per il coordinamento della programmazione delle aziende sanitarie in ambito di area vasta.
2. Fanno parte del dipartimento interaziendale le unità operative dei dipartimenti aziendali, o loro unità costitutive, delle aziende sanitarie di area vasta.
3. Il dipartimento interaziendale di area vasta:
 - a) formula proposte, ai fini della realizzazione degli obiettivi del piano di area vasta, finalizzate a garantire l'omogeneità territoriale dei servizi, la predisposizione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali, la qualità e appropriatezza delle cure, l'efficienza organizzativa, tenuto conto di soglie, volumi e parametri di qualità e sicurezza definiti a livello regionale;
 - b) contribuisce alla definizione del fabbisogno formativo e di sviluppo delle competenze;
 - c) fornisce al direttore per la programmazione di area vasta contributi per il monitoraggio delle iniziative assunte dalle aziende in attuazione della programmazione di area vasta.
4. Il dipartimento interaziendale di area vasta è dotato di una assemblea, composta dai referenti professionali delle unità operative di cui al comma 2, da un referente per ciascun dipartimento delle professioni di cui all'articolo 69 quinquies, dai responsabili di branca della specialistica convenzionata afferenti a quel dipartimento, da un rappresentante del dipartimento della medicina

generale, individuati dai direttori generali delle aziende sanitarie di area vasta ed è coordinato dal direttore per la programmazione di area vasta o suo delegato.

5. Il dipartimento interaziendale adotta un apposito regolamento per la disciplina del proprio funzionamento.
6. I dipartimenti interaziendali di area vasta sono individuati, sulla base del criterio del percorso assistenziale e tenuto conto delle reti cliniche già attive, su proposta dei direttori per la programmazione di area vasta, con specifica deliberazione di Giunta regionale. ”.

CAPO IV

Modifiche al capo II del titolo III della l.r. 40/2005

Art. 12

Regione. Modifiche all'articolo 10 della l.r. 40/2005

1. La lettera b) del comma 1 dell'articolo 10 della l.r. 40/2005 è abrogata.
2. Dopo il comma 1 dell'articolo 10 della l.r.40/2005 è inserito il seguente:
“1 bis) la Giunta regionale approva i piani di area vasta, previo parere della commissione consiliare competente, ai sensi dell'articolo 23 bis comma 4;”
3. Dopo la lettera d) del comma 3 dell'articolo 10 della l.r. 40/2005 è inserita la seguente:
“d bis) impartisce direttive alle aziende sanitarie per la definizione dello statuto e dei regolamenti interni, previo parere della commissione consiliare competente, ai sensi dell'articolo 50, comma 1; ”.
4. Alla lettera e) del comma 3 dell'articolo 10 della l.r.40/2005 dopo la parola: “parere ” sono inserite le seguenti: “, sentita la commissione consiliare competente, ”.
5. Dopo il comma 4 quater dell'articolo 10 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:
“4. quinquies. Ai fini della valutazione della reale efficacia delle tecnologie, della loro appropriatezza ed efficienza, dei benefici clinici e organizzativi ad esse legati, è istituita, presso la direzione regionale competente in materia di diritto alla salute, la Commissione di valutazione delle tecnologie e degli investimenti sanitari. ”.
6. Dopo il comma 4 quinquies dell'articolo 10 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:
“4 sexies. La Commissione, di cui al comma 4-quinquies, è composta:
a) dal dirigente del settore regionale competente in materia di tecnologie sanitarie, con funzioni di coordinamento;
b) dai direttori per la programmazione di area vasta o loro delegati;
c) dal dirigente del settore regionale competente in materia di politiche del farmaco;
d) dal dirigente del settore regionale competente in materia di investimenti;
e) dal direttore dell'ESTAR o suo delegato. ”.
7. Dopo il comma 4 sexies dell'articolo 10 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:
“4 septies. La Giunta regionale definisce con specifico atto le modalità di funzionamento della Commissione di valutazione delle tecnologie sanitarie. ”.
8. Dopo il comma 4 septies dell'articolo 10 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:
“4 octies. Per lo svolgimento dei propri compiti la Commissione può avvalersi di esperti individuati all'interno del servizio sanitario regionale, del Consiglio sanitario regionale, della Commissione terapeutica regionale e degli organismi di governo clinico della Regione. ”.

Art. 13

Conferenza regionale dei sindaci. Modifiche all'articolo 11 della l.r. 40/2005

1. Alla lettera a) del comma 3 dell'articolo 11 della l.r. 40/2005 le parole: “un rappresentante” sono sostituite dalle seguenti: “due rappresentanti”;
2. La lettera b) del comma 3 dell'articolo 11 della l.r. 40/2005 è abrogata;
3. La lettera c) del comma 3 dell'articolo 11 della l.r. 40/2005 è sostituita dalla seguente:
“c) i direttori per la programmazione di area vasta di cui all'articolo 9 bis. ”.
4. Alla lettera c) del comma 4 dell'articolo 11 della l.r. 40/2005 le parole: “comma 6 ” sono sostituite dalle seguenti: “comma 7 ”.

5. Alla lettera g) del comma 4 dell'articolo 11 della l.r. 40/2005 le parole: "comma 1 " sono sostituite dalle seguenti " comma 3 ".

6. Al comma 8 dell'articolo 11 della l.r. 40/2005 dopo le parole: "a maggioranza " sono inserite le seguenti: "dei due terzi ";

Art. 14

Abrogazione dell'articolo 11 bis della l.r. 40/2005

1. L'articolo 11 bis della l.r. 40/2005 è abrogato

Art. 15

Le conferenze aziendali dei sindaci. Sostituzione dell'articolo 12 della l.r. 40/2005

1. L'articolo 12 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:

"Art. 12 Le conferenze aziendali dei sindaci

1. La conferenza aziendale è composta dai presidenti delle conferenze zonali integrate e dai presidenti delle società della salute ed è presieduta da uno dei componenti scelto fra i presidenti delle conferenze zonali integrate o fra i presidenti delle società della salute. Alle sedute della conferenza partecipano per gli atti di relativa competenza i direttori generali delle aziende sanitarie di area vasta, il direttore per la programmazione di area vasta e il Rettore dell'università di riferimento senza diritto di voto.

2. I componenti della conferenza aziendale intervengono ognuno con le proprie quote di partecipazione in proporzione alla popolazione residente.

3. La conferenza aziendale dei sindaci assume le proprie deliberazioni con il voto favorevole della maggioranza dei rappresentanti e con il voto favorevole dei componenti che rappresentano almeno il 67 per cento delle quote di partecipazione.

4. Il funzionamento della conferenza aziendale dei sindaci è disciplinato da un apposito regolamento adottato dalla conferenza stessa. Il regolamento può prevedere la possibilità di delega da parte dei presidenti delle conferenze zonali integrate o dei presidenti delle società della salute. Il regolamento può prevedere la costituzione di un esecutivo con funzioni istruttorie per la conferenza.

5. La conferenza aziendale dei sindaci esercita le funzioni di indirizzo, verifica e valutazione di cui all'articolo 3, comma 14, del decreto delegato.

6. La conferenza aziendale dei sindaci svolge le seguenti funzioni:

a) emana gli indirizzi per l'elaborazione del piano attuativo locale di cui all'articolo 22;

b) approva il piano attuativo locale;

c) esprime le proprie valutazioni in merito alla nomina del direttore generale ai sensi dell'articolo 37, comma 2, lettera a);

d) esamina ed esprime parere sugli atti di bilancio dell'azienda unità sanitaria locale;

e) propone al Presidente della Giunta regionale la revoca del direttore generale ai sensi dell'articolo 39, comma 8;

f) concorre con propri indirizzi all'elaborazione del piano di area vasta di cui all'articolo 23 bis;

g) esprime l'intesa sul piano di area vasta ai sensi dell'articolo 23 bis, comma 4;

h) esprime parere obbligatorio sul piano attuativo delle aziende ospedaliere universitarie di riferimento e sulle relative relazioni aziendali.

7. L'azienda unità sanitaria locale mette a disposizione idonei locali per la conferenza aziendale dei sindaci e per le conferenze zonali dei sindaci. Le conferenze aziendali dei sindaci e le conferenze zonali dei sindaci sono supportate, nell'esercizio delle loro attività, dall'insieme degli uffici di piano di livello zonale di cui all'articolo 64.2, comma 5. ".

Art. 16

Conferenza zonale integrata. Inserimento dell'articolo 12 bis nella l.r. 40/2005

1. Dopo l'articolo 12 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

"Art. 12 bis Conferenza zonale integrata

1. La conferenza zonale integrata è la conferenza zonale dei sindaci di cui all'articolo 34 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di

- cittadinanza sociale), integrata con il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale o suo delegato.
2. I componenti della conferenza zonale integrata intervengono ognuno con le proprie quote di partecipazione così determinate:
 - a) il 66 per cento del totale è assegnato ai rappresentanti delle amministrazioni locali, che lo ripartiscono fra di loro in proporzione alla popolazione residente;
 - b) il 34 per cento del totale è assegnato all'azienda sanitaria locale di riferimento.
 3. La conferenza zonale integrata assume le proprie deliberazioni con il voto favorevole della maggioranza dei rappresentanti degli enti locali e con il voto favorevole dei componenti che rappresentano almeno il 67 per cento delle quote di partecipazione, ad eccezione dell'intesa di cui al comma 5, lettera c).
 4. Alla conferenza di cui al presente articolo si applica l'articolo 34, commi 3, 4 e 5, della l.r. 41/2005 .
 5. La conferenza zonale integrata esercita le funzioni di indirizzo degli obiettivi sanitari, socio-sanitari e sociali integrati di livello locale in coerenza con la programmazione aziendale e sulla base del profilo di salute ed in particolare:
 - a) emana gli indirizzi per l'elaborazione del piano integrato di salute (PIS), tenuto conto del profilo di salute e delle risorse a disposizione;
 - b) approva il PIS;
 - c) esprime l'intesa necessaria per la nomina del responsabile di zona;
 - d) coordina gli strumenti della programmazione operativa di livello zonale;
 - e) approva la convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione socio-sanitaria, di cui all'articolo 70 bis;
 - f) esprime l'intesa necessaria per la nomina del coordinatore sociale di zona di cui all'articolo 37 della l.r. 41/2005 .
 6. Il funzionamento della conferenza zonale integrata è disciplinato da un apposito regolamento adottato dalla conferenza stessa. Il regolamento può prevedere la possibilità di delega da parte del sindaco a favore dell'assessore competente e da parte del direttore generale nei confronti di un componente del comitato di direzione ad esclusione del responsabile di zona-distretto. Il regolamento può prevedere la costituzione di un esecutivo della conferenza.
 7. Laddove costituite le società della salute le competenze della conferenza zonale integrata sono esercitate dall'assemblea dei soci di cui all'articolo 71 sexies. ”.

Art. 17

Università. Modifiche all'articolo 13 della l.r. 40/2005

1. Al comma 4 dell'articolo 13 della l.r. 40/2005 dopo le parole: “la commissione è formata ” sono aggiunte le seguenti: “dai direttori per la programmazione di area vasta, ”.
2. Alla lettera b) del comma 5 dell'articolo 13 della l.r.40/2005 dopo le parole: “apporti reciproci ” sono aggiunte le seguenti: “con particolare riguardo alle modalità di partecipazione del personale del Servizio Sanitario Nazionale alla didattica e alla formazione, ”

CAPO V

Modifiche al capo III del titolo III della l.r. 40/2005

Art. 18

La valutazione delle politiche sanitarie e sociali integrate. Modifiche all'articolo 20 della l.r. 40/2005

1. Dopo la lettera b) del comma 1 dell'articolo 20 della l.r. 40/2005 è aggiunta la seguente: “b bis) relazione annuale sullo stato di attuazione dei piani di area vasta; ”.

Art. 19

Piani integrati di salute. Sostituzione dell'articolo 21 della l.r. 40/2005

1. L'articolo 21 della l.r. 40/2005 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente: “Art. 21 Piani integrati di salute

1. Il piano integrato di salute (PIS), in coerenza con le disposizioni del piano sanitario e sociale integrato regionale, del piano di area vasta e del piano attuativo locale, è lo strumento di programmazione integrata delle politiche sanitarie e sociali a livello zonale.
2. È compito del PIS:
 - a) definire gli obiettivi di salute e benessere ed i relativi standard quantitativi e qualitativi in linea con gli indirizzi regionali, tenendo conto del profilo di salute e dei bisogni sanitari e sociali delle comunità locali;
 - b) individuare efficaci azioni di contrasto nei confronti delle diseguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria;
 - c) adottare strategie per rendere più facili i progetti individuali di cambiamento degli stili di vita;
 - d) individuare le modalità attuative;
 - e) definire la rete dei servizi e degli interventi attivati sul territorio con indicazione delle capacità di intervento in termini sia di strutture che di servizi;
 - f) individuare, sulla base degli obiettivi di salute di cui alla lettera a), le priorità di allocazione delle risorse provenienti dal fondo sanitario regionale e di quelle dei comuni;
 - g) definire il fabbisogno di strutture residenziali e semiresidenziali, in coerenza con la programmazione regionale;
 - h) promuovere l'integrazione delle cure primarie con il livello specialistico attraverso reti cliniche integrate e strutturate;
 - i) definire, tenuto conto della complessiva organizzazione aziendale, la distribuzione sul territorio dei relativi presidi;
 - l) individuare gli strumenti di valutazione di risultato relativi agli obiettivi specifici di zona.
3. Il PIS è approvato dalla conferenza zonale integrata o dalle società della salute ove esistenti, si coordina e si integra con il piano di inclusione zonale (PIZ) di cui all'articolo 29 della l.r. 41/2005 , ed è presentato nei consigli comunali entro trenta giorni dalla sua approvazione.
4. In caso di accordo con la conferenza zonale dei sindaci il ciclo di programmazione del PIS può assorbire l'elaborazione del PIZ.
5. Ai fini del coordinamento delle politiche sociosanitarie con le altre politiche locali in grado di incidere sullo stato di salute della popolazione e dell'integrazione fra i diversi strumenti di programmazione locale, il procedimento di formazione del PIS prevede:
 - a) il raccordo con le competenti strutture organizzative delle amministrazioni comunali interessate;
 - b) la consultazione con le associazioni di volontariato e tutela, le cooperative sociali e le altre associazioni del terzo settore.
6. Il PIS ha durata analoga al ciclo di programmazione sociale e sanitaria integrata regionale. La parte operativa zonale è aggiornata annualmente ed è condizione per l'attivazione delle risorse di cui all'articolo 29, comma 5, della l.r. 41/2005 .
7. La Giunta regionale elabora linee guida per la predisposizione del PIS e per la sua integrazione con il PIZ. ”.

Art. 20

Piani attuativi locali. Modifiche all'articolo 22 della l.r. 40/2005

1. Il comma 1 dell'articolo 22 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:

“1. Il piano attuativo locale è lo strumento di programmazione con il quale, nei limiti delle risorse disponibili, nell'ambito delle disposizioni del piano sanitario e sociale integrato regionale, del piano di area vasta e degli indirizzi impartiti dalla conferenza aziendale dei sindaci, le aziende unità sanitarie locali programmano le attività da svolgere recependo i PIS, relativamente alle attività sanitarie territoriali e socio-sanitarie. Il piano attuativo locale ha durata quinquennale e può prevedere aggiornamenti. ”.
2. Il comma 2 dell'articolo 22 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:

“2. La conferenza aziendale dei sindaci, previo parere delle conferenze zonali dei sindaci, formula indirizzi per l'azienda unità sanitaria locale per l'elaborazione del piano attuativo locale. ”.
3. Il comma 3 dell'articolo 22 della l.r. 40/2005 è abrogato.

4. Il comma 4 dell'articolo 22 della l.r. 40/2005 è abrogato.

5. Al comma 5 dell'articolo 22 della l.r. 40/2005 le parole: "ospedaliere e territoriali" sono soppresse.

Art. 21

Piani attuativi ospedalieri. Modifiche all'articolo 23 della l.r. 40/2005

1. Al comma 2 dell'articolo 23 della l.r. 40/2005 le parole: "in particolare" sono sostituite dalla parola "anche";

2. Al comma 4 dell'articolo 23 della l.r. 40/2005 le parole: "competente articolazione di area vasta della conferenza regionale delle società della salute" sono sostituite dalle seguenti: "conferenza aziendale dei sindaci".

Art. 22

Piano di area vasta. Inserimento dell'articolo 23 bis nella l.r. 40/2005

1. Dopo l'articolo 23 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

"Art. 23 bis Piano di area vasta

1. Il piano di area vasta è lo strumento attraverso il quale si armonizzano e si integrano, su obiettivi unitari di salute ed in coerenza con la programmazione regionale, i livelli di programmazione dell'azienda unità sanitaria locale e dell'azienda ospedaliera universitaria.

2. Il piano di area vasta, in particolare, coordina l'offerta complessiva dei percorsi assistenziali, definiti attraverso i dipartimenti interaziendali di area vasta, garantendo l'appropriatezza degli interventi, anche tenendo conto delle particolari condizioni delle zone disagiate e montane del territorio.

3. Il piano di area vasta è proposto dal direttore per la programmazione di area vasta, coadiuvato dal comitato operativo, di cui all'articolo 9 ter, comma 4.

4. Il piano di area vasta, previa intesa con la conferenza aziendale dei sindaci e il Rettore dell'università per quanto di competenza, è trasmesso alla Giunta regionale che ne controlla la conformità con il piano sanitario e sociale integrato regionale e lo approva, previa acquisizione del parere della competente commissione consiliare, entro quaranta giorni dal ricevimento.

5. Il piano di area vasta ha durata analoga al ciclo di programmazione sociale e sanitaria integrata regionale ed è aggiornato annualmente."

Art. 23

Relazione sanitaria aziendale. Modifiche all'articolo 24 della l.r. 40/2005

1. Il comma 4 dell'articolo 24 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:

"4. La conferenza aziendale dei sindaci esprime le proprie valutazioni sulle relazioni sanitarie e le trasmette alla Giunta regionale."

2. Dopo il comma 4 dell'articolo 24 della l.r. 40/2005 è aggiunto il seguente:

"4 bis. Il direttore generale riferisce annualmente alla commissione consiliare competente in merito ai contenuti della relazione sanitaria aziendale"

Art. 24

Finanziamento delle aziende unità sanitarie locali. Modifiche all'articolo 27 della l.r. 40/2005

1. Il comma 1 dell'articolo 27 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:

"1. La Giunta regionale provvede annualmente, all'assegnazione alle aziende unità sanitarie locali del fondo ordinario di gestione, ripartendolo tra le stesse secondo i criteri definiti dal piano sanitario e sociale integrato regionale finalizzati anche ad assicurare un'equa ripartizione delle risorse in funzione delle diverse condizioni socio ambientali del territorio delle aziende medesime."

Art. 25

Finanziamento delle aziende ospedaliero-universitarie. Modifiche all'articolo 28 della l.r. 40/2005

1. Dopo il comma 2 dell'articolo 28 della l.r. 40/2005 è aggiunto il seguente:

"2 bis. In relazione ai fondi di cui al comma 2, il piano sanitario e sociale integrato regionale individua criteri atti ad assicurare una equilibrata ripartizione di tali risorse tra le aziende ospedaliero universitarie"

Art. 26

Finanziamento aziendale tramite tariffe. Modifiche all'articolo 30 della l.r. 40/2005

1. Dopo il comma 3 dell'articolo 30 della l.r. 40/2005 è aggiunto il seguente:

“3 bis. Al fine del rilascio dell'autorizzazione, di cui al comma 1, la commissione di cui all'articolo 10, comma 4 quinquies, esprime apposito parere. ”.

Art. 27

Indebitamento delle aziende e dell' ESTAR. Modifiche all' articolo 30 bis della l.r. 40/2005

1. Dopo il comma 1 dell'articolo 30 bis della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“1 bis. Fatto salvo quanto stabilito da eventuali disposizioni legislative o regolamentari a valenza nazionale, la determinazione delle poste del valore della produzione che compongono le entrate proprie correnti di cui al comma 1 è affidata a deliberazioni della Giunta regionale. ”.

CAPO VI

Modifiche al capo I del titolo IV della l.r. 40/2005

Art. 28

Aziende ospedaliero-universitarie. Modifiche all' articolo 33 della l.r. 40/2005

1. Alla lettera f) del comma 2 dell'articolo 33 della l.r. 40/2005 la parola “inscindibilmente ” è soppressa.

Art. 29

Rete pediatrica e ruolo dell'azienda ospedaliero-universitaria Meyer. Inserimento dell'articolo 33 bis nella l.r. 40/2005

1. Dopo l'articolo 33 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“Art. 33 bis - Rete pediatrica e ruolo dell'azienda ospedaliero universitaria Meyer

1. L'azienda ospedaliero universitaria Meyer assicura, nell'ambito regionale, di concerto con i direttori per la programmazione di area vasta ed i direttori generali delle aziende sanitarie, la funzione di riorganizzazione e coordinamento operativo della rete pediatrica regionale.

2. In tale ambito, l'azienda ospedaliero universitaria Meyer procede, di concerto con i direttori per la programmazione di area vasta ed i direttori generali delle aziende sanitarie, alla definizione:

a) dei percorsi assistenziali omogenei, anche con l'integrazione ospedale-territorio e il coinvolgimento dei pediatri di libera scelta, favorendo e sviluppando la presa in carico del paziente minore di età nelle sedi più vicine alla sua abitazione, fatte salve le attività diagnostico-clinico-terapeutiche a più elevata complessità;

b) le iniziative necessarie per assicurare la continuità assistenziale e cure tempestive ed appropriate;

c) di percorsi per una precoce presa in carico integrata della grave cronicità in età pediatrica;

d) dei ruoli dei diversi soggetti che fanno parte della rete pediatrica;

e) dello sviluppo delle conoscenze attraverso attività formative rivolte al personale medico e delle professioni sanitarie, in ambito pediatrico.

3. L'azienda ospedaliero universitaria Meyer si raccorda con i direttori per la programmazione di area vasta e con i direttori generali delle aziende sanitarie per la condivisione di una metodologia organizzativa omogenea, per l'applicazione di percorsi assistenziali definiti e per la promozione della qualità e dell'appropriatezza delle cure in ambito pediatrico.

4. Il governo e la composizione della rete pediatrica regionale è definito dalla Giunta regionale con specifica deliberazione. ”.

Art. 30

Percorso pediatrico nel pronto soccorso degli ospedali regionali e cronicità in ambito pediatrico. Inserimento dell'articolo 33 ter nella l.r. 40/2005

1. Dopo l'articolo 33bis della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“Art. 33 ter Percorso pediatrico nei pronto soccorso degli ospedali regionali e cronicità in ambito pediatrico

1. Nei presidi ospedalieri toscani con oltre duemilacinquecento accessi pediatrici annui sono assunte le iniziative necessarie per assicurare la continuità dell'assistenza pediatrica, nonché per garantire il diritto del minore all'accesso specifico riservato a cure tempestive ed appropriate, anche attraverso aree individuate fisicamente che garantiscano ai percorsi di permanenza nel settore dell'emergenza

urgenza le peculiari necessità del minore, dalle attrezzature mediche e di assistenza agli spazi ludici e di soggiorno, di diagnostica e di cura.

2. Per la grave cronicità in età pediatrica sono istituiti percorsi per una precoce presa in carico integrata multidisciplinare. I centri di riferimento presenti in Toscana si coordinano e predispongono protocolli condivisi su tutto il territorio regionale validati dalla letteratura internazionale per una gestione in rete che garantisca la massima qualità, nonché la disponibilità di cure idonee prossime al luogo di residenza della famiglia ”.

Art. 31

Sperimentazioni gestionali. Sostituzione dell'articolo 34 della l.r. 40/2005

1. L'articolo 34 della l.r.40/2005 è sostituito dal seguente:

“Art. 34 Sperimentazioni gestionali

1. Le aziende sanitarie, al fine di introdurre nell'organizzazione delle prestazioni elementi di innovazione, economicità ed efficienza, possono, previa sperimentazione, attivare rapporti in forma societaria con soggetti privati nel rispetto degli indirizzi della programmazione sanitaria e sociale integrata regionale e relativamente alle attività in essa indicate
2. È fatto obbligo alle aziende di sottoporre preventivamente alla Giunta regionale lo schema dello statuto delle società che si intende costituire, unitamente ad una relazione illustrativa circa le finalità, il funzionamento ed i risultati gestionali attesi. La Giunta regionale propone l'atto conseguente al Consiglio regionale che l'approva entro i successivi trenta giorni. L'attivazione dei rapporti in forma societaria avviene nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 9-bis del decreto delegato.
3. Il Consiglio regionale verifica annualmente l'andamento delle società costituite per le sperimentazioni gestionali. ”.

Art. 32

Sperimentazioni gestionali con convenzione. Inserimento dell'articolo 34 bis nella l.r. 40/2005

1. Dopo l'articolo 34 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“Art. 34 bis

1. Le aziende sanitarie, al fine di introdurre nell'organizzazione delle prestazioni elementi di innovazione, economicità ed efficienza, possono, previa sperimentazione, attivare convenzioni con soggetti privati nel rispetto degli indirizzi della programmazione sanitaria e sociale integrata regionale e relativamente alle attività in essa indicate
2. È fatto obbligo alle aziende di sottoporre preventivamente alla Giunta regionale lo schema della convenzione che si intende attivare, unitamente ad una relazione illustrativa circa le finalità, il funzionamento ed i risultati gestionali attesi. La Giunta regionale propone l'atto conseguente al Consiglio regionale che l'approva entro i successivi trenta giorni. L'attivazione dei rapporti con convenzione avviene nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 9-bis del decreto delegato.
3. Il Consiglio regionale verifica annualmente l'andamento delle convenzioni attivate per le sperimentazioni gestionali. ”.

CAPO VII

Modifiche al capo II del titolo IV della l.r. 40/2005

Art. 33

Organi. Modifiche all'articolo 35 della l.r. 40/2005

1. Dopo la lettera a) del comma 1 dell'articolo 35 della l.r. 40/2005 è inserita la seguente:

“a bis) il collegio di direzione; ”.

Art. 34

Funzioni e competenze del direttore generale. Modifiche all'articolo 36 della l.r. 40/2005

1. Al comma 1 dell'articolo 36 della l.r. 40/2005 dopo le parole: “poteri di gestione ” è inserita la seguente: “complessiva ”
2. La lettera a) del comma 3 dell'articolo 36 della l.r.40/2005 è sostituita dalla seguente:

“a) la nomina, la sospensione e la decadenza del direttore amministrativo, del direttore sanitario, e, per le aziende unità sanitarie locali, del direttore dei servizi sociali e del direttore della rete ospedaliera;”

3. La lettera h) del comma 3 dell'articolo 36 della l.r. 40/2005 è sostituita dalla seguente:

“h) i provvedimenti che comportano modifiche del patrimonio immobiliare dell'azienda;”.

Art. 35

Cause di decadenza e revoca del direttore generale. Modifiche all'articolo 39 della l.r. 40/2005

1. Il comma 8 dell'articolo 39 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:

“8. La conferenza aziendale dei sindaci, nel caso di manifesta inattuazione dei piani attuativi locali, può chiedere al Presidente della Giunta regionale di revocare il direttore generale o, qualora il contratto sia già scaduto, di non disporre l'attribuzione di un ulteriore mandato.”.

Art. 36

Il direttore sanitario, il direttore amministrativo e il direttore dei servizi sociali. Modifiche all'articolo 40 della l.r. 40/2005

1. Il comma 3 dell'articolo 40 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:

“3. Nelle aziende unità sanitarie locali il direttore è coadiuvato da un direttore dei servizi sociali con compiti di direzione e di coordinamento delle attività di cui all'articolo 3-septies del decreto delegato.”.

Art 37

Elenchi degli aspiranti alla nomina a direttore amministrativo a direttore sanitario, a direttore dei servizi sociali, a direttore delle società della salute e a direttore delle zone distretto. Modifiche all'articolo 40 bis della l.r. 40/2005

1. Il comma 1 dell'articolo 40 bis della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:

“1. Presso la competente struttura della Giunta regionale sono istituiti gli elenchi degli aspiranti alla nomina a direttore amministrativo di aziende unità sanitarie locali, aziende ospedaliero-universitarie e ESTAR, degli aspiranti alla nomina a direttore sanitario di aziende unità sanitarie locali e di aziende ospedaliero-universitarie, degli aspiranti alla nomina a direttore dei servizi sociali di aziende unità sanitarie locali e degli aspiranti alla nomina dei direttori delle società della salute e dei direttori delle zone distretto.”.

Art. 38

Collegio di direzione delle aziende sanitarie. Inserimento dell'articolo 40 ter nella l.r. 40/2005

1. Dopo l'articolo 40 bis della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“Art. 40 ter Collegio di direzione delle aziende sanitarie.

1. In ogni azienda sanitaria è costituito il collegio di direzione, di cui la direzione aziendale si avvale per la programmazione e la valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria con particolare riferimento alla appropriatezza dei percorsi diagnostico-assistenziali; il collegio di direzione concorre alla formulazione dei programmi di formazione, di ricerca e innovazione, delle soluzioni organizzative per lo svolgimento della attività libero-professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici. Il collegio di direzione supporta la direzione aziendale nell'adozione degli atti di governo clinico dell'azienda con modalità disciplinate dallo statuto; la disciplina prevede la convocazione periodica dell'organismo da parte del direttore sanitario, i provvedimenti soggetti a parere, le modalità di partecipazione del collegio di direzione all'azione di governo.

2. Il collegio di direzione è composto da:

a) Il direttore sanitario, che lo presiede;

b) i vice presidenti del consiglio dei sanitari;

c) i direttori dei dipartimenti, di cui all'articolo 69 bis, comma 2;

d) i direttori infermieristico e tecnico sanitario di cui all'articolo 69 quinquies comma 5;

e) un medico di medicina generale eletto fra i coordinatori delle aggregazioni funzionali territoriali (AFT) di cui all'  articolo 1 del decreto-legge 13 settembre 2012, n.158 (Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del paese mediante un più alto livello di tutela della salute) convertito, con

modificazioni, dalla  legge 8 novembre 2012, n. 189 , e un pediatra di libera scelta eletto dal comitato aziendale della pediatria di libera scelta.

3. Nelle aziende unità sanitarie locali fanno parte del collegio di direzione anche i coordinatori sanitari ed i coordinatori sociosanitari di zona di cui all'articolo 64.2, comma 4, ed i direttori dei presidi ospedalieri.
4. Nelle aziende ospedaliero-universitarie i membri di cui al comma 2, lettere b) e c), sono complessivamente in numero uguale per le componenti universitaria ed ospedaliera; a tal fine, ove si verificasse uno squilibrio tra le due componenti, il collegio di direzione è integrato dal numero di membri necessario per raggiungere la parità, designati dai dipartimenti tra i dirigenti laureati responsabili di strutture organizzative all'interno dei dipartimenti stessi.
5. Alle sedute del collegio di direzione partecipano altresì il direttore amministrativo, e il farmacista incaricato dal direttore sanitario del coordinamento e dell'integrazione a livello aziendale delle politiche del farmaco. ”.

Art. 39

Collegio sindacale. Nomina e funzionamento. Modifiche all'articolo 41 della l.r. 40/2005

1. Al comma 1 dell'articolo 41 della l.r. 40/2005 le parole: “è composto da cinque membri nominati ” sono sostituite dalle seguenti: “è nominato ”.
2. Dopo il comma 1 dell'articolo 41 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“1 bis. Il Presidente della Giunta regionale designa un membro del collegio sindacale delle aziende unità sanitarie locali, ai sensi dell'articolo 3 ter, comma 3, del decreto delegato, previa deliberazione del Consiglio regionale ”.

CAPO VIII

Modifiche al capo III del titolo IV della l.r. 40/2005

Art. 40

Le strutture regionali del governo clinico. Modifiche all'articolo 43 della l.r. 40/2005

1. La lettera d) del comma 1 dell'articolo 43 della l.r. 40/2005 è sostituita dalla seguente:

“d) Centro regionale per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente; ”.
2. Dopo la lettera d bis) del comma 1 dell'articolo 43 della l.r. 40/2005 è inserita la seguente:

“d ter) Centro regionale di riferimento per le criticità relazionali; ”.
3. Dopo la lettera d ter) del comma 1 dell'articolo 43 della l.r. 40/2005 è inserita la seguente:

“d quater) Centro regionale di riferimento per la verifica esterna di qualità (VEQ); ”.
4. Dopo la lettera d quater) del comma 1 dell'articolo 43 della l.r. 40/2005 è inserita la seguente:

“d quinquies) Centro di coordinamento regionale per la salute e la medicina di genere. ”.
5. Il comma 4 dell'articolo 43 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:

“ 4. La Giunta regionale, con proprio provvedimento, disciplina:

 - a) le funzioni ed i compiti delle strutture e degli organismi di governo clinico, nonché il rimborso dei costi connessi al loro funzionamento, nell'ambito del perseguimento di obiettivi di carattere generale;
 - b) la corresponsione, in conformità alla normativa statale vigente, delle indennità e dei rimborsi spese spettanti ai componenti delle strutture e degli organismi di governo clinico, determinandone gli importi, i criteri e le modalità di erogazione; l'importo delle indennità è determinato tenendo conto della funzione di ciascun organismo, della complessità degli atti che è chiamato ad assumere, dell'impegno richiesto ai componenti e delle conseguenti responsabilità. ”.

Art. 41

Consiglio dei sanitari delle aziende unità sanitarie locali. Modifiche all'articolo 44 della l.r. 40/2005

1. Alla lettera d) del comma 2 dell'articolo 44 della l.r. 40/2005 le parole: “di vigilanza ed ispezione ” sono sostituite dalle seguenti: “della prevenzione ”.

Art. 42

Consiglio dei sanitari delle aziende ospedaliero-universitarie. Modifiche all'articolo 45 della l.r. 40/2005

1. La lettera c) del comma 3 dell'articolo 45 della l.r. 40/2005 è sostituita dalla seguente:

“c) quattro componenti in rappresentanza degli altri laureati, in misura pari tra la componente universitaria e quella ospedaliera ”;

2. Il comma 9 dell'articolo 45 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:

“9. Al fine di assicurare la piena rappresentatività nel consiglio dei sanitari delle strutture di cui al comma 3, lettera a), in sede di insediamento, il direttore generale può designare i membri, individuati tra i dirigenti, nel numero strettamente necessario a soddisfare i criteri di parità enunciati nei commi precedenti fino ad un massimo di otto membri, tenendo conto dei livelli di responsabilità nell'organizzazione aziendale ”.

Art. 43

Competenze e funzionamento del consiglio dei sanitari delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliero-universitarie. Modifiche all'articolo 46 della l.r. 40/2005

1. Al comma 3 dell'articolo 46 della l.r. 40/2005 dopo le parole: “comma 3, lettera a) ” sono aggiunte le seguenti: “i candidati alla vice presidenza devono provenire dalla componente elettiva del consiglio ”.

Art. 44

Abrogazione dell'articolo 48 della l.r. 40/2005

1. L'articolo 48 della l.r. 40/2005 è abrogato.

Art. 45

Abrogazione dell'articolo 49 della l.r. 40/2005

1. L'articolo 49 della l.r. 40/2005 è abrogato

CAPO IX

Modifiche al capo IV del titolo IV della l.r. 40/2005

Art. 46

Statuto aziendale. Modifiche all'articolo 50 della l.r. 40/2005

1. Al comma 1 dell'articolo 50 della l.r. 40/2005 le parole: “dei criteri fissati dal piano sanitario e sociale integrato regionale ” sono sostituite dalle seguenti: “delle direttive impartite dalla Giunta regionale previo parere della commissione consiliare competente ”.

2. Alla lettera a) del comma 2 dell'articolo 50 della l.r. 40/2005 dopo la parola “azienda ” sono inserite le seguenti: “e le eventuali sedi operative ”.

3. Alla lettera c) del comma 2 dell'articolo 50 della l.r. 40/2005 le parole: “di coordinamento tecnico ” sono sostituite dalle seguenti: “di cui alla presente legge ”.

4. Dopo la lettera e) del comma 2 dell'articolo 50 della l.r. 40/2005 è aggiunta la seguente:

“e bis) i casi in cui il comitato di dipartimento di cui all'articolo 69 bis, comma 6, esprime pareri. ”.

5. Al comma 4 dell'articolo 50 della l.r. 40/2005 dopo le parole: “Lo schema di statuto aziendale ” sono inserite le seguenti: “e il regolamento di organizzazione aziendale ”. Dopo le parole: “La Giunta regionale esprime il proprio parere ” sono inserite le seguenti: “, sentita la commissione consiliare competente, “

6. Il comma 5 dell'articolo 50 della l.r. 40/2005 è abrogato.

7. Alla lettera b) del comma 7 dell'articolo 50 della l.r. 40/2005 le parole: “48, comma 4 ” sono sostituite dalle seguenti: “40 ter, comma 4 ”.

CAPO X

Modifiche al capo V del titolo IV della l.r. 40/2005

Art. 47

La rete formativa del servizio sanitario regionale per la formazione continua. Modifiche all'articolo 51 della l.r. 40/2005

1. Al comma 1 dell'articolo 51 della l.r. 40/2005 dopo le parole: “rete ospedaliera ” sono inserite le seguenti: “e territoriale ”.

2. Al comma 3 dell'articolo 51 della l.r. 40/2005 dopo le parole: “(Istituzione e organizzazione dell'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica "ISPO". Gestione liquidatoria del Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica "CSPO") ” sono inserite le seguenti. “e dalle altre strutture che effettuano attività formativa di livello regionale. ”.

3. Alla lettera f) del comma 5 dell'articolo 51 della l.r. 40/2005 la parola "interprofessionale" è sostituita dalle seguenti: "multi professionale";

4. Il comma 6 dell'articolo 51 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:

"6. La Giunta regionale promuove l'accreditamento delle agenzie formative e l'implementazione di un'anagrafe formativa regionale alimentata dalle stesse. La Giunta regionale, al fine di allineare l'anagrafe formativa regionale con l'anagrafe nazionale, promuove convenzioni, anche a titolo sperimentale, con ordini e collegi e loro consorzi o comunque con i soggetti a cui compete la gestione dell'anagrafe nazionale."

5. Dopo il comma 6 dell'articolo 51 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

"6 bis. L'Osservatorio sulla qualità della formazione sanitaria, già istituito presso la direzione regionale competente in materia di diritto alla salute, svolge le seguenti funzioni:

a) effettua gli audit nell'ambito del sistema di accreditamento delle agenzie formative;

b) valuta la qualità della formazione erogata dalle agenzie accreditate."

6. Dopo il comma 6 bis dell'articolo 51 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

"6 ter. La composizione dell'Osservatorio è definita con apposita deliberazione di Giunta regionale, garantendo una adeguata rappresentanza delle professioni interessate e dei responsabili degli uffici per la formazione delle aziende sanitarie."

Art. 48

Apporto della rete formativa regionale alla formazione di base. Modifiche all'articolo 52 della l.r. 40/2005

1. Alla lettera a) del comma 1 dell'articolo 52 della l.r. 40/2005 le parole: "tutor o di docente" sono sostituite dalle seguenti: "coordinamento, tutor e di docente"

Art. 49

La ricerca e l'innovazione. Modifiche all'articolo 54 della l.r. 40/2005

1. All'alinea del comma 2 dell'articolo 54 della l.r. 40/2005 le parole: "dell'assistenza farmaceutica," sono sostituite dalle seguenti: "dell'assistenza sanitaria e farmaceutica in particolare,"

2. La lettera b) del comma 2 dell'articolo 54 della l.r. 40/2005 è sostituita dalla seguente:

"b) l'innovazione farmacologica, tecnologica ed organizzativa;"

3. Al comma 2 dell'articolo 54 della l.r. 40/2005, dopo la lettera c) è aggiunta la seguente: "c bis) l'innovazione organizzativa e gestionale per migliorare il rapporto tra esiti e costo delle cure"

CAPO XI

Modifiche al capo I del titolo V della l.r. 40/2005

Art. 50

Principi e finalità dell'organizzazione. Modifiche all'articolo 55 della l.r. 40/2005

1. Alla lettera i) del comma 3 dell'articolo 55 della l.r. 40/2005 dopo le parole: "di qualità," sono aggiunte le seguenti: "di appropriatezza,"

2. Dopo la lettera j) del comma 3 dell'articolo 55 della l.r. 40/2005 è aggiunta la seguente: "j bis) rispetto delle norme legislative e dei contratti vigenti"

Art. 51

Funzioni di pianificazione, programmazione e controllo. Modifiche all'articolo 56 della l.r. 40/2005

1. Al comma 3 dell'articolo 56 della l.r. 40/2005 dopo le parole: "direzione aziendale," sono aggiunte le seguenti: "in coerenza con quanto previsto dal piano di area vasta e dal PSSIR"

2. Alla fine del comma 4 dell'articolo 56 della l.r. 40/2005, sono aggiunte le seguenti parole: ", anche prevedendo sistematici processi di confronto con le altre aziende sanitarie"

Art. 52

Direzione aziendale. Modifiche all'articolo 57 della l.r. 40/2005

1. Il comma 2 dell'articolo 57 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:

"2. Nelle aziende unità sanitarie locali fanno parte della direzione aziendale anche i responsabili di zona, il direttore dei servizi sociali e il responsabile della rete ospedaliera."

2. Al comma 3 dell'articolo 57 della l.r. 40/2005 le parole: “; nelle aziende unità sanitarie locali all'ufficio di direzione così costituito possono essere chiamati a partecipare anche i direttori dei presidi ospedalieri ” sono soppresse.
3. Il comma 4 dell'articolo 57 della l.r. 40/2005 è abrogato.

CAPO XII

Modifiche al capo II del titolo V della l.r. 40/2005

Art. 53

Criteri per la costituzione delle strutture organizzative professionali. Modifiche all'articolo 61 della l.r. 40/2005

1. Al comma 5 dell'articolo 61 della l.r. 40/2005 la parola “definisce ” è sostituita dalle seguenti: “individua nel repertorio di cui all'articolo 58 ”.

Art. 54

Responsabilità delle strutture organizzative professionali. Sostituzione dell'articolo 62 della l.r. 40/2005

1. L'articolo 62 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:

“Art. 62 Responsabilità delle strutture organizzative professionali

1. La responsabilità dell'unità operativa è attribuita dal direttore generale:

- a) ad un dirigente del ruolo sanitario per le unità operative titolari di funzioni operative sanitarie, ai sensi della normativa vigente;
 - b) ad un dirigente delle professioni sanitarie o sociali di cui alla l. 251/2000 per le unità operative relative alle corrispondenti aree professionali classificate di livello dirigenziale secondo i criteri stabiliti nel piano sanitario e sociale integrato regionale;
 - c) ad un collaboratore professionale, esperto delle professioni sanitarie o sociali di cui alla l. 251/2000 e della professione di assistente sociale per le unità operative diverse da quelle di cui alla lettera b);
 - d) ad un dirigente dei ruoli professionale, tecnico ed amministrativo, per le unità operative titolari di funzioni operative di carattere tecnico ed amministrativo.
2. Per le unità operative universitarie delle aziende ospedaliero-universitarie, gli incarichi sono conferiti dal direttore generale secondo le modalità di cui all' articolo 5 del d.lgs. 517/1999 .
 3. Il responsabile delle unità operative è denominato direttore.
 4. In conformità all'articolo 15, comma 7 quater, del decreto delegato:
 - a) l'incarico di responsabile di sezione è attribuito dal direttore generale, su proposta del direttore della struttura complessa di afferenza, ad un dirigente con anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico;
 - b) l'incarico di responsabile di unità operativa semplice dipartimentale è attribuito dal direttore generale, sentiti i direttori delle strutture complesse di afferenza al dipartimento, su proposta del direttore di dipartimento ad un dirigente con una anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico. ”.

CAPO XIII

Modifiche al capo III del titolo V della l.r. 40/2005

Art. 55

Strutture organizzative funzionali delle aziende sanitarie. Modifiche all'articolo 63 della l.r. 40/2005

1. Il comma 2 dell'articolo 63 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:

“2. Presso la direzione delle aziende sanitarie le strutture organizzative professionali corrispondenti alle funzioni amministrative, tecniche e di supporto alla direzione aziendale sono organizzate nelle seguenti strutture funzionali:

- a) Aree funzionali amministrative relative alle specifiche funzioni aziendali;
- b) Aree funzionali tecniche relative alle specifiche funzioni aziendali;
- c) Staff di direzione, articolato in staff di direzione aziendale e staff di direzione sanitaria ”.

2. Al numero 1) della lettera a) del comma 3 dell'articolo 63 della l.r. 40/2005 dopo la parola: “prevenzione ” sono inserite le seguenti: “costituite a livello di zona distretto ”.

3. Il numero 2 della lettera a) del comma 3 dell'articolo 63 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente: "2) i dipartimenti di cui agli articoli 67 e 69 bis; ”.
4. Il numero 3 della lettera a) del comma 3 dell'articolo 63 della l.r. 40/2005 è abrogato.
5. Dopo il comma 3 dell'articolo 63 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente: "3 bis: Per specifici percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali, caratterizzati da elevato bisogno di multidisciplinarietà e integrazione professionale, possono essere costituiti centri di coordinamento e direzione funzionale la cui responsabilità è attribuita dal direttore generale ad un direttore delle unità operative facenti parte del percorso ove coinvolte più UUOO o ad un dirigente sanitario del più alto livello professionale nel caso di organizzazioni formate da soli professionisti, senza afferenze dirette delle unità operative. ”
6. All'alinea del comma 4 dell'articolo 63 della l.r. 40/2005 le parole: "numero 2) ” sono sostituite dalle seguenti: "numero 1) ”.
7. Alla lettera a) del comma 4 dell'articolo 63 della l.r. 40/2005 dopo la parola "budget ” è inserita la seguente: "assegnato ”.
8. Il comma 5 dell'articolo 63 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente: "5. Per le strutture funzionali di cui al comma 3, lettera a), numero 2), la nomina del responsabile è effettuata dal direttore generale ai sensi degli articoli 67 e 69 bis e seguenti ”.
9. Il comma 6 dell'articolo 63 della l.r. 40/2005 è abrogato.

Art. 56

Zone-distretto. Sostituzione dell'articolo 64 della l.r. 40/2005

1. L'articolo 64 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente: "Art. 64 - Zona-distretto
 1. La zona-distretto è l'ambito territoriale ottimale di valutazione dei bisogni sanitari e sociali delle comunità, nonché di organizzazione ed erogazione dei servizi inerenti alle reti territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate.
 2. Nell'ambito territoriale della zona-distretto l'integrazione socio-sanitaria è realizzata attraverso le società della salute ai sensi degli articoli 71 bis e seguenti, ovvero mediante la stipulazione della convenzione socio-sanitaria di cui all'articolo 70 bis.
 3. La zona distretto costituisce il livello di organizzazione delle funzioni direzionali interprofessionali e tecnico-amministrative riferite alle reti territoriali sanitarie, socio sanitarie e sociali integrate.
 4. Le zone-distretto sono individuate con deliberazione del Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, previo parere della conferenza regionale dei sindaci, nel rispetto delle zone disagiate, delle zone montane, di confine e insulari, della loro identità territoriale, delle esperienze socio-sanitarie maturate e consolidate, anche in ragione del rapporto fra dimensioni elevate del territorio e scarsa densità abitativa.
 5. La zona distretto, tenendo conto dei bisogni di salute della popolazione afferente, nel rispetto delle zone disagiate e di confine, delle risorse messe a disposizione dall'azienda e dai comuni, organizza e gestisce la continuità e le risposte territoriali della integrazione sociosanitaria, compresi i servizi per la salute mentale e le dipendenze e della non autosufficienza.
 6. La zona distretto, sulla base degli obiettivi e delle risorse messe a disposizione dall'azienda, nel rispetto degli atti di programmazione locale, governa sulla base dei protocolli di cura e delle indicazioni dei bisogni espressi anche dalla medicina generale, i percorsi inerenti le cure primarie, la specialistica territoriale, l'attività dei consultori e la continuità assistenziale ospedale- territorio.
 7. In base ai protocolli di cui al comma 6 potranno essere definite modalità di integrazione, formazione e scambio all'interno dei percorsi ospedalieri e territoriali del personale, anche convenzionato. ”.

Art. 57

Direttore di zona. Inserimento dell'articolo 64.1 nella l.r. 40/2005

1. Dopo l'articolo 64 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente: "Art. 64.1 Direttore di zona

1. A ciascuna zona-distretto è preposto un direttore di zona, nominato dal direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale a seguito di avviso pubblico tra i soggetti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 64-bis, previa intesa con la conferenza zonale integrata, che agisce sulla base e nei limiti delle deleghe conferite, in particolare, in materia di assistenza territoriale e integrazione sociosanitaria.
2. Presso ciascuna zona-distretto il direttore di zona provvede ad attuare le funzioni definite dall'articolo 64 e a questo scopo:
 - a) garantisce rapporti permanenti di informazione e collaborazione tra l'azienda unità sanitaria locale e gli enti locali e realizza le attività definite dalla programmazione sanitaria e di integrazione socio-sanitaria, in diretta relazione con gli organismi di cui all'articolo 12 bis;
 - b) coordina le attività tecnico-amministrative a supporto della zona avvalendosi della apposita struttura amministrativa individuata dal repertorio di cui all'articolo 58, comma 1;
 - c) gestisce il budget assegnato alla zona-distretto e negozia con i responsabili delle unità funzionali della zona-distretto e i coordinatori delle aggregazioni funzionali territoriali i budget di rispettiva competenza in coerenza con gli atti di programmazione aziendale e con gli altri atti di programmazione adottati in ambito aziendale e zonale;
 - d) si raccorda con il direttore del presidio ospedaliero di zona, di cui all'articolo 68, al fine di garantire, nell'ambito della programmazione aziendale, l'integrazione delle attività specialistiche nelle reti integrate sanitarie e socio-sanitarie territoriali e a supporto dei percorsi di continuità ospedale-territorio, con particolare riguardo alla presa in carico delle cronicità e delle fragilità;
 - e) svolge attività di monitoraggio, valutazione e controllo dei servizi territoriali;
 - f) garantisce e promuove la partecipazione dei cittadini e delle loro associazioni di rappresentanza. ”.

Art. 58

Struttura a supporto del direttore di zona. Inserimento dell'articolo 64.2 nella l.r. 40/2005

1. Dopo l'articolo 64.1 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“Art. 64.2 Struttura a supporto del direttore di zona

1. Nel territorio della zona-distretto il direttore di zona è coadiuvato da un comitato di coordinamento composto da:
 - a) un medico di medicina generale, un pediatra di libera scelta e uno specialista ambulatoriale convenzionato, designati, rispettivamente, dai coordinatori delle aggregazioni funzionali territoriali (AFT), dagli specialisti pediatri e dagli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nella zona-distretto;
 - b) un farmacista convenzionato, designato dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle farmacie pubbliche e private operanti nella zona-distretto;
 - c) un rappresentante delle associazioni di volontariato, designato dalla consulta del terzo settore;
 - d) un coordinatore per le attività di assistenza infermieristica ed ostetrica, un coordinatore per le attività di assistenza riabilitativa professionale, un coordinatore per le attività dei tecnici della prevenzione, individuati dai direttori dei rispettivi dipartimenti, sentito il responsabile di zona, tra i direttori delle corrispondenti unità operative professionali;
 - e) i responsabili delle unità funzionali che operano nei settori di cui all'articolo 66, comma 4.
2. Il direttore di zona, per le funzioni gestionali, è coadiuvato da un ufficio di direzione zonale composto da:
 - a) i responsabili delle unità funzionali relative ai settori di attività di cui all'articolo 66, comma 4;
 - b) un coordinatore per le attività di assistenza infermieristica e un coordinatore per le attività di assistenza riabilitativa professionale, individuati dal direttore di zona su proposta del direttore dei rispettivi dipartimenti ;
 - c) i coordinatori delle AFT;
 - d) il coordinatore sociale di cui all'articolo 37 della l.r. 41/2005 .
3. All'Ufficio di direzione è invitato il direttore del presidio ospedaliero di zona.

4. Tra i componenti dell'ufficio di direzione zonale di cui al comma 2 il direttore di zona individua un coordinatore sanitario ed un coordinatore sociosanitario che lo coadiuvano nell'esercizio delle funzioni di propria competenza.
5. Il direttore di zona, per le funzioni relative alla programmazione unitaria per la salute e per quelle relative all'integrazione sociosanitaria, è coadiuvato da un apposito ufficio di piano costituito da personale messo a disposizione dai comuni e dall'azienda unità sanitaria locale. L'ufficio di piano supporta anche l'elaborazione del piano di inclusione zonale di cui all'articolo 29 della l.r. 41/2005 .
6. Nelle zone nelle quali sono costituite le società della salute, il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale delega al direttore della società della salute le funzioni di direttore di zona. Tali funzioni sono esercitate sulla base dell'intesa prevista all'articolo 50, comma 6, e ai sensi del regolamento di cui all'articolo 71 quindicesimo. ”.

Art. 59

Rapporto di lavoro del direttore di zona. Modifiche all'articolo 64 bis della l.r. 40/2005

1. All'alinea del comma 1 dell'articolo 64 bis della l.r. 40/2005 dopo le parole: “conferito a ” sono aggiunte le seguenti: “un soggetto in servizio che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età ed in particolare: ”.
2. La lettera a) del comma 1 dell'articolo 64 bis della l.r. 40/2005 è sostituita dalla seguente: “a) un dirigente dipendente del servizio sanitario regionale o del comune con almeno cinque anni di qualificata attività di direzione tecnico sanitaria o tecnico amministrativa in ambito sanitario o socio-sanitario con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie; ”.
3. La lettera b) del comma 1 dell'articolo 64 bis della l.r. 40/2005 è sostituita dalla seguente: “b) soggetti in possesso di diploma di laurea con almeno cinque anni di qualificata attività di direzione tecnico sanitaria o tecnico amministrativa in ambito sanitario o socio-sanitario o socio-assistenziale con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, operanti in organismi, aziende o enti pubblici o privati; ”.
4. La lettera d) del comma 1 dell'articolo 64 bis della l.r. 40/2005 è sostituita dalla seguente: “d) un medico di base convenzionato da almeno dieci anni, in possesso di titoli comprovanti idonea formazione manageriale ”.
5. Al comma 2 dell'articolo 64 bis della l.r. 40/2005 dopo la parola “zona ” sono inserite le seguenti: “, di durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni, rinnovabile, ”.
6. Dopo il comma 2 dell'articolo 64 bis è inserito il seguente: “2 bis. Non è consentita la nomina a direttore di zona per più di tre mandati consecutivi nello stesso incarico presso la stessa zona; la durata complessiva dell'incarico non può comunque essere superiore a dieci anni. ”.
7. Il comma 3 dell'articolo 64 bis della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente: “3. Il trattamento economico del direttore di zona è determinato nella misura del settanta per cento del trattamento economico del direttore generale delle aziende USL ”.

Art. 60

Comitato di partecipazione degli utenti. Modifiche all'articolo 64 ter della l.r. 40/2005

1. Al comma 1 dell'articolo 64 ter della l.r. 40/2005 , dopo le parole: “conferenza zonale ” è inserita la seguente: “integrata ”;

Art. 61

L'organizzazione della zona-distretto. Modifiche all'articolo 66 della l.r. 40/2005

1. Alla fine della lettera b) del comma 3 dell'articolo 66 della l.r. 40/2005 , sono inserite le seguenti parole: “e dei risultati conseguiti ”;

Art. 62

Dipartimento della prevenzione. Modifiche all'articolo 67 della l.r. 40/2005

1. Il comma 2 dell'articolo 67 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente: “2. Il dipartimento della prevenzione si articola nelle seguenti unità funzionali:
 - a) igiene pubblica e della nutrizione;

- b) sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare;
 - c) prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro;
 - d) medicina dello sport;
 - e) ulteriori unità funzionali in particolari settori di alta specializzazione e che necessitano di un forte raccordo territoriale, individuate dalla Giunta regionale con proprio atto. ”.
2. Dopo il comma 2 dell’articolo 67 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:
 “2 bis. L’ambito di operatività delle unità funzionali, di cui al comma 2, lettere a), b) e c), è quello della zona distretto. ”.
 3. Dopo il comma 2 bis dell’articolo 67 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:
 “2 ter. Le unità funzionali, di cui al comma 2, lettere d) ed e), sono a valenza aziendale. ”.
 4. Dopo il comma 2 ter dell’articolo 67 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:
 “2 quater. In ogni azienda sono costituite, sulla base degli indirizzi contenuti in specifica delibera di Giunta, le unità operative professionali. ”.
 5. Dopo il comma 2 quater dell’articolo 67 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:
 “2 quinquies. Le funzioni di direttore di unità operativa possono essere disgiunte da quelle di responsabile di unità funzionale. ”.
 6. Dopo la lettera g) del comma 3 dell’articolo 67 della l.r. 40/2005 è aggiunta la seguente:
 “g bis) è responsabile del coordinamento e del monitoraggio a livello aziendale delle attività e dei soggetti coinvolti nella realizzazione delle progettualità riguardanti il piano regionale per la prevenzione. ”.
 7. Al comma 4 dell’articolo 67 della l.r. 40/2005 , la parola “prescrizioni ” è soppressa.
 8. Al comma 5 dell’articolo 67 della l.r. 40/2005 dopo le parole: “dai responsabili delle unità funzionali ” sono aggiunte le seguenti: “e dai responsabili delle unità operative ”.
 9. Al comma 5 dell’articolo 67 della l.r. 40/2005 la parola “ individua ” è sostituita dalle parole: “può individuare ”.
 10. Al comma 6 dell’articolo 67 della l.r. 40/2005 la parola “generale ” è soppressa.
 11. Al comma 7 dell’articolo 67 della l.r. 40/2005 la parola “generale ”, ricorrente quattro volte nel testo del comma, è soppressa.
 12. Il comma 8 dell’articolo 67 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:
 “8. I dipartimenti della prevenzione possono svolgere in forma associata talune prestazioni, sentito il comitato tecnico di cui al comma 7. In particolare, ai dipartimenti viene ricondotta la funzione di sorveglianza epidemiologica ”.
 13. Al comma 10 dell’articolo 67 della l.r. 40/2005 le parole: “sede di area vasta ” sono sostituite dalle seguenti: “sede di azienda ”.
 14. Il comma 11 dell’articolo 67 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:
 “11. Il laboratorio unico regionale di sanità pubblica esercita tutte le funzioni amministrative e gestionali inerenti al coordinamento tecnico-operativo e di programmazione relative alle attività dei laboratori. ”.

Art. 63

Presidio ospedaliero di zona. Modifiche all’articolo 68 della l.r. 40/2005

1. Il comma 1 dell’articolo 68 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:
 “1. Gli ospedali presenti nello stesso ambito zonale sono accorpati nel presidio ospedaliero di zona, che costituisce la struttura funzionale dell’azienda unità sanitaria locale finalizzata all’organizzazione ed all’erogazione delle prestazioni specialistiche di ricovero e delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, intra ed extra-ospedaliere erogate al di fuori delle unità funzionali dei servizi territoriali di zona-distretto ad esclusione del servizio psichiatrico di diagnosi e cura; il responsabile della zona-distretto garantisce l’integrazione delle attività specialistiche ambulatoriali erogate nel presidio ospedaliero con le altre attività di assistenza sanitaria territoriale presenti nella zona, secondo accordi specifici con il direttore del presidio ospedaliero di zona e attraverso reti cliniche integrate e strutturate ”;
2. La lettera a) del comma 2 dell’articolo 68 della l.r. 40/2005 è sostituita dalla seguente:

“a) organizzazione delle attività ospedaliere volta a favorire la necessaria multidisciplinarietà dell'assistenza e la presa in carico multi professionale superando l'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica, ove ancora esistente, e favorendo la condivisione delle risorse ”

3. La lettera b) del comma 2 dell'articolo 68 della l.r. 40/2005 è sostituita dalla seguente:

“b) strutturazione delle attività ospedaliere in aree organizzative di presidio, quali articolazioni del presidio ospedaliero al cui interno gli spazi, le tecnologie e i posti letto sono organizzati secondo le modalità assistenziali, l'intensità delle cure, la durata della degenza ed il regime di ricovero e messi a disposizione dei dipartimenti e delle unità operative al fine di un utilizzo condiviso, negoziato e integrato. Tali articolazioni possono prevedere un referente nominato dal direttore del presidio tra i direttori delle unità operative afferenti a tale area, sentiti i direttori dei dipartimenti di cui all'articolo 69 bis ai quali tali unità operative appartengono ”

4. La lettera c) del comma 2 dell'articolo 68 della l.r. 40/2005 è abrogata.

5. La lettera d) del comma 2 dell'articolo 68 della l.r. 40/2005 è sostituita dalla seguente:

“d) predisposizione ed attivazione di protocolli assistenziali e di cura che assicurino l'esercizio della responsabilità clinica ed assistenziale del medico tutor e dell'infermiere tutor e l'utilizzo appropriato delle strutture e dei servizi assistenziali; ”.

6. Alla lettera f) del comma 2 dell'articolo 68 della l.r. 40/2005 dopo le parole: “controllo direzionale ” sono aggiunte le seguenti: “coordinato dal direttore di rete ospedaliera, di cui all'articolo 68 bis. ”.

7. La lettera b) del comma 4 dell'articolo 68 della l.r. 40/2005 è sostituita dalla seguente: “b) direzione delle strutture organizzative non attribuite ad alcun dipartimento; ”.

8. La lettera c) del comma 4 dell'articolo 68 della l.r. 40/2005 è sostituita dalla seguente:

“c) controllo e valutazione dell'attività svolta nel presidio in termini di tipologia, di quantità, di qualità, di appropriatezza, in relazione ai bisogni del territorio, ed in riferimento all'accessibilità e alla responsabilità di assicurare il percorso assistenziale ”;

9. La lettera e) del comma 4 dell'articolo 68 della l.r. 40/2005 è sostituita dalla seguente:

“e) organizzazione e gestione delle aree organizzative di presidio di cui al comma 2, lettera b) ”;

10. Il comma 5 dell'articolo 68 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:

“5. Per l'esercizio delle proprie funzioni, il direttore del presidio ospedaliero di zona si avvale, anche attraverso la costituzione di apposito comitato, dei direttori delle unità operative dei dipartimenti afferenti al presidio e dei direttori delle unità operative non attribuite ad alcun dipartimento nonché di coordinatori delle attività infermieristiche e delle attività tecnico-sanitarie, scelti tra i responsabili delle corrispondenti unità operative professionali. ”.

11. Il comma 6 dell'articolo 68 della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:

“6. La riorganizzazione dell'attività ospedaliera di cui al comma 2 deve prevedere, in coerenza con gli atti costitutivi e sulla base degli atti di programmazione locali, l'aggregazione in rete dei presidi ospedalieri di zona, attraverso la razionalizzazione delle responsabilità e delle strutture direzionali di cui al comma 2, lettera e) e la costituzione di apposita struttura ospedaliera multizonale, ferma restando l'erogazione delle prestazioni di base in ambito zonale. ”.

Art. 64

Il direttore di rete ospedaliera. Inserimento dell'articolo 68 bis nella l.r. 40/2005

1. Dopo l'articolo 68 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“Art. 68 bis Il direttore di rete ospedaliera

1. Il direttore di rete ospedaliera è nominato dal direttore generale, su proposta del direttore sanitario, fra i responsabili dei presidi ospedalieri.

2. Il direttore di rete ospedaliera svolge le seguenti funzioni:

a) presidia, per conto della direzione sanitaria, il funzionamento degli ospedali attraverso le corrispondenti direzioni mediche, garantendo, da parte delle medesime, unitarietà di gestione e omogeneità di approccio, con particolare riguardo ai rapporti con le articolazioni territoriali;

b) garantisce la sistematicità delle relazioni con la direzione sanitaria aziendale;

- c) supporta la direzione sanitaria aziendale nella pianificazione di lungo termine e la programmazione di breve-medio termine della rete ospedaliera, anche attraverso la proposizione di obiettivi da assegnare alle direzioni mediche con le quali collabora nel perseguimento degli stessi e ne controlla la relativa attuazione;
- d) assicura la coerenza organizzativa e gestionale degli ospedali;
- e) promuove la cultura dell'integrazione organizzativa e della pratica interdisciplinare, ne supporta lo sviluppo e ne presidia la traduzione operativa. ”.

Art. 65

Dipartimenti delle aziende ospedaliero-universitarie. Modifiche all'articolo 69 della l.r. 40/2005

1. Dopo il comma 2 dell'articolo 69 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“2 bis. Per l'organizzazione delle professioni sanitarie il direttore generale procede secondo le disposizioni dell'articolo 69 bis prevedendo almeno il dipartimento delle professioni sanitarie ”

Art. 66

Dipartimenti delle aziende unità sanitarie locali. Inserimento dell'articolo 69 bis nella l.r. 40/2005

1. Dopo l'articolo 69 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“Art. 69 bis Dipartimenti delle aziende unità sanitarie locali

1. I dipartimenti sono lo strumento organizzativo ordinario di gestione delle aziende unità sanitarie locali.
2. I dipartimenti di cui al comma 1 si distinguono nei seguenti:
 - a) dipartimenti di tipo ospedaliero;
 - b) dipartimenti territoriali;
 - c) dipartimento della medicina generale;
 - d) dipartimenti delle professioni articolati in:
 - 1) dipartimento delle professioni infermieristiche e ostetriche;
 - 2) dipartimento delle professioni tecnico sanitarie e della riabilitazione e della prevenzione.
 - 3) dipartimento del servizio sociale.
3. Ogni azienda unità sanitaria locale definisce con lo statuto l'organizzazione dipartimentale, sulla base di specifici indirizzi adottati con deliberazione di Giunta regionale, sentita la commissione consiliare competente, i quali tengono conto:
 - a) della necessità di garantire la gestione integrata e diretta delle risorse professionali e dei beni di consumo sanitari;
 - b) della necessità di garantire l'utilizzo condiviso e negoziato all'interno delle aree organizzative di presidio di cui all'articolo 68, comma 2, lettera b).
4. Nell'ambito di ogni dipartimento, al fine di garantire la multi professionalità, è costituito, ai sensi dell'articolo 17 bis del decreto delegato, il comitato di dipartimento presieduto dal direttore di dipartimento e composto dai responsabili delle unità operative complesse e semplici appartenenti al dipartimento, oltre ai rappresentanti delle altre componenti professionali che partecipano ai percorsi assistenziali del dipartimento stesso. Ogni azienda unità sanitaria locale può prevedere ulteriori componenti del comitato in ragione del proprio modello organizzativo e disciplina le modalità di funzionamento attraverso un apposito regolamento
5. Per quanto attiene il dipartimento di cui al comma 2, lettera c), i membri del comitato di dipartimento sono eletti fra i coordinatori delle AFT che al loro interno individuano una terna da proporre al direttore generale per la nomina del direttore di dipartimento.
6. Il comitato di dipartimento è un organismo collegiale consultivo con funzioni di indirizzo e di verifica, esprime i pareri previsti dallo statuto aziendale e supporta il direttore di dipartimento nel processo di negoziazione degli obiettivi di budget. I componenti del comitato rimangono in carica per lo stesso periodo di incarico del direttore di dipartimento e decadono con la nomina dei loro successori. ”.

Art. 67

Dipartimenti ospedalieri. Inserimento dell'articolo 69 ter nella l.r. 40/2005

1. Dopo l'articolo 69 bis della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:.

“Art. 69 ter Dipartimenti ospedalieri

1. Il dipartimento ospedaliero è il modello ordinario di governo operativo delle attività ospedaliere.
2. Il dipartimento di cui al comma 1 ha carattere tecnico-professionale in materia clinico-organizzativa e gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione ed utilizzo delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti e il compito di sviluppare il governo clinico nei percorsi assistenziali ospedalieri e le sinergie necessarie per l'integrazione con i percorsi territoriali.
3. Il direttore di dipartimento è nominato dal direttore generale tra i dirigenti con incarico di direzione delle unità operative complesse aggregate nel dipartimento; il direttore del dipartimento rimane titolare della unità operativa complessa cui è preposto.
4. La programmazione delle attività dipartimentali, negoziate con la direzione generale nell'ambito della programmazione aziendale, la loro realizzazione e le funzioni di monitoraggio e di verifica sono assicurate con la partecipazione attiva degli altri dirigenti assegnati al dipartimento. ”.

Art. 68

Dipartimenti territoriali. Inserimento dell'articolo 69 quater nella l.r. 40/2005

1. Dopo l'articolo 69 ter della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“Art. 69 quater Dipartimenti territoriali

1. Il dipartimento territoriale è il modello ordinario per il governo clinico delle attività territoriali delle aziende unità sanitarie locali.
2. Il dipartimento di cui al comma 1 ha carattere tecnico professionale e multidisciplinare e coordina l'integrazione dei principali percorsi assistenziali, presidiando l'aggiornamento professionale degli operatori, la qualità, la sicurezza, l'efficienza e l'innovazione organizzativa nel rispetto dell'equità di accesso ai servizi nelle varie articolazioni zonali.
3. Al dipartimento di cui al comma 1 è preposto un direttore nominato dal direttore generale tra i dirigenti con incarico di direzione delle unità operative complesse aggregate nel dipartimento.
4. Presso ogni azienda unità sanitaria locale, è istituito, nel rispetto delle competenze demandate alla contrattazione collettiva dalla normativa vigente, il dipartimento della medicina generale, composto dai coordinatori delle AFT.
5. Il dipartimento della medicina generale partecipa alla programmazione aziendale e alla definizione dei percorsi inerenti le cure sanitarie territoriali e la continuità assistenziale ospedale-territorio dell'azienda unità sanitaria locale.
6. Il dipartimento della medicina generale, sulla base degli obiettivi attribuiti dalla direzione generale per le attività di propria competenza, negozia con la stessa direzione le risorse necessarie nell'ambito dei suddetti percorsi.
7. Il responsabile di zona si raccorda con i coordinatori di AFT per la declinazione territoriale degli obiettivi di cui al comma 6. ”.

Art. 69

Dipartimenti delle professioni. Inserimento dell'articolo 69 quinquies nella l.r. 40/2005

1. Dopo l'articolo 69 quater della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“Art. 69 quinquies Dipartimenti delle professioni

1. Presso ogni azienda unità sanitaria locale sono costituiti:
 - a) il dipartimento delle professioni infermieristiche e ostetriche;
 - b) il dipartimento delle professioni tecnico sanitarie e della riabilitazione e della prevenzione.
 - c) il dipartimento del servizio sociale.
2. I dipartimenti di cui al comma 1, hanno funzioni di tipo programmatico e funzioni di tipo gestionale allocativo e operativo. Essi, all'interno delle aree organizzative di presidio e delle unità funzionali dei distretti e della prevenzione, organizzano e gestiscono le attività e le risorse assistenziali e umane nel rispetto delle linee guida generali e della programmazione della direzione aziendale.
3. Per le finalità, di cui al comma 2, il dipartimento delle professioni infermieristiche e ostetriche, il dipartimento delle professioni tecnico sanitarie e della riabilitazione e della prevenzione promuovono:

- a) le integrazioni e le sinergie necessarie allo sviluppo delle risorse professionali ed il loro impiego più efficiente ed appropriato;
- b) la responsabilità ed autonomia professionale nei percorsi assistenziali e nel processo di presa in carico del paziente;
- c) la valorizzazione delle competenze di base e specialistiche, anche attraverso la formazione permanente e la ricerca, e dei componenti le equipe assistenziali;
- d) le relazioni con gli altri dipartimenti aziendali nel rispetto dei diversi mandati.

4. Per le finalità di cui al comma 2, il dipartimento del servizio sociale:

- a) svolge funzioni di coordinamento tecnico-scientifico;
- b) assicura la diffusione delle conoscenze e l'applicazione di standard qualitativi nella pratica professionale;
- c) promuove, collabora e sostiene le attività di formazione e aggiornamento.

5. Il direttore del dipartimento delle professioni infermieristiche e ostetriche e del dipartimento delle professioni tecnico-sanitarie e della riabilitazione e della prevenzione è nominato dal direttore generale, su proposta del direttore sanitario, tra i dirigenti con incarico di direzione delle unità operative complesse aggregate nel dipartimento; il direttore del dipartimento rimane titolare della unità operativa complessa cui è preposto.

6. Il dipartimento del servizio sociale è diretto dal direttore dei servizi sociali. ”.

Art. 70

Abrogazione dell'articolo 70 della l.r. 40/2005

1. L'articolo 70 della l.r. 40/2005 è abrogato.

Art. 71

Dipartimento dell'emergenza urgenza. Modifiche all'articolo 71 della l.r. 40/2005

- 1. Alla fine del comma 2 dell'articolo 71 della l.r. 40/2005 dopo le parole: “sociale integrata regionale ” sono aggiunte le seguenti: “al fine di garantire il soccorso territoriale, il pronto soccorso, l'osservazione, la medicina e chirurgia di accettazione e d'urgenza e il trasporto fra ospedali nelle patologie tempo dipendenti e traumi ”.
- 2. Alla fine del comma 6 dell'articolo 71 della l.r. 40/2005 sono aggiunte le seguenti: “tenendo conto del bacino utenza, di patologia e traumi tempo dipendenti, viabilità e tempi di trasporto ”.
- 3. Alla fine del comma 8 dell'articolo 71 della l.r. 40/2005 è soppressa la parola “ospedaliero ” e aggiunte le seguenti parole: “e osservazione ospedaliera, soccorso sanitario territoriale, trasporto sanitario, macroemergenza ”.

CAPO XIV

Modifiche al capo III bis del titolo V della l.r. 40/2005

Art. 72

Direttore della società della salute. Modifiche all'articolo 71 novies della l.r. 40/2005

- 1. Il comma 2 dell'articolo 71 novies della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:
“2. L'incarico di direttore della società della salute può essere conferito ai soggetti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 64 bis, comma 1. ”.
- 2. Alla lettera h) del comma 5 dell'articolo 71 novies della l.r. 40/2005 le parole: “64, comma 8 ” sono sostituite dalle seguenti: “ 64.2, comma 6 ”.
- 3. Al comma 3 dell'articolo 71 novies della l.r. 40/2005 dopo la parola “esclusivo ” sono inserite le seguenti: “, di durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni, rinnovabile, ”.
- 4. Dopo il comma 3 dell'articolo 71 novies della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:
“3 bis. Non è consentita la nomina a direttore della società della salute per più di tre mandati consecutivi nello stesso incarico presso la medesima società della salute; la durata complessiva dell'incarico non può comunque essere superiore a dieci anni. ”.
- 5. Il trattamento economico del direttore della società della salute è determinato nella misura del settanta per cento del trattamento economico del direttore generale delle aziende USL.

Art. 73

Contabilità della società della società della salute. Modifica all'articolo 71 terdecies della l.r. 40/2005

1. Al comma 2 dell'articolo 71 terdecies della l.r. 40/2005 , le parole: “e dell'allocazione delle ” sono sostituite con le seguenti parole “, della qualità dei servizi e dell'allocazione delle risorse ”.

Art. 74

Gli assetti organizzativi. Modifiche all'articolo 71 quindecies della l.r. 40/2005

1. Alla lettera b) del comma 2 dell'articolo 71 quindecies della l.r. 40/2005 le parole: “64, comma 6 ” sono sostituite dalle seguenti: “64.2, comma 2 ”

2. Il comma 6 dell'articolo 71 quindecies della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:

“6. Per lo svolgimento delle funzioni di cui all'articolo 71 bis, comma 3, nell'ottica del massimo risparmio ed economicità dell'azione amministrativa, al fine di evitare duplicazioni, le società della salute prioritariamente, ove reperibili, si avvalgono delle risorse umane e strumentali messe a disposizione dagli enti consorziati, nei modi e con le procedure individuate dalla convenzione di cui all'articolo 71 quater, comma 2, lettera a). ”.

CAPO XV

Modifiche al capo I del titolo VI della l.r. 40/2005

Art. 75

Presidi. Modifiche all'articolo 72 della l.r. 40/2005

1. Al comma 2 dell'articolo 72 della l.r. 40/2005 le parole: “legge regionale 23 febbraio 1999, n. 8 (Norme in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture sanitarie: autorizzazione e procedura di accreditamento), come modificata dalla legge regionale 8 luglio 2003, n. 34 ” sono sostituite dalle seguenti: “ legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento). ”.

CAPO XVI

Modifiche al capo II del titolo VI della l.r. 40/2005

Art. 76

Prestazioni. Modifiche all'articolo 74 della l.r. 40/2005

1. Al comma 2 dell'articolo 74 della l.r. 40/2005 dopo le parole: “sociale integrato regionale ” sono inserite le seguenti: “dentro un quadro di principi di massima trasparenza e circolarità di informazione ”

Art. 77

Sistema unificato di prenotazione regionale. Inserimento dell'articolo 74 bis nella l.r. 40/2005

1. Dopo l'articolo 74 della l.r. 40/2005 è inserito il seguente:

“Art. 74 bis Integrazione dei sistemi di prenotazione innovativi

1. I sistemi di prenotazione devono essere uniformi a livello regionale al fine di fornire all'utente la disponibilità all'accesso alla prestazione necessaria sia su base temporale che territoriale in funzione della circolarità dell'informazione, trasparenza e immediatezza.
2. Le possibili posizioni libere per le prestazioni sono comunicate immediatamente e associate a sistemi di registrazione di ogni eventuale variazione alle liste formatesi. ”.

Art. 78

Modifiche all'articolo 75 della l.r. 40/2005

1. All'articolo 75 della l.r. 40/2005 , dopo il comma 1 è aggiunto il seguente:

“1 bis. L'accesso alle prestazioni di cui al comma 1 per gli stranieri e i cittadini italiani non residenti in Toscana, fatti salvi i minorenni e le donne incinte, è garantito soltanto se l'utente è in regola con il pagamento dei ticket, anche con riferimento a prestazioni erogate in passato dal servizio sanitario regionale. ”.

2. All'articolo 75 della l.r. 40/2005 , dopo il comma 2 è aggiunto il seguente:

“2 bis. Ai fini dell'erogazione delle prestazioni di cui al comma 1, le aziende sanitarie avviano, anche in forma sperimentale, iniziative tese a garantire ai cittadini residenti in Toscana, l'apertura oltre il normale orario, di almeno un presidio sanitario per provincia, per almeno una sera la settimana e

almeno due domeniche al mese, per alcuni servizi diagnostico specialistici anche al fine di ridurre le liste d'attesa. ”.

Art. 79

Fascicolo sanitario elettronico. Sostituzione dell'articolo 76 bis della l.r. 40/2005

1. L'articolo 76 bis della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:

“Art. 76 bis Fascicolo sanitario elettronico

1 Il fascicolo sanitario elettronico (FSE) è l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi riguardanti l'assistito.

2 Il FSE, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, è istituito a fini di:

- a) prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;
- b) studio e ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico;
- c) programmazione sanitaria, verifica delle qualità delle cure e valutazione dell'assistenza sanitaria.

3. Il FSE consente anche l'accesso da parte del cittadino ai servizi sanitari on line secondo modalità determinate nel regolamento adottato con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 settembre 2015, n. 178 (Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico).

4. Per favorire la qualità, il monitoraggio, l'appropriatezza nella dispensazione dei medicinali e l'aderenza alla terapia ai fini della sicurezza del paziente, è istituito il dossier farmaceutico quale parte specifica del FSE.

5. Il FSE è alimentato esclusivamente sulla base del consenso libero e informato da parte dell'assistito il quale può decidere se e quali dati relativi alla propria salute non devono essere inseriti nel fascicolo medesimo. L'accesso e la consultazione del FSE avviene mediante tessera sanitaria su supporto carta nazionale dei servizi (TS-CNS) o con gli strumenti di cui all'articolo 64 del Codice dell'Amministrazione Digitale o con altre modalità abilitate dalla stessa TS-CNS. L'attivazione o la mancata attivazione del FSE non comportano alcun effetto sul diritto di usufruire delle prestazioni del servizio sanitario regionale.

6. Il FSE è alimentato in maniera continuativa dai soggetti che prendono in cura l'assistito nell'ambito del servizio sanitario regionale e dei servizi socio-sanitari regionali nonché, su iniziativa dell'assistito, con i dati medici in suo possesso secondo le modalità indicate dal d.p.c.m. 178/2015.

7. Il consenso rilasciato dall'assistito può essere revocato in qualsiasi momento senza conseguenze in ordine all'erogazione delle prestazioni del servizio sanitario.

8. Il d.p.c.m. 178/2015 stabilisce i contenuti del FSE, i limiti di responsabilità e i compiti dei soggetti che concorrono alla sua implementazione, i sistemi di codifica dei dati, le garanzie e le misure di sicurezza da adottare nel trattamento dei dati personali nel rispetto dei diritti dell'assistito, le modalità e i livelli diversificati di accesso al FSE per le finalità per cui è istituito.

9. La Giunta regionale individua con propria deliberazione i dati e i documenti integrativi di cui all'articolo 2, comma 3, del d.p.c.m. 178/2015. Adotta altresì con propria deliberazione le indicazioni operative e le misure tecniche integrative del d.p.c.m. suddetto nel rispetto di quanto previsto dal  decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali).

10. Le finalità di cui al comma 2, lettera a) sono perseguite dai soggetti del servizio sanitario e socio-sanitario regionale che prendono in cura l'assistito.

11. La consultazione dei dati e dei documenti presenti nel FSE, per le finalità di cui al comma 2, lettera a), può essere effettuata solo con il consenso dell'assistito, secondo modalità individuate dal d.p.c.m. 178/2015. Il mancato consenso non pregiudica il diritto all'erogazione della prestazione sanitaria.

12. L'accesso in emergenza al FSE avviene secondo le modalità di cui all'articolo 14 del d.p.c.m. 178/2015.

13. Le finalità di cui al comma 2, lettere b) e c), sono perseguite dalla Regione senza l'utilizzo dei dati identificativi degli assistiti presenti nel FSE, secondo le modalità individuate nel d.p.c.m. ”.

Art. 80

Programmazione ed organizzazione dei servizi. Modifiche all'articolo 76 sexies della l.r. 40/2005

1. Il comma 3 dell'articolo 76-sexies della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:

“3. Il piano annuale attuativo ed operativo locale è proposto dal direttore del dipartimento di emergenza-urgenza di concerto con i direttori delle centrali operative 118, è approvato dal comitato di coordinamento di cui all'articolo 76 octies ed è deliberato con atto del direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale. ”.

CAPO XVII

Modifiche al capo II bis del titolo VI della l.r. 40/2005

Art. 81

Conferenza regionale permanente. Modifiche all'articolo 76 septies della l.r. 40/2005

1. La lettera b) del comma 1 dell'articolo 76 septies della l.r. 40/2005 è sostituita dalla seguente:

“b) i direttori per la programmazione di area vasta di cui all'articolo 9 bis o loro delegati; ”.

2. Il numero 1) della lettera e) del comma 1 dell'articolo 76 septies della l.r. 40/2005 è sostituito dal seguente:

“1) rappresentanza di associazioni che esercitano l'attività nel territorio delle tre aziende unità sanitarie locali; ”.

Art. 82

Comitati di coordinamento per il trasporto sanitario di emergenza urgenza. Modifiche all'articolo 76 octies della l.r. 40/2005

1. Dopo la lettera a) del comma 1 dell'articolo 76 octies della l.r. 40/2005 è inserita la seguente:

“a bis) dal direttore per la programmazione di area vasta, di cui all'articolo 9 bis, o suo delegato; ”.

2. La lettera c) del comma 1 dell'articolo 76 octies della l.r. 40/2005 è sostituita dalla seguente:

“c) dai direttori delle centrali operative 118, o loro delegati ”.

3. Alla lettera f) del comma 1 dell'articolo 76 octies della l.r. 40/2005 , le parole: “da due membri, o loro delegati, designati dagli organismi maggiormente rappresentativi ” sono sostituite dalle seguenti: “da quattro membri, o loro delegati, designati in numero di due da ciascuno degli organismi regionali maggiormente rappresentativi ”;

4. Alla lettera g) del comma 1 dell'articolo 76 octies della l.r. 40/2005 le parole: “maggiormente rappresentativo delle “ sono sostituite dalle seguenti: “maggiormente rappresentativo di almeno dieci ”

5. Alla lettera h) del comma 1 dell'articolo 76 octies della l.r. 40/2005 le parole “un membro designato ” sono sostituite dalle seguenti: “due membri designati ” e le parole “o suo delegato ” sono sostituite dalle seguenti: “o loro delegati. ”.

CAPO XVIII

Disposizioni finali e transitorie

Art. 83

Aziende sanitarie di nuova istituzione

1. Le aziende unità sanitarie locali (USL) di nuova istituzione di cui all'articolo 32 della l.r. 40/2005 operano a decorrere dal 1° gennaio 2016.

2. Le aziende USL 1 di Massa e Carrara, USL 2 di Lucca, USL 3 di Pistoia, USL 4 di Prato, USL 5 di Pisa, USL 6 di Livorno, USL 7 di Siena, USL 8 di Arezzo, USL 9 di Grosseto USL 10 di Firenze, USL 11 di Empoli, USL12 di Viareggio sono soppresse alla data del 31 dicembre 2015.

3. Le aziende unità sanitarie locali di nuova istituzione, a decorrere dal 1° gennaio 2016, subentrano con successione a titolo universale in tutti i rapporti giuridici attivi e passivi delle aziende unità sanitarie locali soppresse, comprese nell'ambito territoriale di competenza.

4. I direttori generali delle nuove aziende USL, di cui all'articolo 32 della l.r. 40/2005 , concludono, entro il 29 febbraio 2016, la ricognizione della consistenza del patrimonio immobiliare e mobiliare, dei rapporti giuridici attivi e passivi e dei rapporti di lavoro in essere delle aziende soppresse al 31 dicembre 2015. La suddetta ricognizione è trasmessa alla direzione regionale competente in materia di diritto alla salute previa specifica attestazione da parte dei collegi sindacali delle aziende

- soppresse, da rendersi prima dell'adozione del bilancio di esercizio 2015 e comunque non oltre il 30 giugno 2016. La ricognizione è adottata con specifica deliberazione di Giunta regionale.
5. I direttori generali delle nuove aziende USL di cui all'articolo 32 della l.r. 40/2005 , subentrano nelle funzioni di commissario liquidatore svolte, ai sensi della legge regionale 21 ottobre 1997, n. 75 (Disposizioni per le gestioni liquidatorie delle soppresse Unità Sanitarie Locali), dai direttori delle aziende USL soppresse con la presente legge ed inerenti alle unità sanitarie locali soppresse dalla l.r. 49/1994 .
 6. Le nuove aziende unità sanitarie locali adottano lo Statuto e gli altri regolamenti interni necessari a dare attuazione alla presente legge entro il 30 giugno 2016.
 7. Limitatamente al tempo necessario ad attivare le iniziative utili per l'avvio dei nuovi modelli organizzativi, previsti ai sensi della presente legge, l'operatività dei servizi è garantita dagli assetti organizzativi delle aziende unità sanitarie locali soppresse, anche ai fini di quanto previsto dalla l.r. 51/2009 ; in ogni caso le nuove aziende, fino all'adozione degli atti di cui al comma 6, possono assumere le determinazioni organizzative necessarie ad assicurare la funzionalità delle aziende medesime.
 8. Fino all'iscrizione delle nuove aziende USL nell'albo regionale del servizio civile regionale le medesime aziende possono continuare a svolgere i progetti di servizio civile delle aziende USL soppresse e presentare nuovi progetti di servizio civile regionale non oltre il 30 giugno 2016.
 9. Nelle more del riconoscimento del ruolo di agenzie alle nuove aziende USL, le attività connesse all'accreditamento degli eventi formativi nell'ambito dell'educazione continua in medicina (ECM) e all'invio dei dati alla Regione e al Consorzio gestione anagrafica delle professioni sanitarie (COGEAPS) sono garantite dagli uffici formazione delle aziende USL soppresse.
 10. I dipartimenti interaziendali già costituiti, ai sensi dell'articolo 6 della legge regionale 16 marzo 2015, n. 28 (Disposizioni urgenti per il riordino dell'assetto istituzionale ed organizzativo del servizio sanitario regionale), abrogata dalla presente legge, continuano ad operare sino all'adozione della deliberazione di Giunta Regionale di cui all'articolo 9 quinquies, comma 6 della l.r. 40/2005 .
 11. Nelle more dell'individuazione delle sedi legali delle aziende sanitarie all'interno dello Statuto ai sensi dell'articolo 50, comma 2, della l.r. 40/2005 , in fase di prima applicazione queste sono individuate con deliberazione della Giunta regionale fra le città capoluogo di provincia.
 12. Relativamente al primo anno di operatività delle nuove aziende USL il bilancio pluriennale unitamente al bilancio preventivo economico annuale è adottato dal direttore generale entro il 31 marzo 2016 ed approvato dalla Giunta regionale entro il 15 maggio 2016, secondo le modalità di cui all'articolo 123 della l.r. 40/2005 .
 13. I servizi di cassa delle nuove aziende USL sono svolti dagli istituti di credito individuati dall'ESTAR. Nella ipotesi in cui le procedure di individuazione dei predetti istituti non fossero completate entro il 31 dicembre 2015, i servizi di cassa delle costituite aziende USL sono effettuati dall'istituto che al 31 dicembre 2015 svolge tale servizio nel maggior numero di aziende USL soppresse afferenti alla medesima area vasta.
 14. Il direttore generale delle nuove aziende USL adotta il bilancio di esercizio 2015 delle aziende USL soppresse secondo la procedura di cui all'articolo 123 della l.r. 40/2005 . La relazione di cui all'articolo 123, comma 3, della l.r. 40/2005 , è effettuata dal collegio sindacale delle nuove aziende USL.
 15. Sino all'espletamento delle procedure necessarie per la predisposizione delle nuove graduatorie, ed in ogni caso non oltre il 31 dicembre 2016, è confermata la validità delle graduatorie aziendali, approvate entro il 31 dicembre 2015, inerenti alla medicina generale, la pediatria, la continuità assistenziale e l'emergenza, limitatamente agli ambiti territoriali per i quali sono state predisposte.
 16. In fase di prima applicazione della presente legge, nelle more dell'approvazione del nuovo piano sanitario e sociale integrato regionale, il repertorio di cui all'articolo 58 della l.r. 40/2005 è approvato con deliberazione della Giunta regionale, acquisito il parere della commissione consiliare competente.

17. Nelle more dell'approvazione del nuovo piano sanitario e sociale integrato regionale, le soglie operative per l'attivazione delle strutture organizzative professionali, nonché i margini di flessibilità nell'utilizzo di tali soglie, di cui all'articolo 61 della l.r. 40/2005 , in fase di prima applicazione, sono individuate con deliberazione della Giunta regionale.
18. Nelle more dell'approvazione del nuovo piano sanitario e sociale integrato regionale, i criteri per la costituzione delle strutture organizzative dirigenziali delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche della riabilitazione, tecniche della prevenzione e dell'assistenza sociale, di cui all'articolo 61, comma 7 della l.r. 40/2005 , in fase di prima applicazione, sono definiti con deliberazione di Giunta regionale, acquisito il parere della commissione consiliare competente.

Art. 84

Patrimonio delle aziende unità sanitarie locali

1. Il patrimonio delle aziende unità sanitarie locali sopresse, come risultante dall'atto di ricognizione, di cui all'articolo 83, comma 4, è trasferito alle aziende unità sanitarie locali di nuova istituzione. La deliberazione di Giunta regionale, di cui all'articolo 83, comma 4, con la quale si approva la ricognizione della consistenza del patrimonio immobiliare e mobiliare, dei rapporti giuridici attivi e passivi e dei rapporti di lavoro in essere al 31 dicembre 2015, costituisce titolo per la trascrizione ai sensi dell' articolo 5, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell' articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421).

Art. 85

Attività dei collegi sindacali delle aziende unità sanitarie locali sopresse

1. L'attività dei collegi sindacali delle aziende sanitarie sopresse di cui all'articolo 83, comma 2, è protratta fino al termine del 30 giugno 2016 per i soli adempimenti connessi alla ricognizione di cui all'articolo 83, comma 4 e per quelli afferenti gli esercizi anteriori al 31 dicembre 2015 con oneri a carico delle nuove aziende USL.
2. Per gli adempimenti di cui al comma 1 i collegi sindacali si avvalgono del personale individuato dal direttore generale delle aziende USL costituite, con oneri a carico di queste.
3. Nel caso di collegi sindacali di cui al comma 1 in scadenza, il Presidente della Giunta regionale procede alla nomina in via straordinaria del collegio ai sensi e per le modalità di cui all'articolo 41, comma 2 bis, della l.r. 40/2005 .

Art. 86

Rapporti di lavoro

1. A decorrere dal 1° gennaio 2016 le aziende USL di nuova istituzione subentrano in tutti i rapporti di lavoro in essere presso le preesistenti aziende unità sanitarie locali nel rispetto della normativa vigente e della disciplina contrattuale.
2. A decorrere dal 1° gennaio 2016 le Aziende USL, di cui all'articolo 32, provvedono alla costituzione dei propri fondi contrattuali, sulla base della sommatoria dei fondi delle aziende USL sopresse confluiti relativi all'anno 2015 e comprensivi degli eventuali residui degli stessi. La riorganizzazione delle aziende USL, di cui alla presente legge, non costituisce condizione sufficiente per l'applicazione dell' articolo 9 quinquies del decreto legge 19 giugno 2015, n.78 (Disposizioni urgenti in materia di enti territoriali. Disposizioni per garantire la continuità dei dispositivi di sicurezza e di controllo del territorio. Razionalizzazione delle spese del Servizio sanitario nazionale nonché norme in materia di rifiuti e di emissioni industriali) convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n.125 .
3. Le nuove aziende USL sino alla stipula di un unico contratto integrativo aziendale mantengono il sistema di relazioni sindacali con le rappresentanze delle aziende USL sopresse.
4. La Regione attiva uno specifico tavolo di confronto e contrattazione con le organizzazioni sindacali per la definizione di criteri e modalità attuative omogenee in materia di personale, anche in riferimento ai percorsi di stabilizzazione del personale, in conformità alle disposizioni nazionali vigenti.
5. La Giunta regionale entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, fornisce indirizzi alle aziende ed enti del servizio sanitario regionale per l'attuazione delle

procedure di stabilizzazione del personale con rapporto di lavoro precario, di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 6 marzo 2015 (Disciplina delle procedure concorsuali riservate per l'assunzione di personale precario del comparto sanità), nonché per l'attuazione delle disposizioni di cui al  comma 3 bis dell'articolo 35 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche).

6. Le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale danno attuazione agli indirizzi di cui al comma 5, sulla base dei fabbisogni di personale e nel rispetto dei limiti di spesa previsti dalla normativa vigente.

7. Le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale, nei limiti consentiti dalle normative nazionali vigenti, prorogano i contratti di lavoro a tempo determinato in essere alla data di entrata in vigore della presente legge e comunque non oltre il 31 dicembre 2018

Art. 87

Direttori generali delle nuove aziende unità sanitarie locali

1. A decorrere dall'avvio delle nuove aziende sanitarie, i commissari delle aziende USL, di cui all'articolo 13 della l.r. 28/2015, abrogata con la presente legge, assumono le funzioni di direttori generali delle costituite aziende per il tempo necessario all'espletamento delle attività di nomina previste dalla legge e, comunque, non oltre il 29 febbraio 2016.

Art. 88

Direttori per la programmazione delle nuove aziende unità sanitarie locali

1. A decorrere dal 1° gennaio 2016, i commissari di area vasta di cui all'articolo 12 della l.r. 28/2015, abrogata con la presente legge, assumono le funzioni di direttori per la programmazione di area vasta per il tempo necessario all'espletamento delle attività di nomina previste dalla legge e, comunque, non oltre il 29 febbraio 2016.

Art. 89

Consiglio dei sanitari

1. I consigli dei sanitari operanti presso le aziende USL soppresse, a far data dal 1° gennaio 2016 continuano ad operare sino alla nomina del consiglio dei sanitari della nuova azienda USL. Nelle more della nomina del direttore sanitario la presidenza è garantita dal direttore generale o suo delegato.

Art. 90

Organismo indipendente di valutazione della performance (OIV)

1. Nelle aziende unità sanitarie locali di nuova istituzione, sino alla nomina del nuovo organismo indipendente di valutazione della performance (OIV), le relative funzioni sono svolte dall'OIV dell'azienda individuata con deliberazione di Giunta regionale.

Art. 91

Zone distretto

1. La Giunta regionale entro il 30 giugno 2016 presenta, previo parere della Conferenza regionale dei sindaci, al Consiglio regionale una proposta di legge mediante la quale si procede alla revisione degli ambiti territoriali delle zone-distretto, ad eccezione della zona insulare dell'isola d'Elba, da individuare all'interno delle nuove aziende USL sulla base di criteri strutturali ed infrastrutturali, fra i quali il numero di abitanti, l'estensione del territorio, il numero di comuni, nel rispetto del criterio di attenzione alle zone disagiate, di confine, montane, alla loro identità territoriale, alle esperienze socio-sanitarie maturate e consolidate, anche in ragione del rapporto fra dimensioni elevate del territorio e scarsa densità abitativa.

2. Relativamente al processo di revisione degli ambiti territoriali delle zone distretto, di cui al comma 1, i singoli consigli comunali, le unioni dei comuni ovvero le singole conferenze zonali integrate, attualmente costituite, possono avanzare proposte per la ridefinizione degli ambiti suddetti entro il 30 marzo 2016.

3. Entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della legge di cui al comma 1, ciascuna azienda USL recepisce i nuovi ambiti delle zone distretto e definisce, d'intesa con gli enti locali, i nuovi assetti

organizzativi della nuova zona distretto in riferimento alle previsioni degli articoli 70 bis e 71 bis della l.r. 40/2005 .

4. A seguito della definizione degli assetti organizzativi della nuova zona distretto di cui al comma 3 e della nomina dei nuovi responsabili di zona e direttori delle società della salute, decadono i responsabili di zona e i direttori delle società della salute in carica. Le disposizioni di cui agli articoli 71 novies, comma 3 bis e 64 bis, comma 2 bis, della l.r. 40/2005 non si applicano ai responsabili di zona ed ai direttori delle società della salute in carica, fino alla istituzione delle nuove zone. Ai fini della attribuzione degli incarichi conferiti successivamente alla istituzione delle nuove zone non si tiene conto dei mandati già svolti nei relativi incarichi.
5. Sino alla definizione delle nuove zone permangono gli ambiti territoriali delle zone-distretto operanti alla data di approvazione della presente legge.

Art. 92

Riorganizzazione delle funzioni di supporto tecnico-scientifico e di governo clinico

1. Entro il 30 giugno 2016 la Giunta regionale presenta una proposta di riorganizzazione delle attività di governo clinico regionale, di studio e ricerca in materia di epidemiologia, qualità e sicurezza dei servizi sanitari, formazione sanitaria e consulenza in materia di organizzazione e programmazione sanitaria, mediante la sperimentazione di un unico organismo regionale, con la finalità di:
 - a) garantire la coerenza complessiva delle attività svolte, sulla base degli indirizzi fissati dalla Giunta regionale e con il coordinamento della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute;
 - b) valorizzare la funzione strategica di alcuni servizi, eliminando ridondanze e duplicazioni di compiti, aumentando la comunicazione e riducendo i costi, grazie ad una concentrazione delle risorse e a un incremento delle competenze professionali;
 - c) garantire una gestione univoca che integri e condivida gli opportuni strumenti di lavoro, pur nel rispetto delle competenze e delle responsabilità specifiche.
2. Sino alla nomina del nuovo Consiglio sanitario regionale di cui agli articoli 83 e seguenti, come modificati dalla presente legge, da effettuarsi entro sessanta giorni dalla entrata in vigore della presente legge, i componenti attuali degli organi del Consiglio sanitario regionale restano in carica.
3. La Giunta regionale, entro il 30 giugno 2016 presenta al Consiglio regionale una proposta di legge per la riorganizzazione delle funzioni dell'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (ISPO) e dell'Istituto Toscano tumori (ITT), attraverso la definizione di un unico soggetto giuridico dedicato alla prevenzione, cura e ricerca in campo oncologico, che operi assicurando la valutazione epidemiologica, la omogeneizzazione dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali e dei relativi protocolli di cura e monitoraggio.
4. La Giunta regionale, entro il 30 settembre 2016 presenta al Consiglio regionale una proposta di legge per la valorizzazione in rete degli altri enti ed istituti del servizio sanitario regionale, ivi compresi gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché per il riordino degli organismi di partecipazione dei cittadini.

Art. 93

Fascicolo sanitario elettronico

1. A seguito dell'entrata in vigore della presente legge, il regolamento emanato con decreto del Presidente della Giunta regionale 9 ottobre 2012, n. 55/R (Regolamento di attuazione dell'articolo 76 bis, comma 8, legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 "Disciplina del servizio sanitario regionale" in merito all'istituzione del Fascicolo Sanitario Elettronico) rimane vigente, limitatamente all'allegato A "Disciplinare tecnico in materia di misure di sicurezza per il fascicolo sanitario elettronico", per le disposizioni compatibili con il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 settembre 2015, n. 178 (Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico), sino all'adozione della deliberazione di cui all'articolo 76 bis, comma 9, della l.r. 40/2005 , inerente alle indicazioni operative e le misure tecniche integrative del d.p.c.m. citato.

Art. 94

Dipartimento della prevenzione

1. Le unità funzionali, di cui all'articolo 67, comma 2, lettere a), b) e c), della l.r. 40/2005 sino all'adozione della deliberazione di Giunta Regionale di cui all'articolo 67, comma 2 ter, come introdotto dalla presente legge, mantengono come ambito di operatività quello delle aziende USL soppresse.

Art. 95

Rafforzamento organizzativo della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute

1. A conclusione del processo di riordino, si procede al rafforzamento organizzativo della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute, in modo da assicurare un adeguato supporto all'esercizio delle nuove funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo del sistema attribuito con la presente legge.
2. A tali fini e tenuto conto dei processi di riordino e razionalizzazione delle funzioni amministrative ed economico finanziarie connessi alla costituzione delle nuove aziende USL, un contingente di personale del servizio sanitario regionale, di qualifica non dirigenziale e dotato di adeguate competenze professionali, è comandato o trasferito alla Regione ed assegnato alla direzione di cui al comma 1. Tale contingente non può essere superiore alle dieci unità.

Art. 96

Abrogazione della l.r. 28/2015

1. La legge regionale 16 marzo 2015 n. 28 (Disposizioni urgenti per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale), è abrogata alla data del 31 dicembre 2015.

Art. 97

Entrata in vigore

1. La presente legge entra in vigore il giorno della sua pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione Toscana.

UMBRIA

DGR 30.11.15, n. 1411 - Linee di indirizzo vincolanti per il percorso diagnostico terapeutico assistenziale riabilitativo del paziente anziano ospedalizzato per frattura di femore.

VALLE D'AOSTA

DGR 20,11,015, n. 1681 . Approvazione della convenzione tra l'ASL TO3 della Regione Piemonte, la Regione autonoma Valle d'Aosta e l'Azienda Usl della Valle d'Aosta per l'utilizzo e l'implementazione del sistema informativo e banca dati di progetti, interventi e buone pratiche di prevenzione e promozione della salute (PRO.SA.).

VENETO

DGR 23.12.15, n. 1888 - Adozione del documento di indirizzo per le unità operative di pronto soccorso per il triage di accesso ed il triage infermieristico avanzato. (BUR n. 1 del 5.1.16)

Note

PREMESSA

Con la Deliberazione n. 74 del 4 febbraio 2014 la Giunta Regionale ha approvato le "Linee Guida regionali per la realizzazione dei progetti aziendali per la gestione delle attese in Pronto Soccorso", relative al comfort ed ai servizi delle sale d'attesa, alle informazioni da rendere disponibili all'utenza, anche tramite la figura dell'assistente di sala, alle modalità di accoglienza e gestione dei pazienti e degli accompagnatori. La delibera, inoltre, identifica alcune iniziative di miglioramento del flusso dei pazienti, finalizzate a ridurre i tempi di attesa, tra cui lo sviluppo delle procedure di *fast-track*, che prevedono l'invio diretto dal triage allo specialista dei pazienti con quadri clinici di chiara competenza monospecialistica, in aderenza a quanto previsto dall'Allegato A, punto 3.3, della DGR 2122 del 19 novembre 2013.

Con la successiva Deliberazione n. 1513 del 12 agosto 2014 la Giunta Regionale ha approvato gli obiettivi per le Aziende sanitarie in materia di tempi di riferimento per la gestione dei pazienti, da

raggiungere anche attraverso il coinvolgimento in tempo reale del Medico di Medicina Generale per la gestione delle urgenze differibili e per il completamento degli accertamenti nei casi in cui in Pronto Soccorso (PS) sia stata esclusa la presenza di patologie tali da richiedere un immediato trattamento ospedaliero o comunque evolutive a breve. Al punto 3.3 dell'Allegato A a tale deliberazione viene prevista l'attivazione di percorsi di accesso rapido dal Triage alle procedure diagnostiche ed agli accertamenti specialistici e l'adozione di protocolli che individuino le azioni sanitarie e non mediche da porre in essere in autonomia da parte dell'infermiere, anche in spazi appositamente dedicati.

Il triage, secondo quanto riportato nell'Atto di Intesa Stato Regioni del 17/5/96), è " *il primo momento di accoglienza e valutazione di pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire la priorità di intervento*"; consente la definizione dei motivi di accesso al sistema dell'emergenza e del livello di criticità; da esso dipendono i percorsi e i tempi di gestione. Tale funzione è svolta da personale infermieristico adeguatamente formato, che opera secondo protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio.

La citata Deliberazione n. 1513/2014 ha conferito al Coordinamento Regionale Emergenza Urgenza (CREU) il compito di istituire, in collaborazione con il Servizio Epidemiologico Regionale, un "osservatorio" dell'attività di PS. A tal fine il CREU ha condotto un'analisi del flusso APS relativo agli accessi in PS e delle procedure di triage in uso presso tutte le Unità Operative (UU.OO.) della Regione. Da tale attività è risultato un certo grado di disomogeneità nella definizione della priorità di accesso (codice colore) e si sono evidenziate alcune carenze nella registrazione dei motivi dell'accesso, con significative percentuali di motivi non specificati. L'analisi ha inoltre rilevato il prevalente uso di Triage di bancone (o di accesso) che, pur con modalità differenti per la definizione della priorità, è utilizzato in circa tre quarti delle UU.OO. di PS nella regione.

Il Coordinatore del CREU ha successivamente provveduto ad istituire un gruppo di lavoro composto da un medico ed un infermiere per ciascuna U.O. di PS, identificati dal Direttore di quest'ultima, a cui è stato affidato il compito di elaborare dei documenti di indirizzo in materia di triage, indicatori di attività e definizione dell'appropriatezza di accesso.

Il sottogruppo dedicato al triage ha provveduto all'analisi delle linee guida dei principali sistemi di Triage internazionali (valutazione della letteratura in merito a sicurezza, accuratezza, specificità qualitative) e della procedura di Triage di accesso maggiormente diffusa nella regione (valutazione in merito a sicurezza, accuratezza, specificità qualitative), elaborando un documento di indirizzi tecnico-operativi che, estesi a tutte le UU.OO. della Regione, possano consentire l'omogeneità della definizione della priorità e la corretta definizione dei motivi dell'accesso, indispensabile per identificare il percorso assistenziale più corretto per ciascun paziente.

Tale documento, successivamente condiviso con tutti i Direttori delle UU.OO. di PS, identifica i passi principali del percorso di triage e gli snodi decisionali, la sequenza operativa, la definizione della risposta.

In particolare il documento introduce, in applicazione di quanto disposto dalle DGR 74/14 e 1513/14, la funzione di triage infermieristico avanzato, finalizzata alla presa in carico infermieristica con avvio dei percorsi post-triage ed all'attivazione dei Percorsi Brevi per i problemi minori.

Definisce inoltre nuove tabelle relative ai motivi di accesso ed ai discriminatori per la determinazione di priorità, individuando le modalità ed i tempi massimi di presa in cura; identifica infine il percorso formativo e le attività di verifica e revisione della qualità (VRQ).

Nell'ambito dei processi di VRQ si prevede l'istituzione, nell'ambito del CREU, di un gruppo di lavoro dedicato al Coordinamento regionale dell'attività di triage (CoRe_Triage), con il compito di definire gli standard per la formazione del personale e coordinare le attività formative e di aggiornamento a livello regionale, di monitorare l'applicazione della procedura regionale di Triage e di predisporre gli aggiornamenti periodici del documento di indirizzi tecnico-operativi, da recepirsi con decreto della struttura regionale competente.

LA DISPOSIZIONE

Viene approvata l'adozione del documento "Indirizzi tecnico-operativi per il triage di Pronto Soccorso, di cui all'**Allegato A**, quale parte integrante della presente deliberazione (a cui si rinvia).

DGR 23.12.15, n. 1905 - Disposizioni per l'anno 2016 in materia di personale del SSR, specialistica ambulatoriale interna e finanziamento dei contratti di formazione specialistica. (BUR n. 1 del 5.1.16)

Note

Si approvano per l'anno 2016 misure dirette al contenimento della spesa e all'ottimizzazione della gestione del personale dipendente, del personale con rapporto di lavoro autonomo e del personale specialista ambulatoriale interno (sai) delle aziende ed enti del SSR. vengono fornite altresì specificazioni in merito al finanziamento dei contratti di formazione specialistica.

DGR 23.12.15, n. 1912 - Indicazioni di trattamento con ossigenoterapia iperbarica. (BUR n. 1 del 5.1.16)

Note

Con il presente atto si disciplina l'accesso all'ossigenoterapia iperbarica aggiornando secondo criteri di appropriatezza il ricorso alla stessa.

DGR 23.12.15, n. 1914 - Istituzione della rete reumatologica integrata ospedale-territorio. piano socio sanitario regionale (pssr) 2012-2016. deliberazione n. 78/cr del 28 settembre 2015. (BUR n. 1 del 5.1.16)

Note

PREMESSA

Le malattie reumatiche costituiscono la seconda causa più frequente di disabilità dopo le malattie cardiovascolari. Comprendono sia condizioni molto frequenti alcune delle quali genericamente definite degenerative sia condizioni meno frequenti che nel loro complesso colpiscono il 3% della popolazione e che sono sostenute da processi infiammatori ad andamento cronico evolutivo a genesi infettiva (malattia reumatica, artriti reattive) o immunoflogistica (spondiloartriti, artrite psoriasica, artriti enteropatiche) o più propriamente autoimmune a prevalente espressione articolare (artrite reumatoide, artriti giovanili idiopatiche) o sistemica (Malattie autoimmuni sistemiche altrimenti note come connettiviti o vasculiti).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito le malattie reumatiche come la prima causa di dolore e di disabilità in Europa, sottolineando come queste da sole rappresentano la metà delle patologie croniche ad alto potenziale di disabilità e di handicap che colpiscono la popolazione di età superiore ai 65 anni.

L'85% delle malattie reumatiche è diagnosticabile solo con un attento esame clinico. Le persone affette da malattie reumatiche sono spesso costrette ad abbandonare il lavoro, si trovano a dovere affrontare disagi nella vita di relazione, con sensibile riduzione della qualità della vita (costi intangibili). Inoltre più aumenta il grado di severità della malattia maggiori sono i costi per la collettività. Nel loro complesso le malattie reumatiche rappresentano la più frequente causa di assenza dal lavoro e la causa di circa il 27 % delle pensioni di invalidità erogate Italia.

In Italia circa il 10% della popolazione è colpita da malattie reumatiche e la spesa per queste malattie è stimata in 5-6 miliardi di euro l'anno. Circa 2/3 dei costi è rappresentata da perdita di produttività per 300.000 lavoratori (costi indiretti).

In Veneto, il Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2016, approvato con legge regionale n. 23/2012, ha introdotto nel sistema sanitario regionale il modello *hub and spoke*, fortemente incentrato sull'integrazione ospedale-territorio, ed ha introdotto elementi di riordino dell'assistenza territoriale attraverso il coinvolgimento della Medicina Convenzionata nelle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e nelle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), quest'ultime assimilate nel contesto veneto alle Medicine di Gruppo Integrate.

Tale previsione consente di garantire appropriatezza, condivisione di percorsi, migliore rapporto costo-efficacia di percorsi diagnostici e terapeutici. E' fondamentale, infatti, un coordinamento funzionale che garantisca l'appropriatezza di percorsi, verifichi la congruità di prestazioni, sia garanzia di qualità delle prestazioni.

In attuazione a quanto previsto dal PSSR 2012-2016, con DGR n. 2122 del 19 novembre 2013, la Giunta Regionale ha adeguato le schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate, di cui alla l.r. 39/1993, ed ha definito le schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie, secondo i principi, criteri e parametri indicati dal PSSR 2012-2016.

Con DGR n. 641 del 7 maggio 2013 sono stati definiti i Centri in possesso dei requisiti necessari per la formulazione della diagnosi e dei piani terapeutici per l'impiego dei farmaci a carico del Servizio Sanitario Nazionale; sono stati autorizzati i Centri per l'impiego di farmaci a prescrizione specialistica che necessitano di monitoraggio intensivo; sono stati forniti gli indirizzi prescrittivi stilati dalla Commissione Tecnica Regionale per alcune aree terapeutiche di farmaci biologici per le patologie reumatologiche. Successivamente, con DGR n. 754 del 14 maggio 2015, è stato approvato l'elenco dei Centri prescrittori di farmaci con Nota AIFA e/o Piano Terapeutico, sostitutivo di quello approvato con DGR n. 641/2013.

Alla luce di quanto sopra riportato, la Giunta Regionale con DGR n. 78/CR del 28 settembre 2015 ha approvato l'istituzione della Rete Reumatologica veneta integrata ospedale-territorio ed, in coerenza con il modello *hub and spoke* e con l'integrazione Ospedale-Territorio di cui alla DGR n. 2122 del 19 novembre 2013, ha individuato i livelli ed i ruoli della rete medesima.

La DGR n. 78/CR/2015 è stata trasmessa al Consiglio regionale per l'acquisizione del parere della competente Commissione consiliare, così come previsto dall'art. 2, comma 3, della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23.

La Quinta Commissione consiliare, nella seduta del 27 ottobre 2015, ha esaminato la DGR n. 78/CR/2015 ed ha espresso parere favorevole all'unanimità subordinatamente alle modifiche evidenziate nel testo allegato al parere (PAGR n. 25) di cui alla nota prot. 24843 del 4 novembre 2015 acquisita agli atti con protocollazione n. 452917 del 9 novembre 2015.

Si riportano, nella tabella che segue, le modifiche:

Testo della DGR n. 78/CR/2015	Modifiche della Quinta Commissione (PAGR n. 25)
<p>Pag. 5, 3 capoverso Il Medico di Medicina Generale (MMG) è il referente con il quale il paziente instaura un rapporto continuativo, proiettato nel tempo e con possibilità di frequenti consultazioni: ha dunque un ruolo fondamentale nella identificazione della patologia reumatologica e nel suo percorso iniziale poiché:</p>	<p>Pag. 5, 3 capoverso Il Medico di Medicina Generale (MMG) e il Pediatra di libera scelta (PLS) nel caso dei pazienti in età pediatrica ed evolutiva, rappresentano i referenti con i quali il paziente instaura un rapporto continuativo, proiettato nel tempo e con possibilità di frequenti consultazioni: ha dunque un ruolo fondamentale nella identificazione della patologia reumatologica e nel suo percorso iniziale poiché:</p>
	<p>Pag. 5 alla fine del 3 capoverso inserire il seguente capoverso: Per quanto concerne l'età pediatrica ed evolutiva, con l'intento di erogare prestazioni uniformi in tutto il territorio regionale, oltre all'individuazione delle UOC di Pediatria presenti presso gli ospedali individuati come Hub a</p>

	valenza regionale dalla programmazione quali centri di terzo livello (Hub) per tale fascia di età, è necessario che presso ogni azienda sanitaria sia identificato un referente per la reumatologia pediatrica, di norma incardinato presso l'UOC di Pediatrica e operante in sinergia con i centri di reumatologia pediatrica di terzo livello.
Pag. 5, 4 capoverso La figura del MMG è importante anche per il monitoraggio dell'evoluzione clinica e della terapia del paziente reumatico che deve avvenire in stretta collaborazione con lo specialista Reumatologo; entrambe le figure costituiscono ruoli-chiave in tutto il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale del malato.	Pag. 5, 4 capoverso La figura del MMG e del PLS sono importanti anche per il monitoraggio dell'evoluzione clinica e della terapia del paziente reumatico che deve avvenire in stretta collaborazione con lo specialista Reumatologo; entrambe le figure costituiscono ruoli-chiave in tutto il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale del malato.

Con il presente atto, viene recepito il parere espresso dalla Quinta Commissione consiliare, e viene istituita la Rete Reumatologica veneta integrata ospedale-territorio ed, in coerenza con il modello *hub and spoke* e con l'integrazione Ospedale-Territorio di cui alla DGR n. 2122 del 19 novembre 2013, individuando i livelli ed i ruoli della rete medesima, così come di seguito riportato.

Terzo livello (ospedaliero) - Centro *hub*

Unità Operativa Complessa (UOC) di Reumatologia con posti letto dedicati ed in grado di gestire tutte le patologie reumatiche e tutte le fasi diagnostiche complesse, anche per le patologie rare.

Tale UOC ha il compito di provvedere ad accogliere i pazienti con necessità di ricovero a ciclo continuo, completando il percorso diagnostico terapeutico ed è inserita in azienda in grado di garantire il necessario supporto di tutte le discipline necessarie alla gestione del percorso diagnostico terapeutico per pazienti complessi e pluri-patologici quali ad es. cardiologia, nefrologia, neurologia, pediatria, diagnostiche strumentali complesse. Opera in raccordo con le strutture di riferimento pediatriche per la gestione dei pazienti in età pediatrica al fine di identificare un percorso unico di presa in carico dei pazienti.

Il centro *hub*, in ambito reumatologico, assicura il necessario supporto alle strutture dell'Area Sanità e Sociale per le azioni di programmazione e governo clinico, tramite lo svolgimento delle seguenti attività:

- coordinamento delle attività di tutti i Centri di Assistenza Reumatologica, nell'ottica del miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e di una ottimizzazione del rapporto costi benefici soprattutto per quanto attiene l'uso dei farmaci innovativi ad alto costo;
- predisposizione di protocolli operativi per l'adozione delle linee guida;
- raccolta dei dati epidemiologici relativi alle malattie reumatiche;
- monitoraggio delle modalità di approccio terapeutico al fine di ottimizzare l'uso appropriato dei farmaci e degli schemi terapeutici sia nel trattamento delle forme di recente insorgenza sia nelle forme ormai cronicizzate;
- monitoraggio della Rete e raccolta dati sulla diagnosi, gestione e cura delle artriti idiopatiche giovanili, anche per una corretta ed efficace presa in carico dei piccoli pazienti;
- proposte di sviluppo e rilancio della ricerca, ivi comprese la terapia termale e talassoterapia.

Secondo livello (ospedaliero) - Centro *spoke*

Unità operativa con posti letto funzionali all'interno di area omogenea o dipartimentale, in grado di gestire le patologie reumatiche, all'interno di protocolli definiti e condivisi e di PDTA integrati con i centri *hub*; in grado di somministrare terapie infusionali in regime ambulatoriale protetto anche per

patologie complesse; in possesso dell'autorizzazione alla prescrizione dei farmaci biologici di cui alla DGR n. 641 del 7 maggio 2013 e successive modifiche ed integrazioni. Opera in raccordo con le strutture di riferimento pediatriche per la gestione dei pazienti in età pediatrica al fine di identificare un percorso unico di presa in carico dei pazienti.

Primo livello (territoriale) - Ambulatorio specialistico

Ambulatorio con la presenza dello specialista in reumatologia, che avvia il percorso di presa in carico per arrivare alla diagnosi precoce, in particolare nel caso di malattie aggressive e potenzialmente invalidanti e suscettibili di terapie efficaci quali connettiviti, artrite reumatoide, spondilite anchilosante, artrite psoriasica, polimialgia reumatica.

Garantisce qualora richiesto il follow-up dei pazienti cronici con controlli periodici, avvalendosi di percorsi definiti e condivisi dai centri ospedalieri.

Il Medico di Medicina Generale (MMG) e il Pediatra di libera scelta (PLS) nel caso dei pazienti in età pediatrica ed evolutiva rappresentano i referenti con i quali il paziente instaura un rapporto continuativo, proiettato nel tempo e con possibilità di frequenti consultazioni: ha dunque un ruolo fondamentale nella identificazione della patologia reumatologica e nel suo percorso iniziale poiché:

- sulla base della raccolta dei dati anamnestici, individua eventuali fattori di rischio che possano richiedere approfondimenti diagnostici;
- osserva i primi segni e sintomi che possono evidenziare il rischio di una malattia reumatica infiammatoria e auto-immune;
- formula un sospetto di diagnosi sempre più precoce con un accurato esame di sintomi e segni, con l'uso di appropriati esami di laboratorio e delle attuali metodiche di imaging (ecografia, TAC o RMN);
- indirizza il paziente al Reumatologo di secondo e terzo livello, contribuendo ad evitare ritardi diagnostici, sviluppo di complicanze e utilizzo improprio di risorse secondo criteri di appropriatezza clinica;
- fornisce, in accordo con lo specialista, informazioni al paziente e ai familiari sulla malattia in atto, sulla sua evoluzione e sull'efficacia dei trattamenti disponibili, aiutandoli a responsabilizzarsi mediante il counselling che pratica anche per i problemi e i disagi provocati dalla malattia;
- pianifica e attiva, in collaborazione con il distretto socio-sanitario, l'assistenza domiciliare integrata per i pazienti che ne hanno necessità (prosecuzione dei trattamenti iniziati e adesione al trattamento).

Per quanto concerne l'età pediatrica ed evolutiva, con l'intento di erogare prestazioni uniformi in tutto il territorio regionale, oltre all'individuazione delle UOC di Pediatria presenti presso gli ospedali individuati come Hub a valenza regionale dalla programmazione quali centri di terzo livello (Hub) per tale fascia di età, è necessario che presso ogni azienda sanitaria sia identificato un referente per la reumatologia pediatrica, di norma incardinato presso l'UOC di Pediatria e operante in sinergia con i centri di reumatologia pediatrica di terzo livello.

La figura del MMG e del PLS sono importanti anche per il monitoraggio dell'evoluzione clinica e della terapia del paziente reumatico che deve avvenire in stretta collaborazione con lo specialista Reumatologo; entrambe le figure costituiscono ruoli-chiave in tutto il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale del malato.

Anche alla luce degli sviluppi delle Cure primarie previsti sul contesto regionale, andrà in particolare favorita l'implementazione di modalità e strumenti che facilitino gli scambi informativi tra questi professionisti, quali ad esempio il teleconsulto specialistico.

Si rinvia ad un successivo atto l'individuazione delle strutture componenti la rete regionale, nel rispetto di quanto disposto con il presente atto e di quanto disposto relativamente ai Centri prescrittori di farmaci con Nota AIFA e/o Piano Terapeutico. Si demanda ad un decreto del Direttore della Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria l'eventuale successiva integrazione della rete con l'inserimento delle strutture che, nel tempo, risultino in possesso dei requisiti richiesti.

DGR 23.12.15, n. 1918 - Progetto regionale per la realizzazione di un programma finalizzato alla sensibilizzazione della popolazione sul tema della donazione di organi e tessuti e alla informazione rispetto alla opportunità di esprimere in vita il proprio assenso/dissenso alla donazione in vita al momento del rilascio/ rinnovo del documento d'identità presso le anagrafi comunali del veneto. (BUR n. 1 del 5.1.16)

Note

PREMESSA

I trapianti di organi e tessuti da donatore cadavere rappresentano una realtà terapeutica ampiamente consolidata e costituiscono il "gold standard" per il trattamento della insufficienza terminale d'organo, migliorando, in primo luogo, la sopravvivenza e anche la qualità della vita dei riceventi.

La Regione del Veneto eroga prestazioni sanitarie in ambito trapiantologico di assoluta rilevanza nel panorama nazionale ed internazionale, attraverso i suoi 10 dieci Centri di Trapianto d'organo, sia nell'età adulta che pediatrica.

Nonostante il rilevante impegno profuso da tutti gli operatori sanitari appartenenti al Sistema Regionale Trapianti per il reperimento di donatori idonei, resta elevato il fabbisogno di salute dei pazienti in lista d'attesa.

L'azione della Regione del Veneto è stata sempre orientata, sino dalla costituzione del Sistema Regionale Trapianti e del Coordinamento Regionale per i Trapianti, a potenziare e monitorare le attività di reperimento degli organi e dei tessuti, ottimizzare le funzioni dei centri di prelievo e di trapianto, promuovere la formazione e l'aggiornamento degli operatori sanitari, favorire le attività di informazione e sensibilizzazione in merito alle tematiche della donazione a favore della popolazione.

Il percorso normativo per consentire la dichiarazione di volontà alla donazione di organi e tessuti a scopo di trapianto ha visto, nel nostro Paese, il succedersi di norme finalizzate alla semplificazione dello stesso, al fine di ampliare le possibilità di una valida espressione del consenso alla donazione.

In particolare, la legge 1 aprile 1999, n. 91, all'art.23 (Disposizioni transitorie), aveva introdotto il principio del consenso o del dissenso esplicito. Attraverso la dichiarazione di volontà, ad ogni singolo cittadino era data la possibilità di esprimersi liberamente, facendo così in modo che, dopo la morte, la sua volontà venisse rispettata. La legge prevedeva inoltre la facoltà di revoca, in qualsiasi momento, senza l'obbligo di fornirne motivazione alcuna.

L'art. 2, comma 2, del Decreto Ministeriale del 8 aprile 2000 stabiliva che le strutture deputate alla raccolta dei moduli relativi alle dichiarazioni di volontà dei cittadini fossero individuate nei punti di accettazione della Aziende Sanitarie Locali. Questi dovevano assicurare la registrazione dei dati di identificazione anagrafica dei cittadini e le relative dichiarazioni di volontà in un archivio nazionale (Sistema Informativo Trapianti- SIT) appositamente predisposto dal Centro Nazionale Trapianti.

Il Decreto Ministeriale del 11 marzo 2008 stabiliva l'ampliamento ai Comuni e ai Centri Regionali per i Trapianti (CRT) dei punti di registrazione della dichiarazione di volontà, al fine di favorire la promozione della cultura della donazione degli organi. I comuni, singoli od associati, dovevano convenzionarsi con l'Azienda Sanitaria locale territorialmente competente, in quanto unica autorizzata alla registrazione delle dichiarazioni raccolte nell'archivio nazionale (Sistema Informativo Trapianti- SIT).

L'articolo 3, comma 3, del Regio Decreto 18 giugno 1931, n. 773 (Testo unico delle leggi di pubblica sicurezza - T.U.L.P.S.), così come modificato dall'art. 3, comma 8-*bis*, del Decreto Legge ("Milleproroghe") 30 dicembre 2009, n. 194, convertito, con modificazioni, dalla Legge 26 febbraio 2010, n. 25 e dall'art. 43, comma 1, del Decreto Legge ("del Fare") 21 giugno 2013, n. 69, convertito, con modificazioni, dalla Legge 9 agosto 2013, n. 98, disponeva che "la carta d'identità può altresì contenere l'indicazione del consenso ovvero del diniego della persona cui si riferisce a donare gli organi in caso di morte. I comuni trasmettono i dati relativi al consenso o al diniego alla donazione degli organi al Sistema Informativo Trapianti, di cui all'articolo 7, comma 2, della legge 1 aprile 1999, n. .

Oltre al quadro normativo sopra riportato occorre evidenziare che, in materia di prelievi e di trapianti di organi e tessuti, la legge 1 aprile 1999, n. 91:

- prevede la promozione di iniziative di informazione sui temi della donazione e del trapianto, impegnando le Regioni e le Aziende Sanitarie locali a diffondere tra i cittadini una corretta informazione in questo ambito, a sostenere l'educazione sanitaria e la crescita culturale nel territorio di competenza (art. 2)
- disciplina la dichiarazione di volontà dei cittadini in ordine alla donazione di organi e tessuti del proprio corpo successivamente alla morte (art. 4)
- impegna le Regioni a promuovere la formazione e l'aggiornamento permanente degli operatori, sanitari e amministrativi, coinvolti nelle attività connesse all'effettuazione dei trapianti (art. 21).

In ambito regionale, notevoli sono le disposizioni finora emanate tra le quali vanno richiamate la DGR n. 2134 del 19 aprile 1995 che istituisce la figura del Coordinatore Regionale per il prelievo, definendone i compiti; la DGR n. 3948 del 15 dicembre 2000 che, recependo la legge n. 91/1999 e dando attuazione alla stessa, istituisce il Sistema Regionale Trapianti che comprende anche il Centro regionale per i Trapianti, oggi Coordinamento regionale per i Trapianti; la DGR n. 2610 del 7 agosto 2007 che approvava la proposta di Piano regionale di sensibilizzazione ed informazione sulla donazione di organi e tessuti.

Per quanto riguarda, in particolare, la donazione di organi deve ora essere evidenziato che nello scorso anno 2014 si è assistito in Veneto ad un incremento della percentuale di opposizione alla donazione, espressa da parte degli aventi diritto, per i soggetti sottoposti ad accertamento di morte con criteri neurologici che ha raggiunto il 28,1% dei colloqui eseguiti a fronte del 22,2% dell'anno 2013, con conseguente effetto negativo sulle numero delle donazioni.

Di fronte alla situazione sopra illustrata, appare necessario mettere in atto ulteriori azioni mirate per dare una completa, corretta ed omogenea informazione ai cittadini sulle possibilità e sulle modalità di espressione della volontà.

In tal senso, il Coordinamento Regionale per i Trapianti, unitamente al Centro Nazionale Trapianti, a Federsanità - ANCI, ANCI Veneto ed AIDO, con la collaborazione della Sezione Comunicazione ed Informazione e della Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria, ha elaborato una proposta di progetto regionale per la realizzazione di un programma finalizzato alla sensibilizzazione della popolazione sul tema della donazione di organi e tessuti e alla informazione rispetto alla opportunità di esprimere in vita il proprio assenso/dissenso alla donazione in vita al momento del rilascio/rinnovo del documento d'identità presso le anagrafi comunali del Veneto (documento agli atti della Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria). Il coinvolgimento dei soggetti sopra citati nasce dai seguenti presupposti:

- il Centro Nazionale per i Trapianti (CNT) ha tra i suoi obiettivi anche quello di promuovere la possibilità per il cittadino di esercitare il diritto di esprimere la propria volontà in merito alla donazione degli organi
- Federsanità - ANCI, in base al proprio statuto, ha il compito di promuovere le migliori pratiche fra gli associati e servizi di interesse dei Comuni associati in raccordo con le confederazioni regionali e di attivare i rapporti necessari con i competenti organi dello Stato e delle Regioni per affermare e rafforzare il ruolo istituzionale dei propri associati al servizio della salute dei cittadini
- ANCI Veneto, in base al proprio statuto, ha il compito di rappresentare gli interessi dei Comuni veneti nei confronti della Regione del Veneto, mantenendo con la stessa collegamenti operativi, predisporre ed attivare progetti di formazione per amministratori, segretari, dipendenti dei Comuni, elaborare politiche fondate su programmi di sviluppo sociale, civile e culturale
- AIDO (Associazione Italiana per la donazione di organi, tessuti e cellule) ha il compito di promuovere, in base al principio della solidarietà sociale, la cultura della donazione di organi, tessuti e cellule e di provvedere, per quanto di competenza, alla raccolta di dichiarazioni di volontà favorevoli alla donazione di organi, tessuti e cellule post mortem, attraverso la promozione di campagne di sensibilizzazione, formazione ed informazione permanente dei cittadini su tutto il territorio nazionale, anche instaurando rapporti e collaborazioni con Istituzioni ed Enti pubblici.

IL PROGETTO REGIONALE

Viene approvato il progetto regionale per la realizzazione di un programma finalizzato alla sensibilizzazione della popolazione sul tema della donazione di organi e tessuti e alla informazione rispetto alla opportunità di esprimere in vita il proprio assenso/dissenso alla donazione in vita al momento del rilascio/ rinnovo del documento d'identità presso le anagrafi comunali del Veneto, di cui all'**Allegato A** quale parte integrante del presente atto (a cui si rinvia).

LA SPECIFICITÀ DEL PROGETTO

Il progetto parte dalla considerazione che le norme sopra richiamate in merito alla espressione in vita della volontà di donazione sono il presupposto giuridico che consentono agli uffici anagrafe dei Comuni italiani di divenire punti di raccolta e registrazione delle dichiarazioni di volontà rese dai cittadini.

L'art. 3, comma 3, del citato T.U.L.P.S. prevede, tra l'altro, che i Comuni possano inviare i dati relativi alle dichiarazioni di volontà direttamente al Sistema Informativo Trapianti. La suddetta immissione diretta della informazione raccolta dai Comuni rappresenta una semplificazione delle procedure per gli operatori dei Comuni che si realizza mediante l'impiego di strumenti informatici ad hoc.

Il quadro normativo citato ha nei fatti aperto uno spazio unico, collegato ad una preziosa risorsa quale il rinnovo obbligatorio della carta d'identità, per offrire in maniera sistematica ai cittadini l'opportunità di esercitare il proprio diritto di esprimere in vita il loro assenso/dissenso alla donazione di organi e tessuti. Tale modalità di espressione della volontà di donazione si aggiunge e rafforza le altre già esistenti presso questa Regione.

Il progetto ha come obiettivo l'attivazione di un percorso ad hoc per la realizzazione di:

- una campagna di formazione destinata agli operatori delle anagrafi dei Comuni del Veneto rispetto ai temi della donazione d'organi e agli aspetti tecnici per la registrazione della volontà dei cittadini
- una campagna, rivolta ai cittadini, volta a sensibilizzarli sui temi della donazione e del trapianto e informarli rispetto alla nuova modalità di espressione, in vita, della propria volontà di donare, al fine di dare la più ampia attuazione alla normativa vigente in merito alle dichiarazioni della volontà alla donazione.

In sintesi nel progetto vengono:

- definite le modalità di coinvolgimento dei Comuni, la formazione del personale ed il sistema di trasmissione dei dati relativi alla dichiarazione di volontà gli obiettivi
- definite le modalità per la campagna d'informazione alla popolazione
- individuati i partner e le loro funzioni
- definiti gli indicatori per il monitoraggio e la valutazione degli obiettivi
- definito il piano di spesa (euro 75.000,00)
- istituito un tavolo di Coordinamento regionale individuandone le funzioni.

LA DURATA DEL PROGETTO

Il progetto ha la durata di anni uno a decorrere dalla data di pubblicazione del presente atto.

IL FINANZIAMENTO

Per la realizzazione del progetto viene determinato in euro 75.000,00 l'importo massimo delle obbligazioni di spesa.

LE INIZIATIVE DELLE REGIONI

Si rappresenta, infine, che analoghe iniziative sono state intraprese anche in altre regioni italiane quali Lombardia, Toscana, Umbria e Marche.

DGR 23.12.15, n. 1921 - Recepimento dell'intesa tra il governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano del 5 novembre 2015 sul documento recante "piano nazionale per la prevenzione delle epatiti virali da virus b e c (PNEV)". (BUR n. 1 del 5.1.16)

Note

Si recepisce l'Intesa Stato Regioni sul documento "Piano Nazionale per la Prevenzione delle Epatiti Virali da Virus B e C, che contiene le azioni per la promozione della salute, per la prevenzione

dell'epatite virale, la diagnosi e il trattamento della stessa. Il presente provvedimento non comporta spesa per il bilancio regionale.

DGR 23.12.15, n. 1923 - Specialistica ambulatoriale privata accreditata erogata nei confronti dei cittadini residenti nel Veneto: assegnazione quote di budget per il biennio 2016 - 2017. (BUR n. 1 del 5.1.16)

Note

Viene disposta l'assegnazione delle quote di budget per il biennio 2016 - 2017 alle strutture private accreditate esclusivamente ambulatoriali per i cittadini residenti nel veneto.

ALLEGATO A alla Dgr n. 1919 del 23 dicembre 2015 pag. 1/7

ACCORDO PER IL MIGLIORAMENTO DEI SERVIZI ALL'UTENZA
 MEDIANTE PARTECIPAZIONE DELLE FARMACIE
 ALL'EROGAZIONE DEI SERVIZI DELLE
 AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE DEL VENETO - FARMACUP
 (D.P.R. 8.7.1998, n. 371 – D.Lgs. 3.10.2009, n. 153)

TRA

la Regione del Veneto, con sede in Venezia, Dorsoduro 3901, (C.F. 80007580279), legalmente rappresentata dal Direttore Generale Area Sanità e Sociale pro tempore, _____ giusta DGR _____

E

l'Unione Regionale Titolari di Farmacia (Federfarma Veneto), con sede in Venezia-Mestre, via A. Costa n. 19, (C.F.90000100272), legalmente rappresentata dal Presidente pro-tempore _____ giusta _____;

Farmacieunite Veneto, con sede in Treviso, Via Cortese n. 8, (C.F. n. 80011480268), legalmente rappresentata dal Presidente pro-tempore _____ giusta _____;

ASSOFARM - Farmacie Comunali - Aziende e Servizi Socio Farmaceutici- con sede legale in Roma - Via Nazionale, 172 - Cod.Fisc. 97199290582 - domiciliata in Verona, Via E.Noris,1 rappresentata per il Veneto dal Coordinatore Regionale _____ giusta _____;

PREMESSO CHE

- i rapporti tra il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e le farmacie pubbliche e private aperte al pubblico sono disciplinati dall'”*Accordo collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie ai sensi dell'art.8, comma 2, del D.Lgs. n. 502/1992, modificato ed integrato dal D. Lgs. n. 517/1993 siglato l'8 agosto 1996, modificato ed integrato il 3 aprile 1997*” reso esecutivo con D.P.R. n. 371 dell'8 luglio 1998;

ALLEGATO A alla Dgr n. 1919 del 23 dicembre 2015 pag. 2/7

- la finalità del predetto Accordo è quella di regolare, tra le parti che lo hanno sottoscritto, le modalità di raggiungimento di obiettivi comuni, quali, l'ottimizzazione dell'assistenza farmaceutica territoriale (sotto il profilo dell'efficienza, della qualità e della continuità dell'erogazione), il raggiungimento degli obiettivi fissati dai Piani sanitari regionali per le attività di prevenzione e cura delle patologie, il miglior impiego delle risorse finanziarie, tecniche e professionali disponibili;

- l'art. 2, comma 3, del citato Accordo stabilisce che le Regioni, mediante stipula di accordi a livello locale, possano, per quanto rileva in questa sede, “*qualificare e razionalizzare il servizio reso dalle farmacie convenzionate; attuare le prenotazioni di prestazioni specialistiche per via informatica (CUP)*”;

- tale previsione è stata richiamata e precisata dall'art. 1, comma 2, lett. f) del D.Lgs. n. 153 del 3 ottobre 2009 recante “*Individuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nonché disposizioni in materia di indennità di residenza per i titolari di farmacie rurali, a norma dell'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69*”, che così recita: “*I nuovi servizi assicurati dalle farmacie nell'ambito del SSN, nel rispetto di quanto previsto dai Piani socio-sanitari regionali e previa adesione del titolare della farmacia concernonola effettuazione di attività attraverso le quali nelle farmacie gli assistiti possano prenotare prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate,nonché ritirare i referti relativi a prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale effettuate presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate*”;

- come previsto dal successivo comma 3, dette attività sono subordinate alla conclusione di accordi di livello regionale e, comunque, all'osservanza delle norme in materia di patto di stabilità, senza oneri per la finanza pubblica o incremento di personale;

- la Regione del Veneto, che sta procedendo all'adozione di ogni possibile strumento idoneo al rispetto degli indirizzi statali in materia di finanza pubblica e controllo della spesa sanitaria, ha quindi valutato di dare concreta applicazione alle previsioni normative sopra richiamate, e con DGR N. _____ del _____ ha approvato lo schema di Accordo che - sottoscritto dai rappresentati sindacali delle associazioni di categoria maggiormente rappresentative delle farmacie del Veneto – atto a disciplinare le modalità di accesso al cittadino alla prenotazione di alcune tipologie di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, e di ritiro di determinate tipologie di referto in farmacia, al fine di ottenere un netto miglioramento del servizio all'utenza;

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE:

Art. 1 - Scopo ed oggetto dell'accordo

Il presente accordo si prefigge l'obiettivo di semplificare l'accesso del cittadino ad alcuni servizi attualmente erogati dai CUP delle Aziende Ulss del Veneto mediante affidamento alle farmacie pubbliche e private convenzionate (di seguito "farmacie") della gestione informatizzata dell'attività di:

ALLEGATO A alla Dgr n. 1919 del 23 dicembre 2015 pag. 3/7

a) prenotazione delle seguenti prestazioni specialistiche:

Branca Prestazione

08. Cardiologia

89.7A.3 - PRIMA VISITA CARDIOLOGICA. Incluso ECG (89.52)

14. Cardiologia vascolare - angiologia

89.7A.2 - PRIMA VISITA ANGIOLOGICA

14. Cardiologia vascolare - angiologia

89.7A.6 - PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE

19. Endocrinologia

89.7A.8 - PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale ed eventuale applicazione di microinfusione sottocute.

36. Ortopedia e traumatologia 89.7 - VISITA GENERALE. Visita specialistica, prima visita

36. Ortopedia e traumatologia

89.7B.7 - PRIMA VISITA ORTOPEDICA. Incluso: eventuale podoscopia per prescrizione plantare.

37. Ostetricia e ginecologia

89.26.1 - PRIMA VISITA GINECOLOGIA- Sostituisce 89.26.

Incluso: eventuale addestramento all'uso del diaframma vaginale, eventuale prelievo citologico. Non associabile a 89.26.3, 91.48.4.

38. Otorinolaringoiatria

89.7B.8 - PRIMA VISITA ORL. Incluso, in base allo specifico problema clinico: eventuale otomicroscopia, esame funzionalità vestibolare, utilizzo di fibre ottiche, rimozione di cerume.

43. Urologia

89.7C.2 - PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA.

Incluso: esplorazione dei genitali esterni ed esplorazione rettale.

52. Dermosifilopatia

89.7A.7 - PRIMA VISITA

DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA. Incluso:

osservazione in epiluminescenza.

56. Medicina fisica e riabilitazione

- recupero e riabilitazione

funzionale dei motulesi e neurolesi

89.7B.2 - PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA.

58. Gastroenterologia - chirurgia ed endoscopia digestiva

89.7A.9 - PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA

64. Oncologia

89.7B.6 - PRIMA VISITA ONCOLOGICA. Incluso: stesura del piano di trattamento

68. Pneumologia

89.7B.9 - PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA. Incluso: eventuale rilevazione incruenta della saturazione arteriosa

ALLEGATO A alla Dgr n. 1919 del 23 dicembre 2015 pag. 4/7

b) consegna di referti di Analisi di Laboratorio e di altre prestazioni specialistiche, ove disponibili in formato digitale ed *on line*.

Limitatamente alle prestazioni escluse dagli elenchi sopra riportati, sono fatti salvi gli accordi locali tra le singole Aziende ULSS e le Associazioni di categoria, vigenti alla data di entrata in vigore del presente accordo.

Art. 2 – Servizi di FARMACUP

I servizi “prenotazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale” e “stampa e consegna referto” presso le farmacie si attivano solo mediante richiesta dell’assistito o suo delegato.

Il farmacista, opportunamente formato ed incaricato di effettuare l’accesso al sistema CUP della Azienda ULSS territorialmente competente, effettuerà la prenotazione immettendo in uno degli slot liberi - che appariranno nell’applicativo dedicato - le credenziali dell’utente, scegliendo l’appuntamento maggiormente confacente alle richieste dell’assistito.

Laddove l’assistito richiedesse il ritiro del referto, il farmacista incaricato verificherà, all’atto della richiesta, la disponibilità *on-line* dello stesso dando corso alla stampa in caso positivo.

Art. 3 - Ambito di applicazione

Il presente accordo si applica alle farmacie pubbliche e private convenzionate presenti nel territorio regionale veneto ed esplica i propri effetti nei confronti di tutti i soggetti che richiedano le prestazioni descritte al precedente art. 1.

Art. 4 – Durata dell’accordo

Il presente accordo entra in vigore dalla data di ultima sottoscrizione tra le parti e sarà valido per 12 (dodici) mesi, prorogabili per un massimo di ulteriori 12 (dodici) mesi - entro i quali potranno intervenire nuovi accordi - salvo motivato recesso di una delle parti o intervento di modifiche nel quadro normativo statale.

Il presente accordo dovrà ritenersi risolto di diritto nel caso di sottoscrizione di nuovi accordi di categoria a carattere nazionale che introducessero sistemi organizzativi diversi rispetto a quelli riferiti all’attività oggetto del presente accordo.

Art. 5 – Remunerazione delle prestazioni

Le operazioni di prenotazione/modifica/annullamento non contestuali (a contatto) di una prestazione specialistica ambulatoriale di cui al precedente art. 1, lett. a), saranno a carico dell’Azienda ULSS territorialmente competente in base alle seguenti modalità:

ALLEGATO A alla Dgr n. 1919 del 23 dicembre 2015 pag. 5/7

euro 2,50 (due/50), IVA

esclusa

farmacie pubbliche o private con fatturato annuo SSN fino a euro 387.342,67 (trecentoottantasettemilatrecentoquarantadue/67), al netto dell’IVA

euro 2,00 (due/00), IVA

esclusa

altre farmacie

Il servizio di consegna referti sarà a carico dell’assistito, ovvero, in caso di esenzione per motivi di reddito, a carico dell’Azienda ULSS territorialmente competente.

Il costo del servizio di ritiro dei referti di cui al precedente art. 1, lett. b) sarà pari a:

euro 0,50 (zero/50), IVA esclusa

per i referti contenenti,

singolarmente, il test del tempo di protrombina (INR)
 se il servizio è stato reso presso una farmacia con fatturato annuo SSN fino a euro 387.342,67 (trecentoottantasettemilatrecentoquarantadue/67), al netto dell'IVA euro 1,20 (uno/20), IVA esclusa per tutte le altre tipologie di referto euro 0,40 (zero/40), IVA esclusa per i referti contenenti, singolarmente, il test del tempo di protrombina (INR) altre farmacie euro 1,00 (uno/00), IVA esclusa per tutte le altre tipologie di referto

In particolare, il costo del servizio di cui trattasi, qualora a carico dell'assistito, è da intendersi quale importo massimo; viene, pertanto, fatta salva la possibilità per le farmacie di erogare il servizio a costi minori. Sarà onere di ciascuna Azienda ULSS garantire la corretta tracciabilità delle prestazioni oggetto del presente accordo, oltre che la relativa natura onerosa o gratuita "per esenzione", e corrispondere - a fronte di esibizione di apposita fattura riportante i dettagli dei servizi erogati e la dicitura: "Pagamento con distinta contabile riepilogativa del mese di...anno..." - i conseguenti oneri contestualmente al pagamento della Distinta Contabile Riepilogativa prevista dal DPR 371/98, tenuto conto delle vigenti disposizioni in materia di formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato. Le prestazioni saranno assoggettate all'IVA nei termini di legge.

ALLEGATO A alla Dgr n. 1919 del 23 dicembre 2015 pag. 6/7

Art. 6 - Obblighi in capo alla Regione del Veneto

Per le finalità del presente accordo, la Regione del Veneto:

- a) accetta di sperimentare con le Farmacie pubbliche e private convenzionate il servizio di prenotazione/ritiro referti;
- b) incarica ciascuna Azienda ULSS, che dovrà essere comunque operativa entro e non oltre tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente Accordo,
- c) di concordare con le Associazioni di categoria presenti nel territorio le modalità di attivazione dei servizi oggetto del presente Accordo e le modalità di supporto alle farmacie nella formazione del personale addetto alle descritte attività;
- d) si impegna a comunicare tempestivamente alle Aziende ULSS, a Federfarma Veneto, Farmacieunite ed Assofarm eventuali modifiche normative che possano a qualche titolo variare i termini del presente accordo.

Art. 7 - Obblighi di Federfarma Veneto, Farmacieunite e Assofarm

Per le finalità del presente Accordo Federfarma Veneto, Farmacieunite e Assofarm, si impegnano a:

- a) gestire, per il tramite delle farmacie loro consociate, i servizi di prenotazione/ritiro referti elencati nell'art. 1 del presente Accordo;
- b) garantire il rispetto delle statuizioni di cui al presente accordo anche da parte delle farmacie loro consociate richiamando le stesse, in particolare, ad adeguare le postazioni di lavoro affinché siano resi possibili il collegamento e la comunicazione tra gli applicativi delle Farmacie e dei CUP di ciascuna Azienda del SSR;
- c) favorire un dialogo e una programmazione con le Aziende del SSR per l'individuazione delle modalità di attivazione dei servizi oggetto del presente accordo e le iniziative di formazione e supporto rivolte al personale operante all'interno delle farmacie;
- d) comunicare tempestivamente alla Regione e alle Aziende del SSR eventuali condizioni ostative all'esatta esecuzione del presente accordo.

Art. 8 - Proprietà dei dati presenti nella gestione dei servizi oggetto dell'accordo

Le parti garantiscono reciprocamente che i dati personali che saranno gestiti per le finalità del presente accordo saranno gestiti nel pieno rispetto del D.Lgs 196/2003 e s.m.i..

Resta in ogni caso inteso tra le parti che, anche a seguito dell'esecuzione del presente accordo, le Aziende ULSS rimarranno a tutti gli effetti titolari del trattamento dei dati personali (identificativi e sensibili) dei soggetti che per qualsiasi motivo abbiano avuto contatti con la loro struttura.

Sarà dovere di ciascuna Azienda Ulss provvedere alla nomina dei responsabili esterni del trattamento dei dati

nei confronti di Federfarma Veneto, Farmacieunite e Assofarm.

Art. 9 "Disposizioni finali"

Le parti si danno reciprocamente atto che le pattuizioni che precedono sono frutto di una libera ponderata intesa tra loro raggiunta, che soddisfa gli interessi di tutti, nel contesto della perseguita finalità di

ALLEGATO A alla Dgr n. 1919 del 23 dicembre 2015 pag. 7/7

miglioramento della qualità del servizio al cittadino ed in un quadro di ottimizzazione delle risorse disponibili. Si obbligano, pertanto, sul piano sia giuridico che di correttezza reciproca ad osservarle lealmente e con spirito collaborativo. Sotto questo profilo pertanto concordano nel definire amichevolmente qualsiasi controversia dovesse sorgere dalla interpretazione o applicazione del presente accordo.

In caso di invalidità o inefficacia indipendente dalla volontà delle parti, in tutto o in parte, di qualsiasi pattuizione e/o disposizione attuativa del presente accordo, che non abbia natura essenziale, le parti convengono fin d'ora di negoziare in buona fede per sostituire tali pattuizioni con altre valide ed efficaci che abbiano sostanzialmente lo stesso effetto, con riguardo agli obiettivi del presente accordo.

Le parti consensualmente pattuiscono che in caso di divergenze in ordine alla esecuzione o interpretazione del presente accordo esse comunicheranno le une alle altre le proprie ragioni tramite posta certificata (PEC).

In caso di inadempienza di una delle parti, sarà possibile, valutati gli interessi pubblici coinvolti, il recesso unilaterale - art. 1373 c.c.-, con un preavviso di almeno 2 mesi, mediante comunicazione motivata e scritta da inviarsi a mezzo PEC alle altre parti; resta inteso che l'accordo proseguirà per ulteriori 2 mesi dalla data di ricevimento della comunicazione.

Le controversie non previste o irrisolte saranno di competenza del Foro di Venezia.

Il presente atto è soggetto a registrazione in caso d'uso, con spese a carico del richiedente.

Letto, approvato e sottoscritto.

Venezia, li

Regione del Veneto Federfarma Veneto

Farmacieunite

Assofarm Veneto

TUTELA DEI DIRITTI

PIEMONTE

DD 28.12.15, n. 1069 - L.119/2013 e L.R.16/2009: assegnazione dei finanziamenti per le attività dei Centri anti violenza e delle Case Rifugio in attuazione della D.G.R.n.30-2464 del 23.11.2015 .Spesa di euro 156.000,00 (fondi già impegnati sul cap.153010/2015: impegni n.4289 e n.4400). BUR n. 1 dell'8.1.16)

Note

Viene preso atto delle risultanze dell'istruttoria effettuata dagli uffici regionali preposti sulle istanze presentate, ai sensi della DGR n. 30-2464 del 23.11.2015 e della DD n. 989 del 4.12.2015, di cui all'Allegato 1(a cui si rinvia).

Vengono assegnati i finanziamenti previsti - spesa complessiva di € 156.000 - ai soggetti indicati nell'Allegato 2 (a cui si rinvia)

ALLEGATO 1

Elenco istanze pervenute

numero PROV ente proponente indirizzo città contributo richiesto punteggio

1 AL Assoc. Me.dea Via Palermo, 33 15121 ALESSANDRIA € 7.418,00 13,5

2 AT Città di Asti P.zza San Secondo,1 14100 ASTI € 5.756,33 13

3 BI Consorzio CISSABO Via Mazzini 2/M 13836 COSSATO € 5.517,45 14,5

4 CN Consorzio del Cuneese Via Rocca de' Baldi n. 7 -
Cuneo 12100 CUNEO € 8.419,75 15

5 NO Comune di Novara Via Fratelli Rosselli, 1 -
Novara 28100 NOVARA € 6.868,57 16

6 TO Comune di Torino P.zza Palazzo Città 1 10122 TORINO € 1 0.550,00 15
 7 TO Associazione Svolta Donna
 Onlus P.zza Vittorio Veneto 1 10164 PINEROLO € 1 1.900,00 15
 8 TO Associazione ARCI Valle
 Susa Via Torino 9/6 10093 COLLEGNO € 6 .500,00 12
 9 TO Associazione Punto a capo Via Cavalcavia 11 10034 CHIVASSO € 9 .000,00 13
 10 TO Cooperativa Sociale
 Mirafiori S.C.S Onlus Via Monte Cengio 18 bis 10135 TORINO € 1 1.300,00 14,5
 11 TO Associazione Volontarie del
 Telefono Rosa Via Assietta 13 a 10128 TORINO € 6 .330,00 13,5
 12 TO Associazione Unione Donne
 terzo millennio Via Vanchiglia 6 10124 TORINO € 5 .770,00 11

REGIONE PIEMONTE

DIREZIONE COESIONE SOCIALE

ALLEGATO 1

numero PROV ente proponente indirizzo città contributo richiesto punteggio

13 TO Associazione Donne e
 Futuro ONLUS Via Barbaroux 31 10121 TORINO € 1 0.300,00 15
 14 VB Consorzio Intercomunale
 dell'Ossola Via Mizzoccola, 28 28845 DOMODOSSOLA € 5 .340,64 11
 15 VC Consorzio CISAS Santhia' Via Dante Alighieri 10 130048 SANTHIA' € 4 .960,00 12
 16 VC Comune di Vercelli Piazza Municipio 5 13100 VERCELLI € 5 .462,72 13,5

REGIONE PIEMONTE

DIREZIONE COESIONE SOCIALE

ALLEGATO 2

Elenco istanze ammesse a finanziamento

N. PROV ente

proponente indirizzo città CF/P IVA CUP

ambito territoriale:

provinciale/sovracomunal

e/comunale

punteggio contributo assegnato acconto 70%

1 AL Associazione
 Me.dea Via Palermo, 33 15121
 ALESSANDRIA 91027260065 J37H15001180002 provinciale 13,5 € 17.519,70 € 12.263,79
 2 AT Città di Asti P.zza San Secondo, 1 14100 ASTI 00072360050 provinciale 13 € 13.605,87 €
 9.524,11
 3 BI Consorzio
 CISSABO Via Mazzini 2/M 13836 COSSATO 92007810028 provinciale 14,5 € 13.041,24 €
 9.128,87
 4 CN Consorzio del
 Cuneese
 Via Rocca de' Baldi n. 7 -
 Cuneo 12100 CUNEO 02963080045 provinciale 15 € 19.901,23 € 13.930,86
 5 NO Comune di
 Novara Via Fratelli Rosselli, 1 NOVARA 125680033 provinciale 16 € 16.234,80 € 11.364,36

REGIONE PIEMONTE

DIREZIONE COESIONE SOCIALE

ALLEGATO 2

N. PROV ente

proponente indirizzo città CF/P IVA CUP

ambito territoriale:**provinciale/sovracomunale****e/comunale****punteggio contributo assegnato acconto 70%**

6 TO Comune di

Torino P.zza Palazzo di Città 1 10122 TORINO 00 514490010 comunale 15 € 12.096,19 € 8.467,33

7 TO

Associazione

Svolta Donna

ONLUS

P.zza Vittorio Veneto 1 10164 PINEROLO 94558580018 J17H15001060002 sovracomunale 15 €

13.644,05 € 9.550,84

10 TO

Cooperativa

Sociale Mirafiori

S.C.S. Onlus

Via Monte Cengio 18 bIs 10135 TORINO 00 5569090011 J17H15001070002 sovracomunale 14,5

€ 12.956,11 € 9.069,28

13 TO

Associazione

Donne e Futuro

ONLUS

Via Barbaroux 31 10121 TORINO 97579810017 J17H15001080002 sovracomunale 15 € 11.465,59

€ 8.025,91

14 VB

Consorzio

Intercomunale

dell'Ossola

Via Mizzoccola 28 28845

DOMODOSSOLA 1606830030 provinciale 11 € 12.623,34 € 8.836,34

15 VC Consorzio

CISAS Santhia' Via Dante Alighieri 10 130048 SANTHIA' 1878250024 sovracomunale 12 €

6.144,55 € 4.301,19

16 VC Comune di

Vercelli P.zza Municipio 5 13100 VERCELLI 355580028 sovracomunale 13,5 € 6.767,33 €

4.737,13

TOTALE € 156.000,00 € 109.200,00**UMBRIA**

DGR 31.8.15, n. 995 - D.G.R. n. 1635 del 19 dicembre 2012 recante "Bando congiunto per la concessione di contributi per la realizzazione di interventi a favore delle vittime di tratta e grave sfruttamento: programmi di emersione e prima assistenza ex art. 13 legge 228/2003 - Avviso 7/2012: programmi di assistenza ed integrazione sociale ex art. 18 D.lgs. 286/1998 - Avviso 13/2012". Presa d'atto della Quarta proroga degli atti di concessione ex art. 13 legge 228/2003, progetto "**Non Si Tratta 2013**" ed ex art. 18 D.lgs 286/1998, progetto "**Fuori dal Labirinto 2013**". (BUR n.66 del 13.12.15)

Note

Si stabilisce il co-finanziamento totale a valere sulla Quarta proroga del progetto "Fuori dal Labirinto 2013" per € 13.113,00, di cui per € 9.441,63 a carico dei soggetti partner e cofinanziatori di cui sopra ed € 3.671,64 a carico della Regione Umbria.