

INDICE N. 203

PANORAMA STATALE

ASSISTENTI SOCIALI

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA ORDINANZA 1° marzo 2016 .

Indizione, nei mesi di giugno e novembre 2016, della prima e della seconda sessione degli esami di Stato di abilitazione all'esercizio delle professioni di attuario e attuario iunior, chimico e chimico iunior, ingegnere e ingegnere iunior, architetto, pianificatore, paesaggista, conservatore e architetto iunior e pianificatore iunior, biologo e biologo iunior, geologo e geologo iunior, psicologo, dottore in tecniche psicologiche per i contesti sociali, organizzativi e del lavoro e dottore in tecniche psicologiche per i servizi alla persona e alla comunità, dottore agronomo e dottore forestale e agronomo e forestale iunior, biotecnologo agrario, assistente sociale specialista e assistente sociale. (Ordinanza n. 112). (GU n. 70 del 24.3.16)

BILANCIO

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE CONTO RIASSUNTIVO DEL TESORO al 31 gennaio 2016 - SITUAZIONE DEL BILANCIO DELLO STATO (GU n. 73 del 29.3.16)

EDILIZIA

ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA

Indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati relativi al mese di gennaio 2016, che si pubblicano ai sensi dell'art. 81 della legge 27 luglio 1978, n. 392 (Disciplina delle locazioni di immobili urbani), ed ai sensi dell'art. 54 della legge del 27 dicembre 1997, n. 449 (Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica). (GU n. 65 del 18.3.16)

ENTI LOCALI

MINISTERO DELL'INTERNO

DECRETO 25 febbraio 2016 - Approvazione del modello di certificato relativo ai mutui contratti nell'anno 2015, dai comuni, dalle province e dalle comunità montane, da ammettere a contributo erariale ai sensi dell'articolo 5 -bis, della legge 20 dicembre 1995, n. 539. (GU n. 67 del 21.3.16)

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

DECRETO 4 marzo 2016 - Certificazione del rispetto degli obiettivi del patto di stabilità interno degli enti locali, per l'anno 2015. (GU n. 68 del 22.3.16)

PREVIDENZA

MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

Adozione del decreto 14 marzo 2016 di fissazione del riparto tra l'INPS e l'INAIL, dell'importo dei risparmi aggiuntivi derivanti dalle ulteriori misure di razionalizzazione per la riduzione delle spese correnti. (GU n. 72 del 26.3.16)

PRIVATO SOCIALE

MINISTERO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

DECRETO 3 febbraio 2016 - Liquidazione coatta amministrativa della «AD Astra – società cooperativa sociale siglabile in AD Astra SCS», in Vercelli e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 66 del 19.3.16)

MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

Comunicato relativo alla pubblicazione sul sito istituzionale del decreto 27 ottobre 2015, concernente lo scioglimento dell'Istituto di Patronato e di assistenza sociale "FENALCA", con nomina del commissario liquidatore. (GU n. 68 del 22.3.16)

STATISTICA

COMITATO INTERMINISTERIALE PER LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA

DELIBERA 23 dicembre 2015 - Programma statistico nazionale 2014-2016. Aggiornamento 2016. (Delibera n. 116/2015). (GU n. 68 del 22.3.16)

PANORAMA REGIONALE

AMMINISTRAZIONE REGIONALE

TOSCANA

MOZIONE 2 marzo 2016, n. 195 - In merito alla soppressione degli assegni vitalizi maturati ed ancora in vigore. (BUR n. 12 del 23.3.16)

UMBRIA

L.R. 22.3.16, n. 2 - Istituzione di una Commissione Speciale per le Riforme Statutarie e Regolamentari. (BUR n. 16 del 23.3.16)

DAL 9.3.16, n. 52 - Risoluzione - Comunicazioni politiche rese dalla Presidente della Giunta regionale nella seduta del 9 marzo 2016 - Conferma della fiducia nella persona e nel programma di governo della Presidente medesima. (BUR n. 16 del 23.3.16)

ASSISTENZA PENITENZIARIA

EMILIA ROMAGNA

DGR 29.2.16, n. 271 - Interventi per l'inclusione socio lavorativa dei minori e dei giovani-adulti sottoposti a procedimento penale dall'Autorità Giudiziaria Minorile. Secondo Invito in attuazione del Piano di cui alla D.G.R. 632/2015 (BUR n.79 del 23.3.16)

BILANCIO

SICILIA

L.R.17.3.16, n. 3 - Disposizioni programmatiche e correttive per l'anno 2016. Legge di stabilità regionale.

L.R. 17.3.16, n. 4 - Bilancio di previsione della Regione siciliana per l'esercizio finanziario 2016 e Bilancio pluriennale per il triennio 2016-2018

COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA – ISEE

TOSCANA

MOZIONE 2 marzo 2016, n. 194 - In merito alla necessità di escludere dalla determinazione dell'indicatore situazione economica equivalente (ISEE) le indennità di accompagnamento dei disabili. (BUR n. 12 del 23.3.16)

DIPENDENZE

LAZIO

Determinazione 10 marzo 2016, n. G02134 - Attuazione deliberazione di Giunta Regionale del 27 ottobre 2015 n.585. Approvazione del progetto operativo del Comune di Fondi, capofila del distretto socio-sanitario LT/4, relativo alla misura 5 "Contrasto alle dipendenze" del Piano Sociale di Zona 2015. Autorizzazione all'utilizzo della somma di euro 69.917,93 a valere sul "Fondo per la programmazione e il governo della rete dei servizi socio sanitari e sociali". (BUR n. 22 del 17.3.16)

Decreto del Commissario ad Acta 14 marzo 2016, n. U00079 - L.R. n. 4/2003 – R.R. n. 2/2007 - DCA U00013 del 13/01/2015 – Integrazione dell' Allegato 2 "Requisiti ulteriori per l'accreditamento" di cui al DCA U0090 del 10/11/2010 con "AST – Assistenza per patologie da dipendenza e dei comportamenti di addiction" e con "CMD – Servizi sul campo per le persone con disturbo da uso di sostanza e/o con addiction". (BUR n. 23 del 22.3.16)

EDILIZIA

LAZIO

Regolamento 23 marzo 2016, n. 5 - Modifiche al Regolamento regionale 20 settembre 2000, n. 2 ("Regolamento per l'assegnazione e la gestione degli alloggi di edilizia residenziale pubblica destinata all'assistenza abitativa ai sensi dell'articolo 17, comma 1, della legge regionale 6 agosto 1999, n. 12.") e successive modifiche. Disposizione transitoria. (BUR n. 24 de31 24.3.16)

ENTI LOCALI

EMILIA-ROMAGNA

DGR 29.2.16, n. 276 - Modificazioni e integrazioni al Programma di riordino territoriale 2015-2017 (L.R. 21/2012) (BUR n.79 del 23.3.16)

FAMIGLIA

FRIULI V.G.

DGR 11.3.16, n. 392 - LR 11/2006 , art. 10 - Carta famiglia: implementazione del beneficio consistente nell'applicazione di sconti sull'acquisto di beni alimentari e non alimentari di cui all'allegato al DPR n. 347/2007 e successive modifiche ed integrazioni. Approvazione dello schema di avviso pubblico che disciplina i contenuti e le modalità di adesione da parte degli esercizi commerciali presenti sul territorio regionale alle convenzioni non onerose di Carta famiglia. (BUR n. 12 del 23.3.16)

MARCHE

Mozione n. 78 dell'8.3.16 Mantenimento del finanziamento a favore delle scuole per genitori". (BUR n. 36 del 24.3.16)

Mozione n. 81 del 15.3.16 - "Promuovere e valorizzare l'affidamento familiare". (BUR n. 36 del 24.3.16)

GIOVANI

BASILICATA

DGR 1.3.16, n. 189 - L. R. n. 11/2000 e ss.mm.ii. - art 5 – Approvazione Avviso Pubblico per il rinnovo dell'Assemblea del Forum Regionale dei Giovani, ai sensi degli artt. 3 e 7 del Regolamento di attuazione approvato con la DGR n.1178/2008.

CAMPANIA

DGR 8.3.16, n. 89 - Garanzia giovani - piano di attuazione regione campania periodo 2014_2020. BUR n. 17 del 14.3.16)

IMMIGRATI

FRIULI V.G.

DGR 11.3.16, n. 396 - LR 31/2015, art. 7. Programma annuale immigrazione 2016. Approvazione definitiva. (BUR n.12 del 23.3.16)

LOMBARDIA

DD 16.3.16 - n. 1888 - Approvazione degli esiti della manifestazione di interesse relativi alle istanze pervenute in risposta al comunicato regionale n. 37 del 18 febbraio 2016 «Fondo asilo, migrazioni e integrazioni 2014 - 2020 - Avviso pubblico per la manifestazione di interesse a partecipare alla partnership di progetto in riferimento all'avviso adottato dall'autorità responsabile fondo asilo, migrazione e integrazione 2014 - 2020 Ministero dell'interno - Dipartimento delle libertà civili e immigrazione, con decreto prot. n. 19738 del 24 dicembre 2015 - Avviso territoriale per la prevenzione ed il contrasto alle discriminazioni. BUR n. 11 del 18.3.16)

VENETO

L.R. 15.3.16. n.10 - Abrogazione della legge regionale 22 dicembre 1989, n. 54 "Interventi a tutela della cultura dei Rom e dei Sinti". (BUR n. 25 del 18.3.16)

MINORI

LAZIO

DGR 15.3.16, n. 105 - Proposta di Regolamento regionale concernente " Regolamento di attuazione della legge regionale 23 ottobre 2009, n. 25 "Disposizioni per la tutela e la regolamentazione dei campeggi e soggiorni socio-educativi e didattici nel territorio della Regione Lazio." (BUR n, 24 del 24.3.16)

Determinazione 4 marzo 2016, n. G01912 - Approvazione dello "Schema di Accordo", tra la Regione Lazio – Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali e l' IPAB "Istituti Riuniti di Assistenza Sociale – Roma Capitale" per la concessione in comodato d'uso di locali idonei alla realizzazione del Centro per la mediazione penale e del Servizio pubblico per le adozioni internazionali in convenzione con l'ARAI Regione Piemonte. (BUR n.21 del 15.3.16)

Determinazione 10 marzo 2016, n. G02144 - Modifica alla determinazione dirigenziale del 04 marzo 2016 n. G01912 "Approvazione dello "Schema di Accordo", tra la Regione Lazio – Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali e l' IPAB "Istituti Riuniti di Assistenza Sociale – Roma Capitale" per la concessione in comodato d'uso di locali idonei alla realizzazione del Centro per la mediazione penale e del Servizio pubblico per le adozioni internazionali in convenzione con l'ARAI Regione Piemonte." (BUR n. 22 del 17.3.16)

TOSCANA

DGR 8.3.16, n. 168 - Partecipazione dell'Istituto degli Innocenti di Firenze all'attuazione degli interventi regionali di promozione e sostegno rivolti all'infanzia e l'adolescenza; convenzione per l'anno 2016 in riferimento a quanto previsto dall'art. 2 della L.R. n. 31 del 20/03/2000.

NON AUTOSUFFICIENTI

LAZIO

Decreto del Commissario ad Acta 11 marzo 2016, n. U00073 - Revoca del DPCA n. U00105 del 9.4.2013. Approvazione dei requisiti minimi dell'assistenza territoriale residenziale riferiti alla tipologia di trattamento estensivo per persone non autosufficienti, anche anziane. (BUR n. 23 del 22.3.16)

OPERATORI SOCIO-SANITARI

FRIULI V.G.

DGR 11.3.6, n. 381 . LR 76/1982 art 15 - Indirizzi e standard formativi per il conseguimento della qualifica di operatore socio-sanitario - Approvazione. (BUR n. 12 del 23.3.16)

DGR 11.3.16, n. 382 - LR 76/1982 art 15 - Standard formativi per il conseguimento della qualifica di operatore socio sanitario - Misure compensative per le persone in possesso del diploma di tecnico

dei servizi sociali o tecnico socio sanitario conseguito presso gli Istituti professionali di stato. (Ips) - Approvazione.

PARI OPPORTUNITA'

PUGLIA

DGR 8.3.16, n. 261 - Attività Consigliera di Parità. Approvazione Schema di Convenzione. (BUR n. 32 del 22.3.16)

PERSONE CON DISABILITA'

EMILIA-ROMAGNA

DGR 22.2.16, n. 212 - Programma regionale integrato per l'assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA): Obiettivi 2016-2018 (BUR n.79 del 23.3.16)

LAZIO

DGR 1.3.16, n. 67 - Approvazione schema di Accordo di Programma fra la Regione Lazio e l'I.P.A.B. "Centro regionale S. Alessio - Margherita di Savoia per i Ciechi", per la prosecuzione nell'anno 2016 degli interventi in favore dei cittadini ciechi e con pluridisabilità, di cui alla legge 28 agosto 1997 n. 284, art. 3, alla legge regionale 14 gennaio 1987 n. 8 e alla legge regionale 28 dicembre 2007 n. 26, art. 17. (BUR n. 22 del 17.3.16)

LOMBARDIA

DD 14 marzo 2016 - n. 1802 - Approvazione della graduatoria di cui al d.d.g. 10227/2015 «Approvazione avviso pubblico relativo a interventi per lo sviluppo dell'autonomia finalizzata all'inclusione sociale delle persone disabili

DD 14.3.16 - n. 1803 - Approvazione della graduatoria di cui al d.d.g. 10226/2015 «Approvazione avviso pubblico per l'implementazione di interventi volti a migliorare la qualità della vita delle famiglie e delle persone anziane con limitazione dell'autonomia.

POLITICHE SOCIALI

EMILIA-ROMAGNA

DGR 20.7.15, n. 962 - Nomina del Revisore unico dell'ASP "Azienda Servizi alla Persona San Vincenzo de' Paoli" con sede in Santa Sofia (FC). (BUR n.79 del 23.3.16)

DGR 15.2.16, n. 173 - Approvazione modifica statutaria dell'ASP "ASP Del Forlivese" con sede a Predappio (FC). (BUR n.79 del 23.3.16)

DGR 15.2.16, n. 174 - Approvazione modifica statutaria dell'ASP del "Delta Ferrarese" con sede a Codigoro (FE). (BUR n.79 del 23.3.16)

POVERTA' INCLUSIONE SOCIALE

FRIULI V.G.

DGR 11.3.16, n. 393 - LR 11/2006, art. 10 e art. 21 bis. Carta famiglia. Approvazione dei valori massimi del beneficio regionale energia elettrica per l'anno 2015 e delega ai Comuni delle funzioni amministrative connesse all'attivazione del beneficio. (BUR n. 12 del 23.3.16)

MARCHE

Mozione n. 74 dell'8.3.16 - “Adozioni di politiche economiche e sociali regionali volte a garantire ai cittadini marchigiani in condizioni economiche – sociali disagiate l’accesso quotidiano e gratuito all’acqua potabile ad uso domestico”. (BUR n. 36 del 24.3.16)

PUGLIA

L.R 14.3.16, n. 3 - “Reddito di dignità regionale e politiche per l’inclusione sociale attiva”. (BUR n. 28 del 15.3.16)

PRIVATO SOCIALE

FRIULI V.G.

DPGR 4.3.16, n. 042Pres. - Regolamento di modifica al Regolamento per la concessione dei contributi a favore delle organizzazioni di volontariato, di cui agli articoli 9, 10 e 28 della legge regionale 9 novembre 2012, n. 23 (Disciplina organica sul volontariato e sulle associazioni di promozione sociale) emanato con decreto del Presidente della Regione 31 dicembre 2014, n. 0265/Pres. (BUR n. 12 del 23.3.16)

SANITA'

BASILICATA

DGR 24.2.16, n. 158 - Decreto Ministero dell’Economia e delle Finanze 11 Dicembre 2009- Verifica delle esenzioni, in base al reddito, dalla compartecipazione alla spesa sanitaria, tramite il supporto del Sistema Tessera Sanitaria. - Adozione Linee Guida. (BUR n. 11 del 16.3.16)

DGR 1.3.16, n. 179 - Adempimento di cui all’art.1, comma 541 lettera a) della Legge 28.12.2015 n.208 concernente l’adozione del provvedimento generale di programmazione di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario Regionale ai sensi dell’articolo 1, comma 2, del decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70. (BUR n. 11 del 16.3.16)

DGR 1.3.16, n. 180 - Adempimento di cui all’art. 1, comma 541 lettera b) della Legge 28.12.2015 n.208 concernente l’adozione del piano del fabbisogno di personale sanitario del Servizio Sanitario Regionale in coerenza con quanto disposto dall’articolo 14 della legge 30 ottobre 2014, n. 161.

DGR 1.3.16, n. 181 - DGR n. 1690 del 22/12/2015. Piano di riorganizzazione della rete delle strutture private accreditate di diagnostica di laboratorio. Presa d’atto del parere della IV Commissione Consiliare Permanente. Approvazione definitiva. (BUR n. 11 del 16.3.16)

DGR 8.3.16, n. 210 - Operazione “Potenziamento del Servizio di Emergenza Urgenza mediante l’acquisto di ambulanze” - Schema di Accordo “Piano di offerta integrata dei servizi (P.O.I.S.) per contribuire alla sicurezza della collettività ed al miglioramento dell’accessibilità fisica ai servizi sanitari mediante il miglioramento del servizio di emergenza-urgenza” - Approvazione. (BUR n. 11 del 16.3.16)

CAMPANIA

DECRETO N. 1 DEL 10.02.2016 - : Programmi Operativi 2013-2015. Azione 17.3.2: Revisione e aggiornamento del Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (P.T.O.R) **I AGGIORNAMENTO 2015** (BUR n. 17 del 14.3.16)

DECRETO N. 2 DEL 10.02.2016 - D.G.R. n.860 del 29/12/2015 avente ad oggetto : “Approvazione Piano Regionale della Prevenzione della Regione Campania per gli anni 2014 – 2018”. Presa d’atto.(BUR b. 17 del 14.1.16)

DECRETO N. 3 DEL 11.02.2016 - Definizione del Nucleo Tecnico di Supporto alla Struttura Commissariale. Disciplina del rapporto di lavoro. Integrazioni e modifiche al D.C.A. n. 9/2014. (BUR n. 17 del 14.3.16)

DECRETO N. 6 DEL 11.02.2016 - Procedure di reclutamento del personale negli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l’anno 2016. (BUR n. 17 del 14.3.16)

DECRETO N. 7 DEL 11.02.2016 - Linee di indirizzo per la determinazione dei fondi contrattuali dall’anno 2015 e seguenti e sulla corretta applicazione di alcuni istituti contrattuali aventi rilevanza sui costi del personale. (BUR n.17 del 14.3.16)

EMILIA-ROMAGNA

RISOLUZIONE - Oggetto n. 1648 - Risoluzione per impegnare la Giunta a predisporre, in sede di confronto Stato-Regioni, l'aggiornamento e la valorizzazione delle figure professionali infermieristiche, definire un approccio multidisciplinare degli operatori valorizzando la professionalità dei medici e degli infermieri, avviando inoltre un piano straordinario di assunzione di personale sanitario per sopperire alle carenze e far fronte ai carichi di lavoro. A firma della Consigliera: *Sensoli* (BUR n.79 del 23.3.16)

LAZIO

Determinazione 4 marzo 2016, n. G01918 - Offerta di servizi nefro - dialitici nella città di Roma per il Giubileo della Misericordia 2015/2016. Adozione del documento tecnico. (BUR n. 21 del 15.3.16)

Decreto del Commissario ad Acta 14 marzo 2016, n. U00080 - Disturbi Alimentari – approvazione allegato 1 "Percorsi di presa in carico sanitaria e di cura dei Disturbi Alimentari"; approvazione allegato 2 "Stima del fabbisogno di servizi e strutture dedicati ai Disturbi Alimentari (DA)"; approvazione allegato 3 "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie" (integrale sostituzione dei paragrafi 1.3a., 1.3a.1, 1.3a.2, 3.12., 3.12.1, 3.12.2, 4.12., 4.12.1, 4.12.2, 4.13., 4.13.1, 4.13.2 ed inserimento nel capitolo 1 dei paragrafi 1.2b., 1.2b.1, 1.2b.2 e 1.2c., 1.2c.1, 1.2c.2, di cui all'allegato C del DCA U0008 del 10 febbraio 2011). (BUR n. 24 del 24.3.16)

Determinazione 17 marzo 2016, n. G02533 . Determinazione dirigenziale n. G01918 del 4 marzo 2016: "Offerta di servizi nefro - dialitici nella città di Roma per il Giubileo della Misericordia 2015/2016. Adozione del documento tecnico." Modificazione ed integrazione dell'elenco delle strutture sanitarie di riferimento. (BUR n. 24 del 24.3.16)

LIGURIA

DGR 26.2.16, n. 161 . Indirizzi operativi per le attività sanitarie e sociosanitarie per l’anno 2016.

Note

- Di approvare gli indirizzi operativi per le attività sanitarie e sociosanitarie per l’anno 2016 di cui all’allegato A al presente provvedimento che ne costituisce parte integrante e sostanziale;
- Di riservarsi l’adozione, con successivi provvedimenti, di ulteriori direttive e indirizzi per le Aziende, Enti ed Istituti Sanitari, anche in relazione al processo di ridefinizione del sistema sanitario e sociosanitario della Liguria recentemente avviato.

LOMBARDIA

DD 15.3.16 - n. 1865 - Approvazione del documento «Percorso diagnostico terapeutico per la valutazione dei pazienti, in età pediatrica e adulti, affetti da epilessie focali farmaco-resistenti da eleggere a terapia chirurgica» (BUR n. 12 del 21.3.16)

MARCHE

Mozione n. 99 dell'8.3.16 “L.R. n. 1/2013 - Indirizzi procedurali ed organizzativi per l'uso terapeutico dei prodotti/derivati della cannabis”. (BUR n. 36 del 24.3.16)

PIEMONTE

DD 26.11.15, n. 900 - Rettifica determinazione dirigenziale n. 783/A1508A del 6.10.2015 "Assegnazione agli Enti gestori delle funzioni socio assistenziali delle somme per la copertura delle rette socio assistenziali delle tariffe di ricovero dei pazienti di provenienza psichiatrica per l'anno 2014". BUR n. 12 del 24.3.16)

PUGLIA

DGR 8.3.16, n.265 - Deliberazione di Giunta regionale n.161/2016 “Regolamento Regionale:”Riordino Ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n.70/2015 e della Legge di Stabilità 28 dicembre 2015,n. 208. Modifica e integrazione del R.R. n.14/2015”. Rettifica. - n. 31 del 21-3-2016. (BUR n. 32 del 22.3.16)

SICILIA

CIRCOLARE 14 marzo 2016, n. 4 - Centri di dialisi privati - modifica della circolare 23 settembre 2003, n. 1119 - adempimenti. (GURS n. 13 del 25.3.16)

DASS 2.3.16 - Adeguamento della Regione siciliana a quanto previsto dall'Intesa Stato-Regioni n. 259/CSR del 20 dicembre 2012 e dall'Intesa Stato Regioni del 19 febbraio 2015 rep. n. 32/CSR: elenchi dei requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'esercizio delle attività sanitarie e per l'accreditamento. Definizione dei tempi per l'adeguamento. Percorso per l'istituzione dell'organismo tecnico accreditante. (GURS n. 13 del 25.3.16)

DASS 8.3.16 - Piano regionale della prevenzione 2014-2018 e indirizzi operativi. (GURS n. 13 del 25.3.16)

DECRETO 1 marzo 2016 - Approvazione dell'atto aziendale dell'Azienda sanitaria provinciale di Caltanissetta (GURS n. 13 del 25.3.16)

DECRETO 1 marzo 2016 - Approvazione dell'atto aziendale dell'Azienda ospedaliera ospedali riuniti Villa Sofia-Cervello di Palermo. (GURS n. 13 del 25.3.16)

DECRETO 1 marzo 2016 - Approvazione dell'atto aziendale dell'Azienda sanitaria provinciale di Trapani. (GURS n. 13 del 25.3.16)

TOSCANA

DGR1.3.16, n. 143 - Direttori amministrativi, sanitari e dei servizi sociali delle aziende e degli enti del SSR: approvazione schema-tipo dei contratti e determinazioni in materia di trattamento economico. (BUR n. 11 del 16.3.16)

DGR 8.3.16, n. 170 - DM 7 maggio 2015: indirizzi operativi alle Aziende Sanitarie della Toscana circa le modalità di corresponsione degli importi arretrati della rivalutazione dell'indennità integrativa speciale sull'indennizzo ex legge 210/92 a favore dei soggetti danneggiati da

complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati. (BUR n. 11 del 16.3.16)

UMBRIA

REG. REG.LE 9.3.16, n. 2 - Modificazioni ed integrazioni al regolamento regionale 17 gennaio 2006, n. 1 (Modalità di esercizio del controllo regionale sugli atti delle aziende sanitarie)./BUR n. 12 del 16.3.16)

DGR 25.1.16, n. 54 - Disposizioni per l'uso terapeutico dei farmaci cannabinoidi. (BUR n. 13 del 23.3.16)

DGR 29.3.16, n. 205 - Linee di indirizzo per l'erogazione di attività fisica per la salute: approvazione. (BUR n. 13 del 23.3.16)

DGR 29.2.16, n. 206 - Ridefinizione della composizione e delle modalità di funzionamento del Centro Operativo Regionale (COR) per mesotelioma ed estensione delle competenze del COR ai casi di tumore naso-sinusale. (BUR n. 13 del 23.3.16)

VENETO

L..R. 8.3.16, n. 9 - Promozione della comunicazione e formazione degli operatori in materia di donazione di organi e tessuti. (BUR n. 24 del 15.3.16)

DGR 16.2.16, n. 135 - Elenco ricognitivo dei soggetti titolari di accreditamento istituzionale per l'erogazione di prestazioni sanitarie ambulatoriali. Legge regionale 16 agosto 2002, n. 22. (BUR n. 24 del 15.3.16)

DGR 3.3.16, n. 207 - Approvazione nuovo schema di convenzione con l'Azienda Ulss n. 7 di Pieve di Soligo per la gestione contabile ed amministrativa del "Coordinamento Regionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCMR). (BUR n. 24 del 15.3.16)

STRUTTURE ASSISTENZIALI

EMILIA-ROMAGNA

DGR 29.2.16, n. 273 - Approvazione sistema di remunerazione dei Servizi Socio-Sanitari accreditati provvisoriamente e/o definitivamente. (BUR n.79 del 23.3.16)

PANORAMA STATALE

Gazzette Ufficiali pervenute al 30 MARZO 2016 arretrati compresi

ASSISTENTI SOCIALI

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA ORDINANZA 1° marzo 2016 .

Indizione, nei mesi di giugno e novembre 2016, della prima e della seconda sessione degli esami di Stato di abilitazione all'esercizio delle professioni di attuario e attuario iunior, chimico e chimico iunior, ingegnere e ingegnere iunior, architetto, pianificatore, paesaggista, conservatore e architetto iunior e pianificatore iunior, biologo e biologo iunior, geologo e geologo iunior, psicologo, dottore in tecniche psicologiche per i contesti sociali, organizzativi e del lavoro e dottore in tecniche psicologiche per i servizi alla persona e alla comunità, dottore agronomo e dottore forestale e agronomo e forestale iunior, biotecnologo agrario, assistente sociale specialista e assistente sociale. (Ordinanza n. 112). (GU n. 70 del 24.3.16)

IL MINISTRO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA

Visto il decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300, e successive modificazioni, recante “Riforma dell'organizzazione del Governo, a norma dell'art. 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59” e, in particolare, l'art. 2, comma 1, n. 11), che, a seguito della modifica apportata dal decreto legge 16 maggio 2008, n. 85, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2008, n. 121, istituisce il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca;

Visto il decreto-legge 16 maggio 2008, n. 85, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2008, n. 121, recante “Disposizioni urgenti per l'adeguamento delle strutture di Governo in applicazione dell'art. 1, commi 376 e 377, della legge 24 dicembre 2007, n. 244” che, all'art. 1, comma 5, dispone il trasferimento delle funzioni del Ministero dell'università e della ricerca, con le inerenti risorse finanziarie, strumentali e di personale, al Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 21 febbraio 2014, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 26 febbraio 2014, al n. 47, recante “Nomina dei Ministri”, con il quale la sen. prof.ssa Stefania Giannini è stata nominata Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca;

Visto il regio decreto 31 agosto 1933, n. 1592, recante “Approvazione del testo unico delle leggi sull'istruzione superiore”;

Visto il regio decreto 4 giugno 1938, n. 1269, recante “Approvazione del regolamento sugli studenti, i titoli accademici, gli esami di Stato e l'assistenza scolastica nelle Università e negli Istituti superiori”;

Vista la legge 8 dicembre 1956, n. 1378, recante “Esami di Stato per l'abilitazione all'esercizio delle professioni”;

Visto il decreto ministeriale 9 settembre 1957, e successive modificazioni, recante “Approvazione del regolamento sugli esami di Stato di abilitazione all'esercizio delle professioni”;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 28 ottobre 1982, n. 980, e successive modificazioni, recante “Approvazione del regolamento per gli esami di Stato di abilitazione all'esercizio della professione di biologo”;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 2001, n. 195, concernente “Regolamento recante modifica al decreto del Presidente della Repubblica 28 ottobre 1982, n. 980, per l'abolizione del tirocinio ai fini dell'esame di Stato per l'esercizio della professione di biologo”;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 3 novembre 1982, n. 981, e successive modificazioni, recante “Approvazione del regolamento per gli esami di Stato di abilitazione all’esercizio della professione di geologo”;

Visti i decreti ministeriali n. 239 e 240 del 13 gennaio 1992, concernenti rispettivamente “Regolamento recante norme sul tirocinio pratico post-lauream per l’ammissione all’esame di Stato per l’abilitazione all’esercizio della professione di psicologo” e “Regolamento recante norme sull’esame di Stato per l’abilitazione all’esercizio della professione di psicologo”;

Vista la legge 10 febbraio 1992, n. 152, recante “Modifiche ed integrazioni alla legge 7 gennaio 1976, n. 3, e nuove norme concernenti l’ordinamento della professione di dottore agronomo e di dottore forestale”;

Visto il decreto ministeriale 21 marzo 1997, n. 158, recante “Regolamento per gli esami di Stato per l’abilitazione all’esercizio della professione di dottore agronomo e dottore forestale”;

Vista la legge 23 marzo 1993, n. 84, recante “Ordinamento della professione di assistente sociale e istituzione dell’albo professionale”;

Visto il decreto ministeriale 30 marzo 1998, n. 155, concernente “Regolamento recante norme sull’esame di Stato per l’abilitazione all’esercizio della professione di assistente sociale”;

Visto il decreto ministeriale 3 novembre 1999, n. 509, e successive modificazioni e integrazioni, concernente “Regolamento recante norme concernenti l’autonomia didattica degli atenei”;

Visto il decreto ministeriale 4 agosto 2000 recante “Determinazione delle classi delle lauree universitarie”;

Visto il decreto ministeriale 28 novembre 2000 recante “Determinazione delle classi delle lauree specialistiche”;

Visto il decreto ministeriale 22 ottobre 2004, n. 270, concernente “Modifiche al regolamento recante norme concernenti l’autonomia didattica degli atenei, approvato con decreto del Ministro dell’università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509”;

Visto il decreto ministeriale 16 marzo 2007, recante “Determinazione delle classi delle lauree universitarie”;

Visto il decreto ministeriale 16 marzo 2007, recante “Determinazione delle classi delle lauree magistrali”;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 5 giugno 2001, n. 328, recante “Modifiche ed integrazioni della disciplina dei requisiti per l’ammissione all’esame di Stato e delle relative prove per l’esercizio di talune professioni, nonché della disciplina dei relativi ordinamenti”;

Vista la richiesta congiunta delle Università La Sapienza e Roma Tre, trasmessa con nota prot. n. 4115/2014, volta ad istituire un’unica sede amministrativa e di svolgimento dell’esame di Stato di abilitazione all’esercizio della professione di geologo, da attribuirsi ad anni alterni ai due atenei;

Udito il parere del Consiglio universitario nazionale espresso nell’adunanza del 16 dicembre 2015;

Ordina:

Art. 1.

Sono indette nei mesi di giugno e novembre 2016 la prima e la seconda sessione degli esami di Stato di abilitazione all’esercizio delle professioni di attuario e attuario iunior, chimico e chimico iunior, ingegnere e ingegnere iunior, architetto, pianificatore, paesaggista, conservatore e architetto iunior e pianificatore iunior, biologo e biologo iunior, geologo e geologo iunior, psicologo, dottore in tecniche psicologiche per i contesti sociali, organizzativi e del lavoro e dottore in tecniche psicologiche per i servizi alla persona e alla comunità, dottore agronomo e dottore forestale, agronomo e forestale iunior e biotecnologo agrario, assistente sociale specialista e assistente sociale. Alle predette sessioni possono presentarsi i candidati che hanno conseguito il titolo accademico richiesto entro il termine stabilito per ciascuna sessione dai Rettori delle singole università in relazione alle date fissate per le sedute di laurea.

Art. 2.

I candidati possono presentare l’istanza ai fini dell’ammissione agli esami di Stato in una sola delle sedi elencate per ciascuna professione nella tabella annessa alla presente ordinanza.

Art. 3.

I candidati agli esami di Stato devono presentare la domanda di ammissione alla prima sessione non oltre il 23 maggio 2016 e alla seconda sessione non oltre il 19 ottobre 2016 presso la segreteria dell'università o istituto di istruzione universitaria presso cui intendono sostenere gli esami.

In ciascuna sessione non può essere sostenuto l'esame per l'esercizio di più di una delle professioni indicate nell'art. 1.

Coloro che hanno chiesto di partecipare alla prima sessione e che sono stati assenti alle prove possono presentarsi alla seconda sessione producendo a tal fine nuova domanda entro la suddetta data del 19 ottobre 2016 facendo riferimento alla documentazione già allegata alla precedente istanza.

La domanda, in carta semplice, con l'indicazione della data di nascita e di residenza, deve essere corredata dai seguenti documenti:

a) diploma di laurea, di laurea specialistica o laurea magistrale conseguita in base all'ordinamento introdotto in attuazione dell'art. 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127 e successive modificazioni, o diploma di laurea conseguita ai sensi dell'ordinamento previgente, ovvero diploma universitario di cui alla tabella A) allegata al citato d.P.R. n. 328 del 2001, ovvero altro titolo di studio conseguito all'estero, riconosciuto idoneo ai sensi della normativa vigente.

b) ricevuta dell'avvenuto versamento della tassa di ammissione agli esami nella misura di € 49,58 fissata dall'art. 2, comma 3, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 21 dicembre 1990, salvi gli eventuali successivi adeguamenti.

I richiedenti sono inoltre tenuti a versare all'economato dell'università il contributo stabilito da ogni singolo ateneo ai sensi dell'art. 2 del decreto del Presidente della Repubblica 25 luglio 1997 n. 306.

La relativa ricevuta va allegata alla documentazione di cui sopra.

La documentazione relativa al conseguimento del titolo accademico è inserita nel fascicolo del candidato a cura degli uffici dell'università o dell'istituto di istruzione universitaria competente per coloro i quali dichiarano nella domanda di aver conseguito il predetto titolo accademico nella stessa sede ove chiedono di sostenere gli esami di Stato.

I laureati in psicologia secondo l'ordinamento previgente, i laureati della classe 58/S e della classe LM 51 e i laureati della classe 34 e della classe L 24 che intendono sostenere gli esami di Stato di abilitazione all'esercizio della professione di psicologo devono presentare un attestato rilasciato dalla segreteria della competente facoltà dal quale risulti che abbiano svolto il tirocinio pratico prescritto dalle norme vigenti.

I candidati che al momento della presentazione della domanda di ammissione non abbiano completato il tirocinio ma che comunque lo completeranno entro la data di inizio degli esami devono dichiarare nell'istanza medesima che produrranno l'attestato di compimento della pratica professionale prima dell'inizio dello svolgimento degli esami.

I candidati che non hanno provveduto a presentare la domanda nei termini sopraindicati sono esclusi dalla sessione degli esami cui abbiano chiesto di partecipare.

Le domande di ammissione agli esami si considerano prodotte in tempo utile anche se spedite a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento entro il prescritto termine. A tal fine fa fede la data dell'ufficio postale accettante.

Sono altresì accolte le domande di ammissione agli esami presentate oltre i termini di cui al primo comma qualora il Rettore o il Direttore, a suo insindacabile giudizio, ritenga che il ritardo nella presentazione delle domande medesime sia giustificato da gravi motivi.

Art. 4.

I candidati che conseguono il titolo accademico successivamente alla scadenza del termine per la presentazione delle domande e comunque entro quello fissato dai singoli Atenei per il conseguimento del titolo stesso sono tenuti a produrre l'istanza nei termini prescritti con l'osservanza delle medesime modalità stabilite per tutti gli altri candidati, allegando una dichiarazione dalla quale risulti che hanno presentato la domanda di partecipazione agli esami di laurea.

Art. 5.

I candidati cittadini italiani della Regione Trentino- Alto Adige che chiedono di sostenere l'esame in lingua tedesca devono presentare la domanda di ammissione agli esami di Stato relativi all'abilitazione all'esercizio delle professioni sottoelencate presso le seguenti sedi:

Attuario Roma

Chimico Bologna

Ingegnere Trento

Architetto Venezia

Dottore Agronomo e Dottore Forestale Bolzano

Biologo Bologna

Geologo Bologna

Psicologo Trieste

Assistente sociale Trento

Art. 6.

I candidati all'esame di abilitazione all'esercizio di una professione per cui il decreto del Presidente della Repubblica 328/2001 prevede la ripartizione in settori nell'ambito delle sezioni devono indicare, per ciascuna sezione, il settore per il quale chiedono di partecipare agli esami in coerenza con lo specifico titolo accademico conseguito.

Art. 7.

I possessori dei titoli conseguiti secondo l'ordinamento previgente alla riforma di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e ai relativi decreti attuativi, svolgono le prove degli esami di Stato secondo le disposizioni di cui al decreto del Presidente della Repubblica 5 giugno 2001, n. 328.

Art. 8.

Gli esami di Stato per i possessori di laurea specialistica, di laurea magistrale o di diploma di laurea conseguito secondo il previgente ordinamento hanno inizio in tutte le sedi per la prima sessione il giorno 15 giugno 2016 e per la seconda sessione il giorno 16 novembre 2016. Per i possessori di laurea conseguita in base all'ordinamento introdotto in attuazione dell'art. 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, e successive modificazioni, e di diploma universitario gli esami hanno inizio per la prima sessione il giorno 22 giugno 2016 e per la seconda sessione il giorno 23 novembre 2016.

Le prove successive si svolgono secondo l'ordine stabilito per le singole sedi dai Presidenti delle commissioni esaminatrici, reso noto con avviso nell'albo dell'università o istituto di istruzione universitaria sede di esami.

Roma, 1° marzo 2016

Il Ministro: GIANNINI

TABELLA DELLE SEDI DI ESAMI DI STATO DI ABILITAZIONE ALL'ESERCIZIO PROFESSIONALE CHE SI SVOLGERANNO NELL'ANNO 2016

PROFESSIONE SEDI

Attuario e Attuario iunior

Roma 'La Sapienza'

Trieste

Chimico e Chimico iunior Bari

Bologna

Cagliari

Camerino

Catania

Como (Univ. dell'Insubria)

Cosenza (Univ. della Calabria)

Ferrara

Firenze
Genova
Messina
Milano
Modena
Napoli (Univ. Federico II)
Padova
Palermo
Parma
Pavia
Perugia
Pisa
Potenza (Univ. della Basilicata)
Roma 'La Sapienza'
Salerno
Sassari
Torino
Trieste
Venezia (Chim. Ind.)

Ingegnere e Ingegnere iunior Ancona
Bari (Politecnico)
Benevento (Univ. del Sannio)
Bergamo
Bologna
Brescia
Cagliari
Camerino (settore Ingegneria dell'informazione)
Campobasso
(Univ. Del Molise)
Cassino
Castellanza (VA)
Lib. Univ. C.
Cattaneo
Catania
Cosenza (Univ. della Calabria)
Firenze
Genova
L'Aquila
Lecce
Messina
Milano (Politecnico)
Milano Bicocca (settore ingegneria dell'informazione)
Modena
Napoli (Univ. Federico II)
Napoli (II Università)
Padova
Palermo
Parma
Pavia
Perugia

Pisa
Potenza (Univ. della Basilicata)
Reggio Calabria
Roma 'La
Sapienza'
Roma 'Tor Vergata'
Roma Tre
Roma (Campus Bio-Medico)
Salerno
Torino (Politecnico)
Trento
Trieste
Udine
Venezia "Ca' Foscari" (settore ingegneria dell'informazione)

Architetto
Pianificatore
Paesaggista
Conservatore
Architetto iunior
Pianificatore iunior
Bari (Politecnico)
Matera (Univ. della Basilicata)
Cagliari
Camerino
Catania
Cesena (Univ.
Bologna)
Ferrara
Firenze
Genova
Milano (Politecnico)
Napoli (Univ. Federico II)
Napoli (II Università)
Palermo
Parma
Perugia
Pescara (Univ. 'G. D'Annunzio)
Roma 'La Sapienza'
Reggio Calabria
Sassari
Torino (Politecnico)
Trieste
Venezia (Ist. Architettura)

Biologo e Biologo iunior
Ancona
Bari
Benevento (Univ. del Sannio)
Bologna
Cagliari

Camerino
Campobasso
(Università del Molise)
Catania
Cosenza (Univ. della Calabria)
Ferrara
Firenze
Genova
L'Aquila
Lecce
Messina
Milano
Modena
Napoli (Univ. Federico II)
Napoli (II Università)
Padova
Palermo
Parma
Pavia
Perugia
Pisa
Roma (Univ. La Sapienza)
Roma (Univ. Tor Vergata)
Sassari
Siena
Torino
Trieste
Urbino
Varese (Univ. dell'Insubria)
Vercelli (Univ. Piemonte Orientale)
Viterbo (Univ. della Tuscia)

Geologo e Geologo iunior
Bari
Benevento (Univ. del Sannio)
Bologna
Cagliari
Camerino
Chieti
Cosenza (Univ. della Calabria)
Firenze
Genova
Milano
Napoli (Univ. Federico II)
Padova
Palermo
Parma
Pavia
Perugia
Pisa
Potenza (Univ. della Basilicata)

Siena
Roma Univ. Roma Tre (Univ. Roma La Sapienza)
Torino
Trieste
Urbino

Psicologo dottore in tecniche psicologiche per i contesti sociali, organizzativi e del lavoro dottore in tecniche psicologiche per i servizi alla persona e alla comunità

Bari
Bologna
Cagliari
Chieti (G.
D'Annunzio)
Firenze
Genova
L'Aquila
Messina
Milano (Univ. Cattolica)
Milano - Bicocca
Napoli (Univ. Federico II)
Napoli (II Università)
Padova
Palermo
Parma
Pavia
Roma 'La Sapienza'
Torino
Trieste

Dottore agronomo e dottore forestale agronomo e forestale iunior Biotecnologo agrario

Ancona
Bari
Bologna
Bolzano
Campobasso
Catania
Firenze
Milano (Univ. Statale)
Modena
Napoli (Univ. Federico II)
Padova
Palermo
Perugia
Piacenza (Univ. Cattolica)
Pisa
Potenza
Reggio Calabria
Sassari
Torino
Udine
Viterbo (Univ. della Tuscia)

Assistente sociale specialista
 Assistente sociale
 Ancona
 Bari
 Bologna
 Campobasso (Univ. Del Molise)
 Cassino
 Catania
 Catanzaro
 Chieti (Univ. G. D'Annunzio)
 Firenze
 Genova
 L'Aquila
 Lecce
 Messina
 Milano (Univ. Cattolica)
 Milano - Bicocca
 Napoli (Federico II)
 Napoli (Ist. Univ. Suor Orsola Benincasa)
 Padova
 Palermo
 Parma
 Perugia
 Pisa
 Roma Tre Roma (Lib. Univ. M.SS. Assunta LUMSA)
 Sassari
 Siena
 Torino
 Trento
 Trieste
 Venezia
 Vercelli (Univ.
 Piemonte
 Orientale)
 Verona

BILANCIO

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE
CONTO RIASSUNTIVO DEL TESORO al 31 gennaio 2016 - SITUAZIONE DEL
BILANCIO DELLO STATO (GU n. 73 del 29.3.16)

EDILIZIA

ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA

Indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati relativi al mese di gennaio 2016, che si pubblicano ai sensi dell'art. 81 della legge 27 luglio 1978, n. 392 (Disciplina delle locazioni di immobili urbani), ed ai sensi dell'art. 54 della legge del 27 dicembre 1997, n. 449 (Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica). (GU n. 65 del 18.3.16)

Gli indici dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati, senza tabacchi, relativi ai singoli mesi del 2015 e 2016 e le loro variazioni rispetto agli indici relativi al corrispondente mese dell'anno precedente e di due anni precedenti risultano:

Anni

e mesi Indici

Variazioni percentuali rispetto

al corrispondente periodo

dell'anno

precedente

di due anni

precedenti

(Base 2010=100)

2015 Gennaio 106,5 -0,7 -0,2

Febbraio 106,8 -0,4 0,1

Marzo 107,0 -0,2 0,1

Aprile 107,1 -0,3 0,2

Maggio 107,2 -0,1 0,3

Giugno 107,3 -0,1 0,2

Luglio 107,2 -0,1 0,0

Agosto 107,4 -0,1 -0,2

Settembre 107,0 -0,1 -0,2

Ottobre 107,2 0,0 0,1

Novembre 107,0 0,0 0,2

Dicembre 107,0 0,0 -0,1

Media 107,1

(Base 2015=100)

Coefficiente di

raccordo tra le basi 1,071

2016 Gennaio 99,7 0,3 -0,5

ENTI LOCALI

MINISTERO DELL'INTERNO

DECRETO 25 febbraio 2016 - Approvazione del modello di certificato relativo ai mutui contratti nell'anno 2015, dai comuni, dalle province e dalle comunità montane, da ammettere a contributo erariale ai sensi dell'articolo 5 *-bis*, della legge 20 dicembre 1995, n. 539. (GU n. 67 del 21.3.16)

IL CAPO DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI INTERNI E TERRITORIALI

DEL MINISTERO DELL'INTERNO

DI CONCERTO CON

IL RAGIONIERE GENERALE DELLO STATO DEL MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Visto l'art. 46 *-bis*, del decreto-legge 23 febbraio 1995, n. 41, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 marzo 1995, n. 85, come modificato dall'art. 5 *-bis*, del decreto legge 27 ottobre 1995, n. 444, convertito, con modificazioni, dalla legge 20 dicembre 1995, n. 539, con il quale è stato posto a regime l'intervento erariale sulle rate di ammortamento dei mutui contratti dagli enti locali dal 1995;

Considerato che secondo le modalità indicate dal citato art. 46 *-bis*, il Ministero dell'interno è autorizzato a corrispondere contributi a valere sulle somme non ancora utilizzate del fondo per lo sviluppo degli investimenti;

Visto il comma 2, del medesimo art. 46 *-bis*, il quale stabilisce che per i contributi da concedere sui mutui contratti dal 1995 valgono le disposizioni vigenti per l'anno 1992;

Visto il comma 4, dell'art. 4, del decreto-legge 18 gennaio 1993, n. 8, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 marzo 1993, n. 68, il quale stabilisce che i contributi per i mutui contratti nel 1992 sono determinati calcolando una rata di ammortamento costante annua posticipata, con interessi del 7 o 6 per cento, rispettivamente per gli enti con popolazione inferiore a 5.000 abitanti, e per quelli con popolazione uguale o superiore;

Considerato, che ai sensi del citato decreto-legge n. 41/1995, gli enti locali sono tenuti a presentare, entro il termine perentorio del 31 marzo 2016, a pena di decadenza, apposita certificazione firmata dal responsabile del servizio, per quantificare l'onere dei mutui contratti nell'anno 2015;

Considerato che gli elementi di dettaglio relativi ai mutui concessi dalla Cassa depositi e prestiti, dall'INPDAP/ INPS e dall'Istituto per il Credito sportivo possono essere acquisiti direttamente dagli Istituti attraverso procedure informatiche;

Ritenuto di disciplinare, con il presente decreto, contenuti e modalità di trasmissione dei certificati relativi alla richiesta del contributo per gli investimenti sui mutui contratti nel 2015 dagli enti locali;

Visto il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 concernente norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche;

Ritenuto, pertanto, che l'atto da adottare nella forma del decreto in esame consiste nella mera approvazione di un modello di certificato i cui contenuti hanno natura prettamente gestionale;

Decreta:

Art. 1.

È approvato l'allegato modello di certificato che fa parte integrante del presente decreto, di richiesta del contributo per gli investimenti sui mutui contratti nel 2015 dagli enti locali, come previsto dall'art. 46 *-bis*, del decreto- legge 23 febbraio 1995, n. 41, convertito con modificazioni dalla legge 22 marzo 1995, n. 85, come modificato dall'art. 5 bis, del decreto-legge 27 ottobre 1995, n. 444, convertito con modificazioni dalla legge 20 dicembre 1995, n. 539.

Art. 2.

Il certificato deve essere compilato, firmato e trasmesso dagli enti locali, in due copie autentiche, alle prefetture competenti per territorio, entro il termine perentorio del 31 marzo 2016, a pena di decadenza.

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

Roma, 25 febbraio 2016

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

BELGIORNO

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

FRANCO

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

DECRETO 4 marzo 2016 - Certificazione del rispetto degli obiettivi del patto di stabilità interno degli enti locali, per l'anno 2015. (GU n. 68 del 22.3.16)

IL RAGIONIERE GENERALE DELLO STATO

Visto l'art. 31, comma 20, della legge 12 novembre 2011, n. 183 (legge di stabilità 2012), che, ai fini della verifica del rispetto degli obiettivi del patto di stabilità interno 2015, prevede che le province e i comuni con popolazione superiore a 1.000 abitanti sono tenuti ad inviare, entro il termine perentorio del 31 marzo 2016, al Ministero dell'economia e delle finanze – Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato – utilizzando il sistema web appositamente previsto per il patto di stabilità interno nel sito web <http://pattostabilitainterno.tesoro.it>, una certificazione del saldo finanziario in termini di competenza mista conseguito, firmata digitalmente, ai sensi dell'art. 24 del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, dal rappresentante legale, dal responsabile del

servizio finanziario e dall'organo di revisione economico-finanziaria, secondo un prospetto e con le modalità definiti con decreto dello stesso Ministero di cui al comma 19 del medesimo art. 31;

Visto il secondo periodo del comma 20 dell'art. 31 della richiamata legge n. 183 del 2011, il quale precisa che la trasmissione per via telematica della certificazione ha valore giuridico ai sensi dell'art. 45, comma 1, del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82 recante "Codice dell'amministrazione digitale";

Visto l'art. 1, comma 16, della legge 7 aprile 2014, n. 56 che prevede che dal 1° gennaio 2015 le città metropolitane subentrano alle province omonime e succedono ad esse in tutti i rapporti attivi e passivi e ne esercitano le funzioni, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica e degli obiettivi del patto di stabilità interno;

Visto l'art. 31, comma 19, della legge n. 183 del 2011, in cui è previsto che, per il monitoraggio degli adempimenti relativi al patto di stabilità interno e per l'acquisizione di elementi informativi utili per la finanza pubblica anche relativamente alla loro situazione debitoria, le province e i comuni con popolazione superiore a 1.000 abitanti trasmettono semestralmente al Ministero dell'economia e delle finanze – Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, utilizzando il sistema web appositamente previsto per il patto di stabilità interno, le informazioni riguardanti le risultanze in termini di competenza mista, attraverso un prospetto e con le modalità definiti con decreto del predetto Ministero, sentita la Conferenza Stato-città ed autonomie locali. Con riferimento al primo semestre, il prospetto è trasmesso entro trenta giorni dalla pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* del decreto di cui al periodo precedente; il prospetto del secondo semestre è trasmesso entro trenta giorni dalla fine del periodo di riferimento;

Visto il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze n. 52505 del 26 giugno 2015, che definisce le modalità di trasmissione e i prospetti per acquisire le informazioni utili al monitoraggio semestrale del patto di stabilità interno per l'anno 2015, in attuazione di quanto disposto dal citato comma 19 dell'art. 31 della legge n. 183 del 2011;

Visto il terzo periodo del comma 20 dell'art. 31 della legge n. 183 del 2011 che dispone che la mancata trasmissione della predetta certificazione al Ministero dell'economia e delle finanze – Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, entro il termine perentorio del 31 marzo 2016, costituisce inadempimento al patto di stabilità interno;

Visto l'art. 31, comma 26, della legge n. 183 del 2011 che disciplina le sanzioni da applicare all'ente locale, in caso di mancato rispetto del patto di stabilità interno, nell'anno successivo a quello dell'inadempienza;

Visto, in particolare, l'art. 31, comma 26, lettera *a*), ultimo periodo, della legge n. 183 del 2011, che prevede che la sanzione inerente alla riduzione del fondo sperimentale di riequilibrio, destinato agli enti locali delle Regioni a statuto ordinario, o dei trasferimenti destinati agli enti locali della Regione siciliana e della regione Sardegna di cui alla medesima lettera *a*) del comma 26, non si applica nel caso in cui il superamento degli obiettivi del patto di stabilità interno sia determinato dalla maggiore spesa per interventi realizzati con la quota di finanziamento nazionale e correlati ai finanziamenti dell'Unione Europea rispetto alla media della corrispondente spesa del triennio precedente;

Visto l'art. 248, comma 1, del decreto legislativo del 18 agosto 2000, n. 267 (T.U.EE.LL.) che prevede che, a seguito della dichiarazione di dissesto, e sino all'emanazione del decreto di approvazione dell'ipotesi di bilancio stabilmente riequilibrato previsto dall'art. 261 del medesimo decreto legislativo, sono sospesi i termini per la deliberazione del bilancio;

Visto l'art. 261, comma 3, del decreto legislativo n. 267 del 2000, che prevede che il Ministro dell'interno con proprio decreto provvede all'approvazione dell'ipotesi di bilancio stabilmente riequilibrato, stabilendo prescrizioni per la corretta ed equilibrata gestione dell'ente;

Visto l'art. 31, comma 20, quarto periodo, della legge n. 183 del 2011 che dispone che, nel caso in cui la certificazione, sebbene in ritardo, sia trasmessa entro sessanta giorni dal termine stabilito per l'approvazione del conto consuntivo e attesti il rispetto del patto di stabilità interno, si applica solo la sanzione di cui al comma 26, lettera *d*), del medesimo art. 31, relativa al divieto di assunzione di

personale a qualsiasi titolo, con qualsivoglia tipologia contrattuale, ivi compresi i rapporti di collaborazione coordinata e continuativa e di somministrazione, anche con riferimento ai processi di stabilizzazione in atto. È fatto, altresì, divieto agli enti di stipulare contratti di servizio con soggetti privati che si configurino come elusivi di tale disposizione;

Visto l'art. 31, comma 20, penultimo ed ultimo periodo, della legge n. 183 del 2011, che dispone che, decorsi sessanta giorni dal termine stabilito per l'approvazione del rendiconto di gestione, in caso di mancata trasmissione da parte dell'ente locale della certificazione, il presidente dell'organo di revisione economico-finanziaria nel caso di organo collegiale, ovvero l'unico revisore nel caso di organo monocratico, in qualità di commissario ad acta, provvede ad assicurare l'assolvimento dell'adempimento e a trasmettere la certificazione entro i successivi trenta giorni. Il Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato provvede a trasmettere al Ministero dell'interno apposita comunicazione per la sospensione, sino alla predetta data di trasmissione della certificazione da parte del commissario ad acta, delle erogazioni di risorse o trasferimenti spettanti;

Visto l'art. 31, comma 20 *-bis*, della legge n. 183 del 2011, che stabilisce che, decorsi sessanta giorni dal termine stabilito per l'approvazione del rendiconto di gestione, l'ente locale è comunque tenuto ad inviare una nuova certificazione, a rettifica della precedente, se rileva, rispetto a quanto già certificato, un peggioramento del proprio posizionamento rispetto all'obiettivo del patto di stabilità interno;

Visto l'art. 31, comma 28, primo periodo, della legge n. 183 del 2011, che prevede che agli enti locali per i quali la violazione del patto di stabilità interno sia accertata successivamente all'anno seguente a quello cui la violazione si riferisce, si applicano, nell'anno successivo a quello in cui è stato accertato il mancato rispetto del patto di stabilità interno, le sanzioni di cui al comma 26 del medesimo articolo;

Visto l'art. 31, comma 29, della legge n. 183 del 2011, che stabilisce che gli enti locali di cui al precedente comma 28 sono tenuti a comunicare l'inadempienza entro trenta giorni dall'accertamento della violazione del patto di stabilità interno al Ministero dell'economia e delle finanze – Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato;

Visto l'art. 4 *-ter*, comma 6, del decreto-legge 2 marzo 2012, n. 16, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 aprile 2012, n. 44, che stabilisce che il rappresentante legale, il responsabile del servizio finanziario e l'organo di revisione economico-finanziario attestano, con la certificazione di cui al comma 20 dell'art. 31 della legge n. 183 del 2011, che i maggiori spazi finanziari, acquisiti nell'ambito del Patto di stabilità interno "orizzontale nazionale", sono stati utilizzati esclusivamente per effettuare spese per il pagamento di residui passivi di parte capitale.

In assenza di tale certificazione, nell'anno di riferimento, non sono riconosciuti i maggiori spazi finanziari acquisiti, mentre restano validi i peggioramenti dei saldi obiettivi del biennio successivo;

Visto l'art. 31, comma 32, della legge n. 183 del 2011, che prevede la possibilità di aggiornare, con decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, qualora intervengano modifiche legislative alla relativa disciplina, i termini riguardanti gli adempimenti degli enti locali relativi al monitoraggio e alla certificazione del patto di stabilità interno;

Ravvisata l'opportunità di procedere all'emanazione del decreto ministeriale previsto dalle citate disposizioni al fine di disciplinarne le modalità attuative;

Sentita la Conferenza Stato-città ed autonomie locali, che ha espresso il parere favorevole nella seduta del 3 marzo 2016;

Decreta:

Art. 1.

Certificazione

1. Le città metropolitane, le province e i comuni con popolazione superiore a 1.000 abitanti, e trasmettono, entro il termine perentorio del 31 marzo 2016, al Ministero dell'economia e delle finanze, Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, utilizzando il sistema web appositamente previsto per il patto di stabilità interno nel sito web all'indirizzo <<http://pattostabilitainterno.tesoro.it>>, una certificazione, firmata digitalmente, ai sensi dell'art. 24

del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, dal rappresentante legale, dal responsabile del servizio finanziario e dai componenti dell'organo di revisione economico-finanziaria validamente costituito, relativa al rispetto degli obiettivi del patto di stabilità interno per l'anno 2015, secondo il prospetto "Certif.2015" e le modalità contenute nell'allegato al presente decreto, che ne costituisce parte integrante. La trasmissione per via telematica della certificazione ha valore giuridico ai sensi dell'art. 45, comma 1, del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82.

2. Al fine di consentire l'individuazione degli enti ai quali, in caso di certificazione del mancato rispetto del patto di stabilità interno, non si applica la sanzione di cui all'art. 31, comma 26, lettera a) , della legge 12 novembre 2011, n. 183, gli enti di cui al comma 1 che, a seguito della certificazione, risultano non rispettosi del patto di stabilità interno 2015, comunicano, con il prospetto "Certif.2015/A" e secondo le modalità contenute nell'allegato al presente decreto, le informazioni utili a valutare se il mancato raggiungimento dell'obiettivo è stato determinato dalla maggiore spesa per interventi realizzati con la quota di finanziamento nazionale e correlati ai finanziamenti dell'Unione Europea rispetto alla media della corrispondente spesa del triennio precedente.

3. I comuni con popolazione superiore a 1.000 abitanti soggetti al patto di stabilità interno che, nell'anno 2015, hanno acquisito spazi finanziari nell'ambito del patto di stabilità interno "orizzontale nazionale", ai sensi dell'art. 4 -ter , comma 6, del decreto-legge 2 marzo 2012, n. 16, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 aprile 2012, n. 44, attestano mediante la compilazione del prospetto "Certif. 2015/B" che i suddetti maggiori spazi finanziari sono stati utilizzati esclusivamente per il pagamento di residui passivi di parte capitale. In assenza di tale certificazione, non sono riconosciuti i maggiori spazi finanziari acquisiti nel 2015, mentre restano validi i peggioramenti dei saldi obiettivi del biennio successivo.

4. Gli spazi finanziari acquisiti nel 2015 mediante il patto di stabilità interno "orizzontale nazionale", ai sensi dell'art. 4 -ter del decreto-legge n. 16 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 aprile 2012, n. 44, non utilizzati per effettuare spese per il pagamento di residui passivi di parte capitale vengono recuperati attraverso una modifica peggiorativa del saldo obiettivo programmatico dell'anno 2015, per un importo pari ai predetti spazi non utilizzati. Restano comunque validi i peggioramenti dei saldi obiettivi del biennio successivo.

5. Gli enti di cui al comma 1 che non provvedono ad inviare la certificazione, entro il termine perentorio del 31 marzo 2016, con le modalità precedentemente indicate sono considerati inadempienti al patto di stabilità interno 2015, ai sensi dell'art. 31, comma 20, della legge 12 novembre 2011, n. 183, e sono assoggettati alle sanzioni di cui all'art. 31, comma 26, lettera b) e seguenti, della legge 12 novembre 2011, n. 183.

6. Qualora la certificazione, sebbene in ritardo, sia trasmessa entro sessanta giorni dal termine di legge stabilito per l'approvazione del rendiconto della gestione e attestati:

- il rispetto del patto di stabilità interno, si applica solo la sanzione relativa al divieto di assunzione di personale a qualsiasi titolo disposta dall'art. 31, comma 26, lettera d) , della legge 12 novembre 2011, n. 183;

- il mancato rispetto del patto di stabilità interno, si applicano tutte le sanzioni previste dal comma 26 dell'art. 31 della legge n. 183 del 2011.

7. Decorsi sessanta giorni dal termine di legge stabilito per l'approvazione del rendiconto della gestione, in caso di mancata trasmissione da parte dell'ente locale della certificazione, il presidente dell'organo di revisione economico-finanziaria nel caso di organo collegiale, ovvero l'unico revisore nel caso di organo monocratico, in qualità di commissario ad acta, provvede ad assicurare l'assolvimento dell'adempimento e a trasmettere telematicamente, mediante sottoscrizione con firma digitale, la certificazione entro i successivi trenta giorni. Ferma restando l'applicazione delle sanzioni di cui al comma 26, lettera b) e seguenti, dell'art. 31 della legge n. 183 del 2011, sino alla data di trasmissione della certificazione da parte del commissario ad acta, il Ministero dell'interno sospende tutte le erogazioni di risorse o i trasferimenti spettanti.

Qualora la certificazione trasmessa a cura del commissario ad acta, attestati:

- il rispetto del patto di stabilità interno, trovano applicazione solo le sanzioni di cui alla lettera *b*) e seguenti del citato comma 26 dell'art. 31 della legge n. 183 del 2011;

- il mancato rispetto del patto di stabilità interno, trovano applicazione tutte le sanzioni di cui al citato comma 26 dell'art. 31 della legge n. 183 del 2011.

8. In caso di accertamento successivo della violazione del patto di stabilità interno di cui al comma 28 dell'art. 31 della legge n. 183 del 2011, gli enti locali sono tenuti ad inviare una nuova certificazione del patto di stabilità interno entro trenta giorni dall'accertamento della violazione. Decorso inutilmente il suddetto termine, il commissario ad acta provvede, entro i successivi trenta giorni, ad assicurare l'assolvimento del predetto adempimento e a trasmettere, utilizzando il sistema web appositamente previsto per il patto di stabilità interno nel sito web <<http://pattostabilitainterno.tesoro.it>>, previa sottoscrizione con firma digitale, la nuova certificazione.

9. Decorsi sessanta giorni dal termine stabilito per l'approvazione del rendiconto della gestione, l'ente locale è comunque tenuto ad inviare una nuova certificazione, a rettifica della precedente, se rileva, rispetto a quanto già certificato, un peggioramento del proprio posizionamento rispetto all'obiettivo del patto di stabilità interno.

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

Roma, 4 marzo 2016

Il Ragioniere generale dello Stato: FRANCO

ALLEGATO

A. CERTIFICAZIONE E PROSPETTI ALLEGATI

Le informazioni relative alle risultanze al 31 dicembre 2015 utili alla verifica del raggiungimento degli obiettivi del patto di stabilità interno, sono quelle previste nel prospetto allegato al decreto del Ministero dell'economia e delle finanze n. 52505 del 26 giugno 2015, concernente il monitoraggio semestrale del patto di stabilità interno per l'anno 2015 (modello MONIT/15), come successivamente modificato ai sensi del comma 2 dell'art. 1 del medesimo decreto.

Le informazioni di riferimento sono, quindi, quelle relative al monitoraggio dell'intero anno 2015 che gli enti locali soggetti al patto di stabilità interno comunicano al Ministero dell'economia e delle finanze utilizzando il sistema web appositamente previsto per il patto di stabilità interno all'indirizzo <http://pattostabilitainterno.tesoro.it>.

Considerato che le informazioni in questione sono già presenti nel sistema web, al fine di agevolare gli enti locali nel predisporre la certificazione definitiva delle risultanze del patto di stabilità interno per l'anno 2015, è stata prevista una apposita procedura web che consente all'ente di acquisire direttamente il modello per la certificazione ai fini del successivo invio telematico al Ministero dell'economia e delle finanze. Il modello "Certif. 2015" risulta, pertanto, già compilato con le informazioni inserite, in fase di monitoraggio 2015, direttamente dagli enti nel sistema web e con l'indicazione del rispetto o meno degli obiettivi del patto.

A tal proposito, si invitano gli enti locali tenuti alla trasmissione della certificazione a controllare, prima di apporre la firma digitale, che i dati del patto di stabilità interno al 31 dicembre 2015, inseriti ai fini del monitoraggio, siano corretti; in caso contrario, devono essere rettificati entro la data del 31 marzo 2016 mediante la funzione "Variazione modello" nell'applicazione web del "Monitoraggio".

Inoltre, in attuazione di quanto disposto dall'art. 31, comma 26, lettera *a*) , ultimo periodo, della legge n. 183 del 2011, gli enti locali che, in base a tale certificazione, risultano non rispettosi delle regole del patto di stabilità interno, trasmettono telematicamente un ulteriore prospetto ("Certif. 2015/A") utile per valutare se il mancato raggiungimento dell'obiettivo è stato determinato dalla maggiore spesa per interventi realizzati con la quota di finanziamento nazionale e correlati ai finanziamenti dell'Unione Europea rispetto alla media della corrispondente spesa del triennio precedente. Tale prospetto consente l'individuazione degli enti ai quali non si applica la sanzione di cui all'art. 31, comma 26, lettera *a*) , della legge n. 183 del 2011 inerente alla riduzione del fondo di

solidarietà comunale per i comuni, del fondo sperimentale di riequilibrio per le province e le città metropolitane delle regioni a statuto ordinario e dei trasferimenti erariali per le province della Regione siciliana e della regione Sardegna.

Infine, secondo quanto disposto dall'art. 4 *-ter*, comma 6, del decreto legge n. 16 del 2012, i comuni che, nell'anno 2015, hanno acquisito spazi finanziari nell'ambito del patto di stabilità interno "orizzontale nazionale", attestano, mediante la compilazione del prospetto "Certif.2015/B", che i suddetti maggiori spazi finanziari sono stati utilizzati esclusivamente per effettuare nel 2015 spese per il pagamento di residui passivi di parte capitale. L'importo dei pagamenti effettuati, peraltro, risulterà indicato automaticamente sulla base dell'importo inserito da ciascun ente interessato in corrispondenza della voce "Pag Res" del modello MONIT/15 relativo al monitoraggio del secondo semestre 2015.

Come precisato dalla norma sopra richiamata, in assenza di tale attestazione, nell'anno di riferimento, non sono riconosciuti i maggiori spazi finanziari acquisiti, mentre restano validi i peggioramenti dei saldi obiettivi del biennio successivo. A tal proposito, si ritiene che la norma sia correttamente applicata se l'importo dei pagamenti di residui passivi in conto capitale effettuati nell'anno 2015 a valere sugli spazi finanziari acquisiti nel 2015 mediante il patto di stabilità interno "orizzontale nazionale" (quantificato nel prospetto del monitoraggio del secondo semestre nella voce "Pag Res") non risulti inferiore ai predetti spazi finanziari. Gli spazi finanziari acquisiti e non utilizzati per le finalità sopra indicate, non potendo essere utilizzati per altre finalità, sono recuperati mediante un peggioramento dell'obiettivo dell'anno 2015 mentre restano validi i peggioramenti dei saldi obiettivi del biennio successivo.

Il predetto recupero viene effettuato in sede di certificazione del patto di stabilità interno 2015 (modello "Certif. 2015") attraverso la rideterminazione del "saldo obiettivo 2015 finale" per un importo pari agli spazi finanziari acquisiti nell'ambito del "patto orizzontale nazionale" 2015 e non utilizzati per le finalità indicate dalla norma.

B. ISTRUZIONI PER L'INVIO TELEMATICO DEI PROSPETTI DELLA CERTIFICAZIONE

L'art. 1, comma 539, della legge di stabilità 2014, ha disposto, a partire dal 2014, la sostituzione dell'invio della certificazione attestante il rispetto del patto di stabilità interno in forma cartacea (a mezzo raccomandata) con l'invio telematico, prevedendone la sottoscrizione con firma digitale ai sensi dell'art. 24 del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82 recante "Codice dell'Amministrazione Digitale". Alla certificazione trasmessa in via telematica è attribuito, ai sensi dell'art. 45, comma 1, del citato Codice dell'Amministrazione Digitale, il medesimo valore giuridico proprio dei documenti prodotti in forma scritta, con gli effetti che ne conseguono. In particolare, l'art. 45 del citato Codice dell'Amministrazione Digitale, rubricato "Valore giuridico della trasmissione", prevede che i documenti trasmessi da chiunque ad una pubblica amministrazione con qualsiasi mezzo telematico o informatico, idoneo ad accertarne la fonte di provenienza, soddisfano il requisito della forma scritta e la loro trasmissione non deve essere seguita da quella del documento originale. Gli enti locali non devono, pertanto, trasmettere anche per posta ordinaria le certificazioni già trasmesse in via telematica.

Pertanto, ai fini della verifica del rispetto degli obiettivi del patto di stabilità interno per l'anno 2015, le città metropolitane, le province e i comuni con popolazione superiore a 1.000 abitanti sono tenuti ad inviare, entro il termine perentorio del 31 marzo 2016, utilizzando esclusivamente il sistema web appositamente previsto per il patto di stabilità interno nel sito web all'indirizzo <<http://pattostabilitainterno.tesoro.it>>, le risultanze al 31 dicembre 2015 del patto di stabilità interno (art. 31, comma 20, della legge 12 novembre 2011, n. 183). La sottoscrizione del certificato generato dal sistema web deve avvenire con firma elettronica qualificata ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 22 febbraio 2013 recante "Regole tecniche in materia di generazione, apposizione e verifica delle firme elettroniche avanzate, qualificate e digitali, ai sensi degli articoli 20, comma 3, 24, comma 4, 28, comma 3, 32, comma 3, lettera b), 35, comma 2, 36, comma 2, e 71".

Per acquisire il modello della certificazione è necessario accedere all'applicazione web del patto di stabilità interno e richiamare, dal Menu Funzionalità presente alla sinistra della maschera principale dell'applicativo, la funzione di "Acquisizione modello" relativa alla certificazione del rispetto degli obiettivi 2015 che prospetterà in sola visualizzazione il modello "Certif. 2015" contenente le risultanze del monitoraggio del secondo semestre del proprio ente.

In caso di mancato rispetto del patto di stabilità interno, al fine di consentire l'individuazione degli enti per i quali si applica la sanzione di cui all'art. 31, comma 26, lettera a), della legge n. 183 del 2011 (riduzione del fondo di solidarietà comunale, del fondo sperimentale di riequilibrio, nonché dei trasferimenti erariali per le province della Regione Siciliana e della regione Sardegna) il sistema web genererà automaticamente il prospetto Certif. 2015/A che dovrà essere opportunamente compilato dall'utente.

Infine, per i comuni che hanno acquisito spazi finanziari nell'anno 2015 nell'ambito del patto di stabilità interno "orizzontale nazionale", il sistema genererà automaticamente il prospetto "Certif. 2015/B", al fine di acquisire l'attestazione inerente all'utilizzo dei predetti spazi finanziari ai sensi del richiamato comma 6 dell'art. 4 -ter del decreto legge n. 16 del 2012.

Dopo aver verificato l'attendibilità delle informazioni acquisite dal sistema web, sarà possibile procedere alla sottoscrizione con firma digitale del/i documento/i da parte del rappresentante legale, del responsabile del servizio finanziario e dei componenti dell'organo di revisione economico-finanziaria validamente costituito ai sensi dell'art. 237, comma 1, del decreto legislativo n. 267 del 2000.

Di seguito, nel dettaglio, le fasi per l'invio della certificazione:

- Fase 1: utilizzare la funzione "Certificazione digitale" per effettuare il download del documento tramite l'apposito tasto "Scarica Documento";
- Fase 2: una volta scaricato il documento, apporre la firma di tutti i soggetti sopra indicati (rappresentante legale, del responsabile del servizio finanziario e dei componenti dell'organo di revisione economico-finanziaria) utilizzando i kit di firma in proprio possesso;
- Fase 3: accedere nuovamente alla funzione "Certificazione digitale" ed effettuare l'upload del documento firmato tramite l'apposito tasto "Carica Documento Firmato". Per procedere con l'invio è necessario completare tutti i passaggi della procedura guidata che il sistema propone. Il sistema effettua una serie di controlli sulla validità delle firme apposte sul documento tra cui la data di scadenza dei certificati dei firmatari, bloccando l'acquisizione in caso di mancato superamento dei suddetti controlli;
- Fase 4: è necessario associare i nomi dei firmatari del file con il corrispondente ruolo ricoperto (ad esempio Sindaco o Responsabile Finanziario);
- Fase 5: inviare il documento tramite l'apposito tasto di "Invio Documento" presente al termine della procedura guidata. A questo punto il sistema web rilascerà una ricevuta utile ai fini della verifica del rispetto del termine di invio e attestante che la certificazione risulta nello stato di "inviato e protocollato".

Gli enti possono verificare il corretto invio della certificazione digitale, andando sulla funzione "Certificazione digitale" e verificando che il campo "stato" finale del documento riporti la dicitura "inviato e protocollato".

Informazioni dettagliate riguardo alla procedura e ai controlli preventivi effettuati sono consultabili sul Manuale Utente dell'applicativo disponibile sul sistema web all'indirizzo <http://pattostabilitainterno.tesoro.it>. Quesiti di natura tecnica ed informatica potranno essere posti all'indirizzo di posta elettronica "assistenza.cp@tesoro.it".

La funzione di acquisizione della certificazione è disponibile esclusivamente per gli enti che hanno trasmesso via web le risultanze del monitoraggio del patto al 31 dicembre 2015. Pertanto, gli enti che non hanno trasmesso tali dati non potranno acquisire il modello della certificazione se non dopo aver comunicato via web le informazioni relative al monitoraggio dell'anno 2015.

Infine, si segnala che i dati indicati nella certificazione del patto di stabilità interno devono essere conformi ai dati contabili risultanti dal rendiconto della gestione dell'anno di riferimento. Ne

consegue che, qualora l'ente, approvando il rendiconto della gestione, modifichi i dati già trasmessi con la certificazione mediante il sistema web di questa Ragioneria generale dello Stato, è tenuto a rettificare, entro sessanta giorni dal termine stabilito per l'approvazione del rendiconto della gestione (entro il 29 giugno 2016), i dati del monitoraggio del secondo semestre presenti nel sistema web e ad inviare la nuova certificazione con le modalità sopra richiamate.

C. RITARDATO INVIO DELLA CERTIFICAZIONE E NOMINA DEL COMMISSARIO AD ACTA

L'ente che non provvede a trasmettere telematicamente la certificazione nei tempi previsti dalla legge è ritenuto inadempiente al patto di stabilità interno ai sensi dell'art. 31, comma 20, della legge n. 183 del 2011 e, pertanto, è assoggettato alle sanzioni di cui al comma 26, lettera *b*) e seguenti, del predetto articolo.

Qualora la certificazione, sebbene in ritardo, sia trasmessa entro sessanta giorni dal termine di legge stabilito per l'approvazione del rendiconto della gestione e attestati:

- il rispetto del patto di stabilità interno, si applicano solo le disposizioni di cui al comma 26, lettera *d*), dell'art. 31 della legge n. 183 del 2011 (divieto di assunzione di personale a qualsiasi titolo);
- il mancato rispetto del patto di stabilità interno, si applicano tutte le sanzioni previste dal comma 26 dell'art. 31 della legge n. 183 del 2011.

Con riferimento agli enti locali per i quali, ai sensi dell'art. 248, comma 1, del decreto legislativo n. 267 del 2000, a seguito della dichiarazione di dissesto, sono sospesi i termini per la deliberazione del bilancio 2015, si ritiene che i sessanta giorni dal termine stabilito per l'approvazione del rendiconto della gestione, previsti dall'art. 31, comma 20, della legge n. 183 del 2011, decorrano dall'eventuale nuovo termine per l'approvazione del rendiconto della gestione 2015 previsto dal decreto del Ministro dell'interno di approvazione dell'ipotesi di bilancio di previsione stabilmente riequilibrato ai sensi dell'art. 261 del T.U.EE.LL.

Decorsi sessanta giorni dal termine stabilito per l'approvazione del rendiconto della gestione, in caso di mancata trasmissione da parte dell'ente locale della certificazione, il presidente dell'organo di revisione economico-finanziaria nel caso di organo collegiale, ovvero l'unico revisore nel caso di organo monocratico, in qualità di commissario ad acta, provvede ad assicurare l'assolvimento dell'adempimento e a trasmettere telematicamente, previa sottoscrizione con firma digitale, la certificazione entro i successivi trenta giorni. Ferma restando l'applicazione delle sanzioni di cui al comma 26, lettera *b*) e seguenti, dell'art. 31 della legge n. 183 del 2011, sino alla data di trasmissione della certificazione da parte del commissario ad acta, sono sospese tutte le erogazioni di risorse o trasferimenti da parte del Ministero dell'interno (ai sensi del comma 20, ultimo periodo, dell'art. 31 della legge n. 183 del 2011).

Qualora la certificazione trasmessa a cura del commissario ad acta attestati:

- il rispetto del patto di stabilità, trovano applicazione le sole sanzioni di cui alla lettera *b*) e seguenti del citato comma 26 dell'art. 31 della legge n. 183 del 2011;
- il mancato rispetto del patto di stabilità interno, trovano applicazione tutte le sanzioni di cui al citato comma 26 dell'art. 31 della legge n. 183 del 2011.

Fatta eccezione per le fattispecie previste dal comma 20 *-bis* dell'art. 31 della legge n. 183 del 2011, come individuate al successivo punto E, non possono essere trasmesse certificazioni successivamente alla scadenza del predetto termine di trenta giorni previsto per gli adempimenti del commissario *ad acta*.

Decorsi 90 giorni dal termine di legge stabilito per l'approvazione del rendiconto della gestione, in caso di mancata trasmissione da parte dell'ente locale della certificazione, continuano a trovare applicazione le sanzioni di cui al comma 26, lettera *b*) e seguenti, dell'art. 31 della citata legge n. 183 del 2011, compresa la sospensione di tutte le erogazioni di risorse o trasferimenti da parte del Ministero dell'interno.

Articolo 31, comma 20, legge 183/2011 - certificazione patto di stabilità interno 2015 –

NB

Si rinvia alla lettura integrale del testo

D. FONDO CREDITI DI DUBBIA ESIGIBILITÀ - Chiarimenti

Come meglio precisato al paragrafo B.2.2 del decreto del Ministero dell'economia e finanze n. 52505 del 26 giugno 2015, relativo al monitoraggio semestrale del patto di stabilità interno 2015, il comma 3 dell'art. 31 della legge n. 183 del 2011, come modificato dal comma 490 dell'art. 1 della legge n. 190 del 2014, ha stabilito che, ai fini della determinazione del saldo finanziario rilevante per il rispetto del patto di stabilità 2015, rilevano gli stanziamenti di competenza del Fondo crediti di dubbia esigibilità di cui all'art. 167 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267 (T.U.EE.LL).

Pertanto, ai fini della verifica del rispetto del patto di stabilità interno 2015, nel calcolo del saldo finanziario di cui al citato comma 3 dell'art. 31, rientra, fra le spese, il valore dell'accantonamento annuale stanziato nel predetto Fondo di parte corrente, aggiornato alle ultime variazioni di bilancio intervenute (Missione 20, Programma 02, titolo I spese correnti, previsioni di competenza, dell'allegato n. 9 – Bilancio di previsione di cui alla lettera a) , del comma 1 dell'art. 11 del decreto legislativo n. 118 del 2011).

Conseguentemente, per consentire l'aggiornamento dello stanziamento nel predetto fondo, le città metropolitane e le province, entro il termine di trasmissione della certificazione del patto di stabilità interno 2015 (entro il 31 marzo 2016), modificano il dato riportato nella cella "FCDE" del prospetto "MONIT/15" relativo al monitoraggio del secondo semestre 2015, mediante la funzione "Variazione modello" nell'applicazione web del "Monitoraggio". Qualora la certificazione sia stata già trasmessa, successivamente al suddetto aggiornamento, è necessario trasmettere una nuova certificazione sostitutiva della precedente, secondo le stesse modalità, entro e non oltre sessanta giorni dal termine stabilito per l'approvazione del rendiconto della gestione (entro il 29 giugno 2016).

Invece, per i comuni di cui alla tabella 1 allegata al decreto legge 19 giugno 2015, n. 78 - per i quali gli obiettivi programmatici dell'anno 2015 sono stati calcolati ai sensi dell'art. 1 del decreto legge n. 78 del 2015 e ridotti di un importo proprio pari all'accantonamento definitivo stanziato nel bilancio di previsione al Fondo crediti di dubbia esigibilità è richiesto innanzitutto l'aggiornamento dello stanziamento nel predetto fondo nel modello "OB/15/C" relativo agli obiettivi programmatici 2015-2018. In tal caso, i suddetti comuni che, entro il termine del 31 dicembre 2015, hanno trasmesso il modello "OB/15/C", provvedono all'aggiornamento del predetto accantonamento nel medesimo modello "OB/15/C" entro il 31 marzo 2016 e, comunque, non oltre sessanta giorni dal termine stabilito per l'approvazione del rendiconto della gestione (entro il 29 giugno 2016) mediante la relativa funzione "Variazione modello". Il sistema applicativo web provvede, contestualmente, all'aggiornamento automatico del dato nella corrispondente voce "FCDE" del prospetto "MONIT/15". Qualora la certificazione sia stata già trasmessa entro il termine del 31 marzo 2016, successivamente al suddetto aggiornamento, è necessario trasmettere una nuova certificazione sostitutiva della precedente, secondo le stesse modalità, entro e non oltre sessanta giorni dal termine stabilito per l'approvazione del rendiconto della gestione (entro il 29 giugno 2016).

E. OBBLIGO DI INVIO DI UNA NUOVA CERTIFICAZIONE

Decorsi sessanta giorni dal termine stabilito per l'approvazione del rendiconto della gestione, l'ente locale è tenuto ad inviare una nuova certificazione, a rettifica della precedente, se rileva, rispetto a quanto già certificato, un peggioramento del proprio posizionamento rispetto all'obiettivo del patto di stabilità interno (art. 31, comma 20 -bis , della legge n. 183 del 2011).

Al riguardo, si evidenzia che con la dizione "peggiore" del proprio posizionamento rispetto all'obiettivo del patto di stabilità interno" il legislatore intende disciplinare le seguenti fattispecie:

a. la nuova certificazione attesti una maggiore differenza fra saldo finanziario conseguito e obiettivo programmatico, in caso di mancato rispetto del patto di stabilità interno già accertato con la precedente certificazione;

b. la nuova certificazione, contrariamente alla precedente, attesti il mancato rispetto del patto di stabilità interno;

c. la nuova certificazione, pur attestando, come la precedente, il rispetto del patto di stabilità interno, evidenzia una minore differenza tra saldo conseguito e obiettivo assegnato.

In assenza di una delle predette fattispecie, decorsi i termini sopra richiamati, gli enti locali che sulla base della precedente certificazione risultano non aver rispettato il patto di stabilità interno, non possono inviare certificazioni rettificative in senso migliorativo di dati trasmessi precedentemente.

Inoltre, in caso di accertamento successivo della violazione del patto di stabilità interno, di cui al comma 28 dell'art. 31 della legge n. 183 del 2011, gli enti locali sono tenuti ad inviare la nuova certificazione del patto entro trenta giorni dall'accertamento della violazione. Decorso inutilmente il suddetto termine, il commissario ad acta provvede, nei successivi trenta giorni, ad assicurare la trasmissione telematica della nuova certificazione.

Certif. 2015

DENOMINAZIONE ENTE

NB

Si rinvia alla lettura integrale del testo

PROSPETTO per la CERTIFICAZIONE

della verifica del rispetto degli obiettivi del patto di stabilità interno 2015 da trasmettere entro il termine perentorio del 31 marzo 2016

NB

Si rinvia alla lettura integrale del testo

PREVIDENZA

MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

Adozione del decreto 14 marzo 2016 di fissazione del riparto tra l'INPS e l'INAIL, dell'importo dei risparmi aggiuntivi derivanti dalle ulteriori misure di razionalizzazione per la riduzione delle spese correnti. (GU n. 72 del 26.3.16)

È stato adottato, in data 14 marzo 2016, il decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, attuativo dell'art. 1, comma 608, legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016), con il quale è stato fissato il riparto, tra l'INPS e l'INAIL, dell'importo dei risparmi aggiuntivi, da conseguire per il triennio 2016/2018 in misura complessivamente inferiore a 53 milioni di euro annui, derivanti dalle ulteriori misure di razionalizzazione per la riduzione delle spese correnti, individuate dagli enti stessi nell'ambito della propria autonomia organizzativa.

La percentuale di riparto è posta, a decorrere dall'anno 2016, in misura pari al 77% (settantasette per cento) a carico dell'INPS ed al 23% (ventitré per cento) a carico dell'INAIL.

Le somme provenienti dalle riduzioni di spesa sono versate, a cura dell'INPS e dell'INAIL, per quanto di competenza, sul capitolo 3691, Capo 10, dello stato di previsione dell'entrata del bilancio dello Stato, denominato "Versamenti da parte degli enti nazionali di previdenza e assistenza sociale pubblici, nell'ambito della propria autonomia organizzativa, delle somme derivanti da ulteriori interventi di razionalizzazione per la riduzione delle proprie spese" entro il 30 giugno di ciascun anno.

PRIVATO SOCIALE

MINISTERO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

DECRETO 3 febbraio 2016 - Liquidazione coatta amministrativa della «AD Astra – società cooperativa sociale siglabile in AD Astra SCS», in Vercelli e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 66 del 19.3.16)

IL MINISTRO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

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

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

Vista l'istanza con la quale la Confederazione cooperative italiane ha chiesto che la società «AD Astra - Società cooperativa sociale siglabile in AD Astra SCS» sia ammessa alla procedura di liquidazione coatta amministrativa;

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

Considerato quanto emerge dalla visura camerale aggiornata, effettuata d'uffi cio presso il competente registro delle imprese, dalla quale si evince che l'ultimo bilancio depositato dalla cooperativa, riferito all'esercizio 31 dicembre 2014, evidenzia una condizione di sostanziale insolvenza in quanto, a fronte di un attivo patrimoniale di € 897.566,00, si riscontra una massa debitoria di € 1.066.304,00 ed un patrimonio netto negativo di € 221.874,00;

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

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

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

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

Decreta:

Art. 1.

La società cooperativa «AD Astra - Società cooperativa sociale siglabile in AD Astra SCS», con sede in Vercelli (codice fiscale 02030730028) è posta in liquidazione coatta amministrativa, ai sensi dell'art. 2545 *-terdecies* c.c.

Considerati gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal *curriculum vitae*, è nominato commissario liquidatore il rag. Pierluca Sella, nato a Casale Monferrato (AL) il 6 febbraio 1971 (codice fi scale SLLPLC71B-06B885S), ivi domiciliato in via F.lli Parodi, n. 18.

Art. 2.

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

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

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

Roma, 3 febbraio 2016

d'ordine del Ministro

Il Capo di Gabinetto

COZZOLI

MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

Comunicato relativo alla pubblicazione sul sito istituzionale del decreto 27 ottobre 2015, concernente lo scioglimento dell'Istituto di Patronato e di assistenza sociale "FENALCA", con nomina del commissario liquidatore. (GU n. 68 del 22.3.16)

È pubblicato sul sito istituzionale del Ministero del lavoro e delle politiche sociali www.lavoro.gov.it nella sezione “Pubblicità Legale” il decreto 27 ottobre 2015 del Ministro del lavoro e delle politiche sociali adottato ai sensi dell’art. 16, comma 2, lett. a) della legge 30 marzo 2001, n. 152 e successive modificazioni, concernente lo scioglimento dell’Istituto di Patronato e di assistenza sociale “FENALCA” e la nomina del dr. Francesco Ripa come commissario liquidatore

STATISTICA

**COMITATO INTERMINISTERIALE PER LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA
DELIBERA 23 dicembre 2015 - Programma statistico nazionale 2014-2016. Aggiornamento
2016.** (Delibera n. 116/2015). (GU n. 68 del 22.3.16)

IL COMITATO INTERMINISTERIALE PER LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA

Visto il decreto legislativo 6 settembre 1989, n. 322, e s.m.i., recante norme sul Sistema Statistico Nazionale (SISTAN) e sulla riorganizzazione dell’Istituto nazionale di statistica (ISTAT), ai sensi dell’art. 24 della legge 23 agosto 1988, n. 400, e in particolare l’art. 13 concernente il Programma statistico nazionale (PSN) e la sua procedura di approvazione;

Visti l’art. 2, comma 4, l’art. 6, comma 1, l’art. 8, comma 1 e l’art. 9, comma 3, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che definisce e amplia le attribuzioni della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome;

Visto l’art. 11 del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 281, che ha introdotto l’art. 6 -bis del decreto legislativo 322/1989 concernente le disposizioni in materia di trattamento dei dati personali per finalità storiche, statistiche e di ricerca scientifica;

Vista la legge 17 maggio 1999, n. 144, concernente, tra l’altro, misure in materia di investimenti;

Visto l’articolo art. 3, commi 73 e 74, della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (legge finanziaria 2008), che prescrive l’obbligo per tutte le amministrazioni, gli enti e gli organismi pubblici di fornire tutti i dati che vengano loro richiesti per le rilevazioni previste dal Programma statistico nazionale, nonché l’estensione di detto obbligo anche ai soggetti privati;

Visto l’art. 22 della legge 5 maggio 2009, n. 42, che prevede una ricognizione degli interventi infrastrutturali funzionale alla costruzione di un set di indicatori di contesto a scala regionale e/o provinciale, utili nel calcolo del gap infrastrutturale e del fabbisogno perequativo a livello territoriale;

Visti gli articoli 13, 14 e 39 della legge 31 dicembre 2009, n. 196, che prevedono, tra l’altro, la costruzione di una banca dati unitaria delle amministrazioni pubbliche a supporto al processo di attuazione del federalismo fiscale e al miglioramento della governance complessiva della finanza pubblica;

Vista l’art. 8 -bis del decreto-legge 31 agosto 2013, n. 101, recante “disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni”, introdotto in sede di conversione dalla legge n. 125 del 30 ottobre 2013, che riporta disposizioni riguardanti l’Istat e il Sistema statistico nazionale, modificando gli articoli 6 -bis, 7 e 13 del d.lgs. n. 322 del 6 settembre 1989 con lo scopo di razionalizzare e semplificare le procedure in materia di adozione del PSN e dei connessi atti di programmazione della statistica ufficiale;

Visto il Regolamento (UE) n. 1175/2011 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 novembre 2011, che modifica il regolamento (CE) n. 1466/97 del Consiglio per il rafforzamento della sorveglianza delle posizioni di bilancio nonché della sorveglianza e del coordinamento delle politiche economiche;

Visto il Regolamento (UE) n. 1176/2011 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 novembre 2011, sulla prevenzione e la correzione degli squilibri macroeconomici;

Visto il decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, art. 40, comma 2, convertito dalla legge 23 dicembre 2011, n. 214, che prevede per le imprese una semplificazione degli oneri in materia di

privacy mediante una revisione del Codice in materia di protezione dei dati personali, consistente nell'eliminazione dal campo di applicazione dello stesso dei dati riferiti a persone giuridiche, enti e associazioni;

Viste le proprie delibere 18 novembre 2010, n. 96 (*G.U.* n. 64/2011), 6 dicembre 2011, n. 92 (*G.U.* n. 67/2012), 26 ottobre 2012, n. 115 (*G.U.* n. 30/2013), del 28 gennaio 2015, n. 13 (*G.U.* n. 121/2015) con cui, in sede di approvazione del PSN e dei relativi aggiornamenti, si è invitato l'ISTAT a proseguire l'analisi dei costi delle attività programmate;

Vista la nota 3 novembre 2015, n. 578, con cui il Presidente dell'ISTAT chiede a questo Comitato l'approvazione del "Programma statistico nazionale 2014- 2016. Aggiornamento 2016", trasmettendo la relativa documentazione istruttoria comprensiva della delibera del Comitato di indirizzo e coordinamento dell'informazione statistica (COMSTAT) del 16 dicembre 2014;

Acquisito il parere favorevole espresso dalla Conferenza Unificata nelle sedute del 22 gennaio 2015;

Acquisito il parere favorevole espresso dalla Commissione per la garanzia della qualità dell'informazione statistica nella seduta del 21 settembre 2015;

Acquisito il parere favorevole espresso dell'Autorità garante per la protezione dei dati nella seduta del 29 ottobre 2015;

Considerato che il PSN costituisce lo strumento d'indirizzo per la rilevazione dei dati e delle informazioni d'interesse comune per tutti i soggetti del SISTAN, in un'ottica di armonizzazione della funzione statistica a livello nazionale e a livello comunitario, tenendo altresì conto del trasferimento di funzioni a Regioni ed enti locali, e ribadita l'esigenza di sviluppare qualitativamente e quantitativamente l'informazione statistica, attraverso il coinvolgimento e la valorizzazione di tutti i soggetti del Sistema Statistico Nazionale di cui all'art. 2 del citato decreto legislativo n. 322/1989;

Considerata l'opportunità che l'ISTAT prosegua, ad ogni approvazione del Programma statistico nazionale e suo successivo aggiornamento, ad analizzare i costi delle attività programmate, comprese quelle svolte dagli altri soggetti del SISTAN che partecipano al Programma;

Considerato che, per l'aggiornamento 2016 sottoposto ad approvazione, il PSN 2014-2016 prevede l'esecuzione di 864 progetti (in moderata riduzione rispetto agli 873 del precedente aggiornamento), dei quali 333 di competenza diretta dell'ISTAT, in leggera diminuzione rispetto ai 334 del 2015;

Considerato che per la realizzazione degli interventi programmati nel 2016 è stimata una spesa complessiva prossima ai 175,5 milioni di euro, di cui 148 milioni solo per i progetti a titolarità ISTAT (cifra in sensibile diminuzione rispetto ai 194 milioni per l'insieme del SISTAN nel 2015, di cui 164 milioni di competenza dell'Istat). La riduzione dei costi è dovuta ad una razionalizzazione dei lavori proposti, con l'eliminazione di residue ridondanze, l'accorpamento di lavori simili, l'individuazione di sinergie, oltre che all'uscita dalla programmazione di 42 lavori statistici per la sola ISTAT, solo in parte bilanciati da 41 nuovi lavori previsti e inseriti nel PSN;

Vista la nota 23 dicembre 2015, n. 5587, predisposta congiuntamente dalla Presidenza del Consiglio dei ministri – Dipartimento per la programmazione e il coordinamento della politica economica (DIPE) e dal Ministero dell'economia e delle finanze e posta a base dell'odierna seduta del Comitato, contenente le valutazioni e le prescrizioni da riportare nella presente delibera;

Su proposta del Presidente dell'Istituto nazionale di statistica;

Delibera:

È approvato l'Aggiornamento 2016 del Programma statistico nazionale 2014-2016, le cui linee guida, in accordo con la programmazione per l'intero periodo 2014- 2016, sono rivolte: al consolidamento ed al miglioramento della produzione statistica ufficiale; alla prosecuzione nel lavoro di rinnovamento della produzione statistica, rendendola maggiormente aderente a specifiche indicazioni definite in sede normativa nazionale e sovranazionale; al rafforzamento delle tutela e delle garanzie previste dalla normativa vigente in materia di trattamenti di dati personali, sensibili e giudiziari, trattati per scopi statistici e di ricerca scientifica dai soggetti del SISTAN.

È approvato l'Aggiornamento 2016 del Programma statistico nazionale 2014-2016 con riferimento all'esecuzione dei progetti segnalati dall'ISTAT in qualità di Ente di raccordo e supervisione del SISTAN, nei limiti degli stanziamenti previsti a legislazione vigente e senza oneri aggiuntivi per la finanza pubblica.

Invita:

l'ISTAT a proseguire nel processo di innovazione e miglioramento della produzione statistica, anche al fine di dare risposta tempestiva alle nuove istanze conoscitive emerse dai vari livelli istituzionali e territoriali;

l'ISTAT a proseguire, ad ogni approvazione del Programma statistico nazionale e suoi successivi aggiornamenti, nell'analisi dei costi delle attività programmate col PSN e a rafforzare ulteriormente la sua collaborazione con ministeri, amministrazioni regionali e locali e altri organismi pubblici italiani, anche attraverso la valorizzazione e l'integrazione di sistemi conoscitivi esistenti distribuiti tra più enti.

Roma, 23 dicembre 2015

Il Presidente: RENZI

Il segretario: LOTTI

Registrato alla Corte dei conti l'8 marzo 2016

Ufficio controllo atti Ministero economia e finanze reg.ne prev. n. 471

PANORAMA REGIONALE

Bollettini Ufficiali regionali pervenuti al 26 MARZO 2016, arretrati compresi

AMMINISTRAZIONE REGIONALE

TOSCANA

MOZIONE 2 marzo 2016, n. 195 - In merito alla soppressione degli assegni vitalizi maturati ed ancora in vigore. (BUR n. 12 del 23.3.16)

IL CONSIGLIO REGIONALE

Vista la legge regionale 9 gennaio 2009, n.3 (Testo unico delle norme sui consiglieri e sui componenti della Giunta regionale);

Considerato che nella scorsa legislatura consiliare sono state introdotte importanti e condivisibili misure finalizzate al contenimento dei costi della politica, come, ad esempio, la soppressione degli assegni vitalizi per i consiglieri regionali eletti a partire dalla decima legislatura;

Considerato che una recente iniziativa legislativa consiliare ha introdotto il divieto di cumulo tra l'assegno vitalizio disciplinato dalla legge regionale 3/2009, di cui godono i consiglieri che hanno maturato tale diritto entro la fine della nona legislatura, e gli eventuali assegni vitalizi che i medesimi percepiscono, o potrebbero percepire in futuro, a causa di mandati elettivi nazionali, europei o di altra regione;

Ritenuto necessario completare l'importante percorso di riforma sul contenimento dei costi della politica avviato nel corso della nona legislatura, in particolar modo, con riferimento alla questione dei vitalizi regionali;

Valutato necessario, in tal senso, prevedere la soppressione degli assegni vitalizi ancora in vigore, così come di quelli già maturati, procedendo alla restituzione dei contributi versati negli anni;

Appurato che, ad oggi, risultano ancora centocinquantaquattro soggetti, già consiglieri regionali, che beneficiano di assegno vitalizio da parte della Regione Toscana, ai quali si sommano ventisette ulteriori soggetti che hanno maturato i requisiti per l'assegno vitalizio ma sono in attesa del solo requisito anagrafico del sessantesimo anno di età per poterne usufruire, così come ulteriori sette soggetti che hanno maturato il diritto all'assegno vitalizio entro la scorsa legislatura, ma sono attualmente in carica e, pertanto, non lo percepiscono ancora;

Appurato che l'importo stanziato nel bilancio di previsione per l'anno 2016 per far fronte alla spesa per l'erogazione degli assegni vitalizi è pari a euro 4.635.100,50;

Presa visione, a seguito di specifica richiesta, della stima effettuata dal Settore Bilancio e finanze del Consiglio regionale circa l'importo totale, ammontante a circa euro 7.350.000,00, che la Regione dovrebbe sostenere "una tantum" per restituire i contributi versati a quei soggetti che percepiscono ancora l'assegno vitalizio o che potrebbero, in base alla normativa vigente, percepirlo in futuro;

Preso atto che l'importo di cui sopra è stato individuato stimando i contributi versati, senza rivalutazione né interessi e, per gli ex consiglieri regionali già titolari di assegno vitalizio, sottraendo il totale degli importi lordi erogati con natura di assegno vitalizio;

Evidenziato che la somma di cui sopra eventualmente da erogare sarebbe ammortizzata ben prima del secondo anno di normale erogazione dei vitalizi regionali;

Evidenziato, quindi, che quanto sopra proposto comporterebbe, già dopo il primo anno, un ingentissimo risparmio di denaro pubblico per le casse regionali, contribuendo in maniera significativa ad una necessaria ed ulteriore razionalizzazione della spesa pubblica, in linea con le politiche intraprese negli ultimi anni dalla Regione;

Ricordati i dibattiti politici ed i confronti giuridici svolti in occasione della discussione ed approvazione della legge regionale 10 dicembre 2015, n. 74 (Disposizioni in materia di divieto di

cumulo degli assegni vitalizi. Modifiche alla l.r. 3/2009), che ha introdotto il divieto di cumulo degli assegni vitalizi;

IMPEGNA

IL GRUPPO CONSILIARE MOVIMENTO 5 STELLE a presentare al Consiglio regionale, entro l'anno 2016, una proposta di legge che preveda la soppressione degli assegni vitalizi ancora in vigore, così come di quelli già maturati, prevedendo la restituzione dei contributi versati negli anni dai rispettivi soggetti, senza rivalutazione né interessi ed al netto di eventuali importi già erogati.

UMBRIA

L.R. 22.3.16, n. 2 - Istituzione di una Commissione Speciale per le Riforme Statutarie e Regolamentari. (BUR n. 16 del 23.3.16)

Art. 1

(Istituzione e compiti)

1. È istituita presso l'Assemblea legislativa, ai sensi dell'articolo 55 dello Statuto regionale, una Commissione speciale per le riforme statutarie e regolamentari.
2. La Commissione ha il compito di elaborare le proposte di revisione dello Statuto regionale e del Regolamento interno dell'Assemblea legislativa.

Art. 2

(Organizzazione)

1. La Commissione, per l'espletamento dei compiti di cui all'articolo 1, si avvale delle strutture dell'Assemblea legislativa.

La Commissione ha facoltà di:

- a) avvalersi di figure professionali esterne all'Amministrazione regionale;
- b) promuovere incontri e scambi di informazioni e di esperienze con soggetti istituzionali su temi di interesse della Commissione;
- c) organizzare seminari e convegni;
- d) porre in essere ogni ulteriore iniziativa o attività utile all'assolvimento dei propri compiti.

2. All'attuazione delle disposizioni di cui al comma 1, lettere b) e d) si provvede nell'ambito delle risorse disponibili senza nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio regionale.

3. La Commissione, entro un mese dal suo insediamento, formula un programma di attività che viene sottoposto

all'esame dell'Assemblea legislativa nella seduta utile immediatamente successiva.

Art. 3

(Componenti)

1. La Commissione è composta da un Consigliere regionale in rappresentanza di ciascun gruppo consiliare, esclusi il Presidente, gli altri componenti della Giunta regionale ed il Presidente dell'Assemblea legislativa.

2. Ciascun gruppo designa il proprio componente nella Commissione entro cinque giorni dalla richiesta del Presidente dell'Assemblea legislativa. In caso di mancata designazione provvede il Presidente dell'Assemblea legislativa nei successivi cinque giorni, sentito l'Ufficio di Presidenza.

Art. 4

(Presidente e Vice Presidente)

1. La Commissione, nella prima seduta convocata dal Presidente dell'Assemblea legislativa, con un'unica votazione a scrutinio segreto procede all'elezione del Presidente e del Vice Presidente.

2. Ogni Consigliere componente della Commissione esprime tanti voti quanti sono i Consiglieri del gruppo cui appartiene.

3. Nella prima seduta presiede il Consigliere più anziano di età.

4. Sono eletti rispettivamente Presidente e Vice Presidente coloro che nell'ordine riportano il maggior numero di voti. In caso di parità di voti risulta eletto il Consigliere più anziano di età.

Art. 5

(Espressione del voto)

1. Ogni Consigliere componente della Commissione esprime in sede di votazione tanti voti quanti sono i Consiglieri del gruppo cui appartiene, salvo che venga comunicato il manifesto dissenso di singoli Consiglieri aderenti allo stesso gruppo.

2. La Commissione è validamente insediata e delibera con la presenza di un numero di componenti corrispondenti alla maggioranza dei voti consiliari.

Art. 6

(Funzionamento)

1. Per il funzionamento della Commissione speciale si osservano, in quanto applicabili, le disposizioni relative alle Commissioni permanenti in sede referente.

Art. 7

(Durata)

1. La Commissione termina i propri lavori entro trenta mesi dal suo insediamento e può essere prorogata con deliberazione dell'Assemblea legislativa.

Art. 8

(Norma finanziaria)

1. Per l'anno 2016, agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge, quantificabili in euro 68.000,00, si provvede con le disponibilità autorizzate alla Missione 01 "SERVIZI ISTITUZIONALI, GENERALI E DI GESTIONE", Programma 01 "ORGANI ISTITUZIONALI" del bilancio regionale, nei seguenti capitoli di spesa:

a) euro 28.000,00 al Capitolo 00008, per gli oneri derivanti dall'articolo 3;

b) euro 40.000,00 al Capitolo 00100, per gli oneri derivanti dall'articolo 2, comma 1, lettere a) e c) e dall'articolo 6.

2. Per gli anni successivi, gli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge trovano copertura nei limiti delle risorse stanziare annualmente con legge di bilancio, ai sensi dell'articolo 38 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).

3. Le eventuali economie di spesa derivanti dall'elezione del Presidente e del Vice Presidente della Commissione di cui al comma 1 dell'articolo 1, tra i Consiglieri regionali che già esercitano funzioni per le quali sono previste indennità pari o superiori, restano nelle disponibilità del bilancio dell'Assemblea legislativa.

DAL 9.3.16, n. 52 - Risoluzione - Comunicazioni politiche rese dalla Presidente della Giunta regionale nella seduta del 9 marzo 2016 - Conferma della fiducia nella persona e nel programma di governo della Presidente medesima. (BUR n. 16 del 23.3.16)

L'ASSEMBLEA LEGISLATIVA

Visto l'articolo 49, comma 3, del regolamento interno dell'Assemblea legislativa, il quale prevede che il Presidente della Giunta regionale può chiedere di fare comunicazioni all'Assemblea e che sulle dichiarazioni del Presidente stesso ciascun consigliere può presentare una proposta di risoluzione ai sensi dell'articolo 100 del medesimo regolamento;

Udite le comunicazioni rese dalla Presidente della Giunta regionale;

Atteso che sono state presentate le seguenti proposte di risoluzione:

— atto n. 467 - "Comunicazioni politiche del Presidente della Giunta regionale rese nella seduta del 9 marzo 2016

- Crisi politica nella Regione Umbria a seguito delle dimissioni dell'assessore regionale alla sanità", a firma dei consiglieri

Ricci, Mancini, Fiorini, Nevi, Squarta e De Vincenzi;

— atto n. 468 - "Comunicazioni della Presidente della Giunta regionale in merito alla crisi politica apertasi a seguito delle dimissioni dell'assessore alla sanità - Invito alla medesima Presidente della Giunta regionale a valutare l'opportunità di sospensione dall'incarico del neominato direttore

generale della Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni, finchè non sarà chiarita definitivamente la sua estraneità a procedimenti giudiziari contro la pubblica amministrazione”, a firma dei consiglieri Carbonari e Liberati;

— atto n. 469 - “Comunicazioni della Presidente della Giunta regionale in merito alla crisi politica apertasi a seguito delle dimissioni dell’assessore alla sanità - Invito alla medesima Presidente della Giunta regionale a valutare l’opportunità di sospensione dall’incarico del neominato direttore generale della Azienda Ospedaliera di Perugia alla luce del suo avvenuto finanziamento della campagna elettorale della Presidente della Giunta in carica”, a firma dei consiglieri Liberati e Carbonari;

— atto n. 470 - “Comunicazioni politiche rese dalla Presidente della Giunta regionale nella seduta del 9 marzo 2016

- Conferma della fiducia nella persona e nel programma di governo della Presidente medesima”, a firma dei Consiglieri Rometti e Chiacchieroni;

— Atto n. 471 - “Comunicazioni rese dalla Presidente della Giunta regionale nella seduta del 9 marzo 2016 - Adozione di iniziative, da parte della Presidente medesima, perché vengano avviati meccanismi di rotazione dei dirigenti nel settore sanitario”, a firma dei consiglieri Mancini, De Vincenzi, Ricci, Nevi, Fiorini e Squarta;

Atteso che le proposte di risoluzione atti nn. 467, 468 e 469, poste in votazione separatamente, sono state respinte;

Udita l’illustrazione da parte del primo firmatario dell’atto n. 470;

Udito l’intervento della Presidente della Giunta regionale;

Vista la legge regionale statutaria 16 aprile 2005, n. 21 (*Nuovo Statuto della Regione Umbria*) e successive modificazioni;

Vista la deliberazione del Consiglio regionale 8 maggio 2007, n. 141 (*Regolamento interno del Consiglio regionale*) e successive modificazioni;

con 13 voti favorevoli e 8 voti contrari, espressi nei modi di legge dai 21 Consiglieri presenti e votanti

DELIBERA

di approvare la seguente risoluzione:

L’ASSEMBLEA LEGISLATIVA

Udite le comunicazioni rese dalla Presidente della Giunta regionale Catiuscia Marini **ne conferma la fiducia**

ASSISTENZA PENITENZIARIA

EMILIA ROMAGNA

DGR 29.2.16, n. 271 - Interventi per l’inclusione socio lavorativa dei minori e dei giovani-adulti sottoposti a procedimento penale dall’Autorità Giudiziaria Minorile. Secondo Invito in attuazione del Piano di cui alla D.G.R. 632/2015. (BUR n.79 del 23.3.16)

Note

Con propria deliberazione n. 1073/2015 sono state approvate le operazioni presentate a valere sull’Invito di cui alla sopra citata propria deliberazione n. 632/2015 e le stesse operazioni sono riferibili a due distinte misure di intervento:

- Azione 1: tirocini per giovani in area penale esterna che hanno assolto il diritto dovere all’istruzione e formazione;
- Azione 2: percorsi modulari laboratoriali finalizzati a sostenere i giovani, presenti all’interno dell’Istituto Penale Minorile di Bologna, verso la transizione dai percorsi educativi al lavoro;

Con riferimento all’Azione 1, le attività approvate sono tuttora in corso di attuazione e non si rende necessario procedere alla selezione e al finanziamento di ulteriori opportunità formative a favore

giovani in area penale esterna e che occorre attendere il completamento di quanto approvato per una effettiva valutazione dell'impianto di programmazione.

Con riferimento all'Azione 2, le attività laboratoriali approvate e finanziate sono state avviate e, pertanto, non risultano disponibili opportunità di formazione per i minori e i giovani-adulti presenti presso l'Istituto Penale Minorenni e in carico al Centro per la Giustizia Minorile dell'Emilia-Romagna;

Viene rilevata::

- la necessità di rendere disponibili ulteriori interventi per permettere di offrire adeguate misure formative, coerenti con i fabbisogni già evidenziati dal Piano 2015;
- l'opportunità, al fine di una valutazione propedeutica alla definizione del Piano pluriennale, di rafforzare le misure laboratoriali e orientative volte a consentire ai minori e ai giovani-adulti presenti presso l'Istituto Penale Minorenni di acquisire autonomia e rafforzarsi rispetto a possibili recidive e reiterazioni delle azioni devianti;

Viene approvato il "Secondo invito a presentare Operazioni per l'inclusione lavorativa dei minori e dei giovani-adulti sottoposti a procedimento penale dall'Autorità Giudiziaria Minorile PO FSE 2014/2020 "Obiettivo Tematico 9 - Priorità di Investimento 9.1" allegato 1).

Il finanziamento delle Operazioni di cui all'Invito allegato 1) al presente provvedimento ammonta a 85.000,00.

NB

La valutazione delle Operazioni che perverranno in risposta al sopra citato Invito di cui all'allegato 1), verrà effettuata da un Nucleo di valutazione regionale nominato con successivo atto del Dirigente del Servizio "Programmazione, Valutazione e Interventi regionali nell'ambito delle politiche della formazione e del lavoro" con il supporto, nella fase di pre-istruttoria tecnica, di ERVET s.p.a.;

BILANCIO

SICILIA

L.R.17.3.16, n. 3 - Disposizioni programmatiche e correttive per l'anno 2016. Legge di stabilità regionale.

L.R. 17.3.16, n. 4 - Bilancio di previsione della Regione siciliana per l'esercizio finanziario 2016 e Bilancio pluriennale per il triennio 2016-2018

COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA – ISEE

TOSCANA

MOZIONE 2 marzo 2016, n. 194 - In merito alla necessità di escludere dalla determinazione dell'indicatore situazione economica equivalente (ISEE) le indennità di accompagnamento dei disabili. (BUR n. 12 del 23.3.16)

IL CONSIGLIO REGIONALE

Premesso che:

- da gennaio 2015 il calcolo dell' indicatore situazione economica equivalente (ISEE) è stato revisionato in base all'articolo 5 del decreto- legge 6 dicembre 2011, n. 201 (Disposizioni urgenti per la crescita, l'equità e il consolidamento dei conti pubblici), convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214, e dal conseguente regolamento emanato con decreto del Presidente del Consiglio de Ministri 5 dicembre 2013, n. 159 (Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione ed i campi di applicazione dell'indicatore della situazione economica equivalente);

- il nuovo ISEE è stato realizzato con l'obiettivo di avere un indicatore maggiormente oggettivo ed omogeneo della condizione economica di chi intende accedere alle prestazioni sociali agevolate, tale per cui venga avvantaggiato chi ha più necessità di accesso a sostegni e servizi;
- rispetto al precedente ISEE, sono stati presi in considerazione una serie di fattori, soprattutto connessi alla condizione di disabilità che risultavano incidenti in negativo su tale processo di accesso, al fine di poter calcolare in modo più efficace la reale condizione economica di chi richiede la prestazione sociale agevolata per sé o per la propria famiglia e poter così superare disuguaglianze e colmare le difficoltà di chi si trova nelle condizioni di disabilità.

Ritenuto che:

- pur tuttavia, anche secondo le principali associazioni di famiglie con disabili, tali obiettivi di maggiore efficacia ed attenzione alla disabilità del nuovo ISEE sono stati raggiunti soltanto in parte, dato che se, da una parte, il nuovo sistema ha portato ad avere una rappresentazione più veritiera della condizione economica del richiedente, dall'altra il calcolo dell'ISEE computa anche gli emolumenti economici ricevuti da uno qualsiasi dei componenti il nucleo familiare derivanti da invalidità e/o condizione di disabilità o non autosufficienza;
- così facendo si rischia di creare un paradosso tale per cui, a fronte di un maggiore disagio e della necessità di maggiori interventi previdenziali per eliminare lo svantaggio iniziale della persona con disabilità e della sua famiglia, si calcolerebbero tutti gli interventi economici ricevuti come ricchezza, provocando un innalzamento esponenziale dell'ISEE e quindi maggiori esborsi o, addirittura, il futuro diniego per l'accesso ai servizi ed a tutti gli altri interventi sociali agevolati ,anche riconosciuti ai cittadini privi di disabilità.

Ricordato che:

- il Tribunale amministrativo regionale (TAR) del Lazio, con le sentenze nn. 2454 - 2458 - 2459/2015, è intervenuto rispetto alla parziale illegittimità di questi aspetti del nuovo ISEE, che, di fatto, modificano l'impianto di calcolo dell'indicatore della situazione reddituale (una delle due componenti dell'ISEE, l'altra è quella patrimoniale) e finiscono quasi per equiparare tali aiuti economici a fonti di reddito;
- con le citate sentenze il TAR del Lazio ha accolto parzialmente i ricorsi presentati contro il d.p.c.m. 159/2013, stabilendo, tra le altre cose, che i trattamenti assistenziali di qualsiasi tipo, tra i quali l'accompagnamento dei disabili, non devono essere considerati nel calcolo della situazione reddituale;
- tali sentenze del TAR del Lazio sono attualmente in giudizio innanzi al Consiglio di Stato.

Ritenuto che, al di là degli esiti di tale ricorso amministrativo presso il Consiglio di Stato, rimarrebbero comunque validi gli argomenti sopra esplicitati in merito all'opportunità di rivedere il regolamento emanato con il d.p.c.m. 159/2013 al fine di escludere dal computo finale dei redditi i trattamenti assistenziali dei disabili, a partire dalle indennità di accompagnamento;

Preso atto che alcuni settori del Governo hanno manifestato la disponibilità a rivedere il regolamento emanato con il d.p.c.m. 159/2013 per quanto riguarda i redditi aggiuntivi, al fine di migliorarne proprio gli aspetti applicativi in modo da non ingenerare disparità di trattamento o discriminanti nei confronti dei disabili;

Considerato che:

- gli aspetti sopra riportati di incongruenza nella determinazione del nuovo ISEE finirebbero per gravare su contesti già in grave difficoltà, ovvero in famiglie con portatori di invalidità o disabilità che spesso vivono situazioni di disparità sociale ed economica;
- debbano, pertanto, essere prese misure, da parte del legislatore nazionale, volte all'esclusione delle pensioni di invalidità e delle indennità di accompagnamento e tutti quei trattamenti assistenziali, previdenziali ed indennitari rivolti a persone con disabilità, nel conteggio dell'indicatore della situazione reddituale che compone l'ISEE.

IMPEGNA

LA GIUNTA REGIONALE

ad attivarsi nei confronti del Governo e del Parlamento affinché possano essere rivisti i parametri della composizione del nuovo ISEE, in particolare rivedendo le modalità di computo della condizione economica del richiedente e della sua famiglia, escludendo gli emolumenti economici ricevuti da uno qualsiasi dei componenti il nucleo familiare per invalidità e/o condizione di disabilità o non autosufficienza, a partire dalla indennità di accompagnamento.

DIPENDENZE

LAZIO

Determinazione 10 marzo 2016, n. G02134 - Attuazione deliberazione di Giunta Regionale del 27 ottobre 2015 n.585. Approvazione del progetto operativo del Comune di Fondi, capofila del distretto socio-sanitario LT/4, relativo alla misura 5 "Contrasto alle dipendenze" del Piano Sociale di Zona 2015. Autorizzazione all'utilizzo della somma di euro 69.917,93 a valere sul "Fondo per la programmazione e il governo della rete dei servizi socio sanitari e sociali". (BUR n. 22 del 17.3.16)

Note

Il Comune di Fondi, in qualità di capofila del Distretto sociosanitario LT/4, risulta tra i comuni che al 31/12/2014 ha certificato una dotazione del fondo di programmazione superiore o pari al doppio del massimale delle risorse ad essi assegnate per la Misura 5 del Piano Sociale di Zona, ai sensi della deliberazione della Giunta Regionale del 25 marzo 2014, n. 136.

Viene approvato il progetto operativo presentato dal Comune di Fondi in qualità di capofila del distretto socio-sanitario LT/4, per il "Contrasto alle dipendenze" Misura 5, del Piano Sociale di Zona 2015.

Decreto del Commissario ad Acta 14 marzo 2016, n. U00079 - L.R. n. 4/2003 – R.R. n. 2/2007 - DCA U00013 del 13/01/2015 – Integrazione dell' Allegato 2 "Requisiti ulteriori per l'accreditamento" di cui al DCA U0090 del 10/11/2010 con "AST – Assistenza per patologie da dipendenza e dei comportamenti di addiction" e con "CMD – Servizi sul campo per le persone con disturbo da uso di sostanza e/o con addiction". (BUR n. 23 del 22.3.16)

Note

Viene approvato in riferimento ai requisiti ulteriori per l'accreditamento l'allegato A, che forma parte integrante e sostanziale del presente Decreto e pertanto vengono integrati gli ulteriori requisiti per Attività di specialistica ambulatoriale di cui al DCA U0090/2010 con "AST – Assistenza per patologie da dipendenza e dei comportamenti di addiction" e per i "Servizi sul campo" con "CMD – Servizi sul campo per le persone con disturbo da uso di sostanza e/o con addiction".

Viene approvata la rettifica, contenuta nel dispositivo del presente provvedimento, per il seguente capoverso:

- *"CONSIDERATO altresì che gli operatori attualmente impegnati a tempo indeterminato senza qualifica specifica, che verranno qualificati come OSS, in taluni casi attualmente ricoprono un monte ore complessivo superiore a quello previsto dai presenti requisiti per la qualifica di OSS;"*

Rettificato in:

- *"CONSIDERATO altresì che gli operatori attualmente impegnati, ovvero il personale assunto per Svolgere lavoro nei progetti di cui ai diversi Bandi del Fondo Regionale Lotta alla Droga, senza qualifica specifica, che verranno qualificati come OSS, in taluni casi attualmente ricoprono un monte ore complessivo superiore a quello previsto dai presenti requisiti per la qualifica di OSS"*

EDILIZIA

LAZIO

Regolamento 23 marzo 2016, n. 5 - Modifiche al Regolamento regionale 20 settembre 2000, n. 2 ("Regolamento per l'assegnazione e la gestione degli alloggi di edilizia residenziale pubblica destinata all'assistenza abitativa ai sensi dell'articolo 17, comma 1, della legge regionale 6 agosto 1999, n. 12.") e successive modifiche. Disposizione transitoria. (BUR n. 24 de31 24.3.16)

Art. 1

(Modifiche al r.r. n. 2/2000)

1. Dopo l'articolo 30 del r.r. n. 2/2000 è inserito il seguente:

“Art. 30 bis

(Disposizione transitoria per l'emergenza abitativa di Roma Capitale)

1. Per rispondere alle emergenze abitative registrate da Roma Capitale con deliberazioni n. 206 del 16 maggio 2007, n. 124 del 13 aprile 2011 e con memoria di Giunta capitolina dell'11 giugno 2014, la Giunta Regionale attua un programma straordinario di interventi per l'emergenza abitativa, riservando un complesso di alloggi ai nuclei familiari presenti in immobili di proprietà pubblica o privata impropriamente adibiti ad abitazione per stato di estrema necessità.

2. Il programma straordinario cessa il 30 giugno 2019.”

ENTI LOCALI

EMILIA-ROMAGNA

DGR 29.2.16, n. 276 - Modificazioni e integrazioni al Programma di riordino territoriale 2015-2017 (L.R. 21/2012)

Note

INTRODUZIONE NORMATIVA

:Legge regionale 21 dicembre 2012, n. 21, recante “Misure per assicurare il governo territoriale delle funzioni amministrative secondo i principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza” ed in particolare gli artt. 22 e segg. che disciplinano l'incentivazione delle Unioni e delle gestioni associate di funzioni comunali.

DGR n. 1048/2015 avente ad oggetto: “Approvazione del programma di riordino territoriale annualità 2015-2017 (l.r. n. 21/2012)” (di seguito PRT), che disciplina i criteri e le modalità per la concessione di incentivi alle Unioni e alle gestioni associate, ed in particolare il §7 che stabilisce criteri per la ripartizione della quota di risorse destinata a premiare l'effettività economica e, dal 2016, l'efficacia e l'efficienza del conferimento delle funzioni alle unioni.

Il comma 4 del citato §7 stabilisce “A partire dall'anno 2016 si assegneranno incentivi al miglioramento dell'efficienza, dell'efficacia e dell'economicità della gestione consolidata delle Unioni e dei Comuni che rispettivamente le compongono. A tal fine si istituirà un gruppo tecnico composto da professionalità delle autonomie locali e della regione, con il compito di offrire alla Giunta Regionale, agli Enti Locali e alle forze sociali un set di indicatori, allo scopo di delineare un benchmark pubblico delle performance organizzative e finanziarie delle Unioni e dei Comuni che le compongono, nonché domande guida e linee di indirizzo di carattere metodologico volte a certificare e raffrontare l'efficacia ed efficienza degli enti in base alla enucleazione delle spese consolidate con autocertificazione”.

LA COSTITUZIONE DELGRUPPO TECNICO

E' stato costituito il gruppo tecnico misto, formato da componenti in rappresentanza delle Unioni, designati dalle Associazioni degli enti locali, e da componenti regionali, che, oltre ad occuparsi degli specifici compiti assegnati dal comma 4 del §7 del PRT, ha avanzato anche proposte di modifica dei criteri di riparto della quota di risorse commisurata alle funzioni e servizi conferiti e ulteriori adeguamenti, alla luce dei risultati del primo anno di applicazione del PRT 2015-2017 e tenuto conto della sua durata di altri due anni.

Il gruppo tecnico predetto:

1. ha ritenuto di valorizzare il lavoro già avviato dall'ANCI regionale, e testato su un campione di Unioni, di monitoraggio delle Unioni e delle loro gestioni associate; tale lavoro, consistente nella

predisposizione e somministrazione di una serie di questionari, tesi ad acquisire dati conoscitivi a tutto tondo sulla governance delle Unioni, sui bilanci consolidati delle Unioni e dei comuni che vi aderiscono e sulle funzioni svolte, è stato preso a base, perfezionato e condiviso, innanzi tutto quale strumento conoscitivo da estendere in via sperimentale a tutte le Unioni;

2. ha ritenuto inoltre di considerare l'adesione alla sperimentazione di tale rilevazione quale presupposto necessario per l'accesso, nell'annualità 2016, all'apposita quota di risorse destinata a premiare l'effettività economica;
3. ed infine ha valutato che il suddetto strumento sia idoneo per selezionare e individuare, nel corso del 2016, un set ridotto e significativo di indicatori di efficacia ed efficienza da applicare, a partire dal 2017, per il riparto tra le Unioni della quota di risorse appositamente predeterminata al fine di valutare, raffrontare e premiare i fattori gestionali predetti.

LO SVILUPPO SUCCESSIVO

- Il gruppo tecnico misto viene incaricato di proseguire i lavori al fine di predisporre entro il 2016 e proporre all'approvazione della Giunta un set di indicatori di efficacia ed efficienza da applicare nel 2017 per ripartire la quota di risorse già prevista dal PRT, finalizzata a premiare i predetti fattori delle gestioni associate svolte, secondo quanto previsto nell'Allegato A).
- Viene prevista e implementata la piattaforma telematica di raccolta dati e informazioni indicata sopra, gestita di comune accordo dalle Associazioni degli enti locali e dalla Regione, quale banca dati per il monitoraggio costante delle Unioni, delle loro gestioni associate e dei risultati conseguiti; Sulla base delle ulteriori proposte avanzate dal gruppo tecnico e delle risultanze dell'incontro con i Presidenti delle Unioni convocati nell'apposito Comitato (con nota, a firma dell'Assessore Emma Petitti, prot. PG/2016/0036573 del 25/1/2016), tenutosi in data 18/2/2016, ai quali è stata sottoposta la bozza del presente atto sul quale hanno formulato osservazioni e integrazioni.

si ritiene opportuno altresì recepire le seguenti ulteriori proposte di aggiornamento e di modifica del PRT:

a) introduzione di 2 ulteriori funzioni finanziabili:

1. nella tabella B) la sismica, a cui è attribuito il punteggio di 1, in quanto tale integrazione è stata richiesta dal settore, al fine di perseguire l'obiettivo di far confluire la gestione associata di tali funzioni in capo alle Unioni;
2. nella tabella B) la gestione dei lavori pubblici, intesi nella loro completezza, dalla progettazione all'esecuzione e manutenzione, a cui è attribuito il punteggio di 3, atteso che tale gestione associata risulta molto rilevante e complessa da gestire a livello sovracomunale;

b) introduzione di un correttivo e di un parziale ristoro della durata di 2 anni a quelle Unioni che hanno subito nel 2015 una consistente riduzione dei contributi rispetto al l'anno precedente, in quanto nel 2014 hanno ricevuto un contributo una tantum, non ripetuto nel 2015, per aver effettuato complessi processi di aggregazione di due precedenti forme associative (talora con l'ulteriore aggregazione di comuni singoli) al fine di ottemperare alla previsione di legge che vieta la compresenza di più Unioni nello stesso ambito ottimale; tenuto conto che i processi suddetti prolungano i loro effetti riorganizzativi e finanziari per più anni, si propone di inserire nel PRT 2015-2017 il seguente comma 2 bis al §6:

“2bis. Alle Unioni che hanno percepito nel 2014 il contributo una tantum di cui al § 4 comma 3 del PRT 2014 (D.G.R. 543/2014), per il fatto che hanno realizzato nel 2014 processi di aggregazione/fusione di più forme associative, è attribuita nel 2016 e nel 2017 una quota una tantum pari rispettivamente alla metà e ad un terzo del contributo fisso a tal titolo ricevuto nel 2014.”

c) introduzione di norme che prevedano, in via derogatoria per il solo anno 2016 e per le sole gestioni ulteriori rispetto a quelle minime indispensabili, un temperamento al criterio dell'integralità soggettiva del conferimento con riguardo alle funzioni più rilevanti delle tabelle A e B, ossia quelle premiate con i punteggi di 7, 5 e 3 punti; tali funzioni sono finanziate, sebbene in misura ridotta, purché l'Unione sia composta da almeno 8 comuni, anche qualora fino ad 1/3 dei comuni (arrotondato per difetto) non partecipi alla relativa gestione associata; ciò al fine di non penalizzare,

in settori funzionali rilevanti, complessi e dispendiosi, i restanti comuni dell'Unione; si propone pertanto di inserire il seguente comma 2 bis al §2 del PRT 2015-2017:

“2bis. Limitatamente all'annualità 2016, sono finanziate in via straordinaria ma con il punteggio ridotto a 5, 3 e 2 punti, le gestioni associate delle funzioni di cui alle tabelle A e B del §6 aventi, rispettivamente, punteggio 7, 5 e 3, anche qualora non vi partecipi fino a un terzo (arrotondato per difetto) dei comuni dell'Unione, a condizione che l'Unione sia composta da almeno 8 comuni e che tale gestione non costituisca una delle 4 essenziali per l'accesso ai contributi, di cui al comma precedente.”

d) introduzione di una norma che tenga conto degli sforzi fatti dai comuni per allargare le Unioni senza che i comuni storici vengano penalizzati nell'accesso ai finanziamenti con riguardo alle eventuali ulteriori gestioni a cui non aderiscano subito anche i nuovi comuni, temperando per i rimanenti 2 anni di durata del PRT il criterio dell'integralità soggettiva, a favore del fine preminente del rafforzamento dell'Unione; si propone pertanto di inserire il seguente comma 2ter al §2 del PRT:

“2ter. In caso di allargamento dell'Unione ad ulteriori comuni, avvenuto a partire dal 2015, sono finanziabili per intero anche le gestioni associate svolte dai soli comuni precedentemente aderenti, purché ulteriori rispetto alle 4 funzioni essenziali per l'accesso ai contributi di cui al comma 2.”

e) di disporre la corresponsione di un contributo una tantum per le Unioni che avviino la gestione di una pluralità di nuove funzioni al fine di contribuire ai costi iniziali, talora ingenti, di tali nuove gestioni; precisamente si prevede un contributo di € 10.000,00 per l'avvio di almeno due ulteriori funzioni e di € 20.000,00 per l'avvio di ulteriori tre funzioni, tra quelle finanziate dal PRT;

f) di prevedere la riduzione di € 300.000,00 della quota di risorse destinate per gli anni 2016 e 2017 ad essere ripartite in base a popolazione, territorio e numero di comuni aumentando parallelamente di pari importo la quota di risorse da destinare annualmente al finanziamento delle gestioni associate, del loro incremento e di ulteriori aspetti collegati alle gestioni associate; pertanto tale seconda quota ammonta a € 3.300.000,00 nel 2016 e a € 3.100.000,00 nel 2017; ciò in considerazione del fatto che le quote fisse di contributo da concedere in base alle nuove disposizioni del PRT, a valere sulla quota di risorse di cui alla lett. c del §3 comma 1, risultano essere numerose e consistenti e pertanto erodono l'ammontare dei contributi concedibili sulla base del meccanismo ordinario dei punteggi assegnati alle gestioni associate; si propone pertanto di aggiornare il §3 commi 2 e 3, il §5 comma 1 ed il §6 comma 1 come previsto nell'Allegato A);

g) in considerazione delle modifiche del §7 del PRT ed in particolare della fase sperimentale nello stesso disciplinata, di prevedere che per l'annualità 2016 la quota di risorse per premiare la qualità delle gestioni associate, pari ad € 1.000.000,00 di (§3 comma 2 punto 4) continuerà ad essere assegnata ed erogata sulla base dei medesimi parametri utilizzati nel 2015, di cui ai commi 1 e 2 del §7 del PRT, prendendo in considerazione però i dati estratti dai conti consuntivi relativi all'esercizio 2015;

Viene confermato che la modulistica da utilizzare per il 2016 e per il 2017 per la presentazione della domanda di contributo verrà pubblicata nel sito web Unioni di Comuni (<http://autonomie.regione.emilia-romagna.it/unioni-di-comuni>) almeno un mese prima della scadenza del termine per la presentazione delle domande;

L'aggiornamento delle tavole demografiche e delle cartografie delle Unioni di comuni, per la Città metropolitana di Bologna e per le province, si trova nel sito della Regione “Unioni di comuni“, al seguente [link http://autonomie.regione.emilia-romagna.it/unioni-di-comuni/approfondimenti/mappe-forme-associative](http://autonomie.regione.emilia-romagna.it/unioni-di-comuni/approfondimenti/mappe-forme-associative)

FAMIGLIA

FRIULI V.G.

DGR 11.3.16, n. 392 - LR 11/2006 , art. 10 - Carta famiglia: implementazione del beneficio

consistente nell'applicazione di sconti sull'acquisto di beni alimentari e non alimentari di cui all'allegato al DPR. 347/2007 e successive modifiche ed integrazioni. Approvazione dello schema di avviso pubblico che disciplina i contenuti e le modalità di adesione da parte degli esercizi commerciali presenti sul territorio regionale alle convenzioni non onerose di Carta famiglia. (BUR n. 12 del 23.3.16)

Note

Viene disposto:

- di proseguire nell'implementazione del beneficio consistente nell'applicazione a favore dei titolari della Carta Famiglia di sconti sull'acquisto di beni, rientranti nelle tipologie "alimentari" e "non alimentari" dell'allegato A del "Regolamento per l'attuazione della Carta Famiglia prevista dall'articolo 10 della legge regionale 7 luglio 2006, n. 11 (Interventi regionali a sostegno della famiglia e della genitorialità)", approvato con decreto del Presidente della Regione 30 ottobre 2007, n. 347, e successive modifiche ed integrazioni;
- di approvare lo schema di avviso pubblico - allegato sub 1) alla presente deliberazione - che disciplina i contenuti e le modalità per l'adesione da parte degli esercizi commerciali di vendita al dettaglio presenti sul territorio regionale alle convenzioni non onerose di Carta famiglia, senza aggravio finanziario per la Regione, per la prosecuzione del beneficio di cui al punto 1;
- di prorogare al 31 dicembre 2017 il termine previsto per l'adesione alle convenzioni non onerose da parte degli esercizi commerciali di vendita al dettaglio presenti sul territorio regionale.

AVVISO PUBBLICO

per l'adesione da parte degli esercizi commerciali di vendita al dettaglio presenti sul territorio della regione Friuli Venezia Giulia alle "convenzioni non onerose" finalizzate al beneficio destinato ai titolari di "Carta Famiglia", consistente nell'applicazione di sconti sull'acquisto di beni alimentari e non alimentari di cui all'Allegato A del regolamento D.P.Reg. 347/2007 e successive modifiche ed integrazioni

L'Amministrazione regionale intende proseguire con la raccolta di adesioni, da parte degli esercizi commerciali di vendita al dettaglio presenti sul territorio della Regione Friuli Venezia Giulia, all'iniziativa denominata "convenzioni non onerose", cioè senza aggravio finanziario per la Regione, finalizzata al beneficio destinato ai titolari di Carta Famiglia, consistente nell'applicazione di sconti sull'acquisto di beni in applicazione del combinato disposto degli articoli 1, comma 4, 3, comma 1, lettera a), e comma 3, lettera a), e 4, comma 1, del "Regolamento per l'attuazione della Carta Famiglia prevista dall'articolo 10 della legge regionale 7 luglio 2006, n. 11 (Interventi regionali a sostegno della famiglia e della genitorialità)", approvato con Decreto del Presidente della Regione 30 ottobre 2007, n. 347, e successive modificazioni (d'ora innanzi "regolamento").

1. Soggetto con cui verranno stipulate le convenzioni non onerose

Regione autonoma Friuli Venezia Giulia

Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia

Area politiche sociali e integrazione sociosanitaria

Riva Nazario Sauro, 8 - 34124 TRIESTE

tel. +39.040.377.5622

fax +39.040.377.5523

PEC: salute@certregione.fvg.it

2. Soggetti che possono aderire alle convenzioni non onerose

Possono aderire gli esercizi commerciali di vendita al dettaglio, aventi qualsiasi forma giuridica, con sede legale in Friuli Venezia Giulia oppure che sul territorio della Regione Friuli Venezia Giulia abbiano una sede operativa o un'unità di vendita dei prodotti rientranti nelle tipologie "alimentari" e "non alimentari" di cui all'allegato A del regolamento sotto riportate:

16_12_1_DGR_392_2_ALL1

ELENCO DELLE CATEGORIE MERCEOLOGICHE DEI BENI E DELLE TIPOLOGIE DI SERVIZI

ALIMENTARI

Prodotti alimentari e bevande analcoliche

NON ALIMENTARI

Prodotti per la pulizia della casa

Prodotti per l'igiene personale, esclusi prodotti di bellezza

Articoli di cartoleria e di cancelleria

Libri non scolastici e scolastici e altri sussidi didattici

Medicinali, prodotti farmaceutici e sanitari, esclusi prodotti di bellezza

Strumenti e apparecchi sanitari

Abbigliamento e calzature

3. Oggetto delle convenzioni non onerose

Gli esercizi commerciali di vendita al dettaglio interessati, nell'ottica di voler collaborare con l'Amministrazione regionale nei suoi compiti di promozione e sostegno della famiglia, intesa quale soggetto sociale e nucleo fondante delle comunità, si impegnano a sottoscrivere il modulo di adesione allegato al presente Avviso Pubblico quale parte integrante e sostanziale, e dichiarano:

1. di voler collaborare con l'Amministrazione regionale nei suoi compiti di promozione e sostegno della famiglia con l'iniziativa denominata "Convenzioni non onerose – Carta Famiglia FVG", sviluppata e gestita dalla Regione autonoma Friuli Venezia Giulia in coordinamento con Confcommercio, Confesercenti, Slovensko Dezelno Gospodarsko Zdruzenje/Unione Regionale Economica Slovena, Assomicroimprese, Legacoop FVG e Confcooperative FVG e AGCI FVG;

2. di essere consapevole che l'adesione all'iniziativa comporterà l'inserimento dei punti vendita indicati nella parte anagrafica nell'elenco pubblicato sul sito internet della Regione autonoma Friuli Venezia Giulia, previo riscontro dei requisiti da parte dell' Area competente, entro la metà del mese successivo all'adesione o alla data di attivazione degli sconti, se successiva all'adesione, qualora espressamente indicata nel presente modulo. L'elenco è costantemente aggiornato ed è messo a disposizione dei Comuni della Regione, soggetti formalmente delegati a tutti i procedimenti amministrativi relativi a Carta Famiglia, ed inserito nel materiale divulgativo predisposto dalla Regione destinato ai titolari di Carta Famiglia ed agli altri soggetti interessati;

3. di voler pertanto aderire all'azione promozionale che l'Amministrazione regionale realizza in attuazione della legge regionale 7 luglio 2006, n. 11 (Interventi regionali a sostegno della famiglia e della genitorialità) ed in particolare dell'articolo 10, che prevede l'istituzione del beneficio denominato Carta Famiglia e ne disciplina il funzionamento, consistente nell'applicazione a favore dei titolari della Carta Famiglia di sconti sull'acquisto di beni, mediante la stipulazione di convenzioni non onerose con esercizi commerciali presenti sul territorio regionale, senza aggravio finanziario per la Regione;

4. di impegnarsi ad agire nel rispetto delle condizioni stabilite dall'Amministrazione regionale nel "Regolamento per l'attuazione della Carta Famiglia prevista dall'articolo 10 della legge regionale 7 luglio 2006, n. 11 (Interventi regionali a sostegno della famiglia e della genitorialità)", successivamente modificato con Decreto del Presidente della Regione 16 ottobre 2009, n. 287, e con Decreto del Presidente della Regione 10 agosto 2012, n. 161, di seguito "Regolamento", ed in particolare a:

a) applicare uno sconto sull'acquisto di beni a favore dei titolari di Carta Famiglia che esibiranno la tessera "Carta Famiglia FVG", previa verifica della validità temporale della medesima tessera ed eventuale richiesta di esibizione da parte del titolare stesso di un documento d'identità. Gli esercizi commerciali possono prevedere l'emissione di una propria carta acquisti o carta fedeltà a favore dei titolari di "Carta Famiglia FVG", al fine di consentire la tracciabilità degli acquisti e l'applicazione dello sconto con gli strumenti tecnologici ed informatici di cui sono già dotati. Lo sconto potrà essere applicato - a discrezione dell'esercizio commerciale - anche ad altro beneficiario della

medesima Carta Famiglia, diverso dal titolare, previa verifica di documentazione idonea a dimostrare la qualità di beneficiario;

b) **praticare uno sconto non inferiore al 5 % sul prezzo di vendita dei beni, rientranti nelle tipologie “alimentari” e “non alimentari” dell’Allegato A del Regolamento** (e riportati in calce al modulo di adesione). Gli esercizi commerciali, previa adeguata informazione alla clientela presso il punto vendita aderente all’iniziativa, possono discrezionalmente:

applicare lo sconto anche su una serie limitata di prodotti, rientranti comunque nelle tipologie indicate, ed anche con percentuali di sconto diverse sui diversi prodotti, nel rispetto della soglia minima del 5 %;

variare periodicamente i prodotti su cui applicano lo sconto e le percentuali di sconto applicate, nel rispetto della soglia minima del 5 %;

consentire o meno la cumulabilità dello sconto destinato ai titolari di Carta Famiglia con altre iniziative promozionali o con altri sconti già applicati sui medesimi prodotti;

c) rispettare le condizioni dell’azione promozionale in oggetto per un periodo di tempo **non inferiore a 12 mesi** dalla data di pubblicazione dell’adesione al presente Avviso Pubblico, a comunicare all’Amministrazione regionale l’eventuale recesso da tale iniziativa, dopo la scadenza del termine di 12 mesi, con un preavviso di almeno 1 mese dalla sua effettiva interruzione, nonché a comunicare ogni eventuale modifica denominazione, ragione sociale o sede;

d) esporre la locandina promozionale dell’iniziativa e ad utilizzare il materiale divulgativo, con particolare riferimento al contrassegno promozionale “FAMIGLIA FVG”, che verranno predisposti – su vari supporti e con vari formati - ed inviati dall’Amministrazione regionale;

e) informare adeguatamente e tempestivamente la clientela circa l’azione promozionale e gli sconti applicati ai sensi della lettera b).

f) attivare gli sconti applicati ai sensi della lettera b) a partire: dalla data

(da compilare solo se si ritiene di attivare gli sconti in data successiva)

4. Modalità di stipula delle convenzioni non onerose

Il presente Avviso Pubblico deve considerarsi quale proposta contrattuale ai sensi e per gli effetti dell’articolo 1326 del Codice Civile, e pertanto la convenzione non onerosa deve considerarsi stipulata nel momento in cui viene data pubblicazione sul sito internet regionale della denominazione dei punti vendita indicati nell’adesione contenuta nel modulo allegato al presente Avviso Pubblico, inviata dagli esercizi commerciali di vendita al dettaglio interessati secondo le modalità indicate.

Il modulo di adesione allegato, compilato in ogni sua parte e sottoscritto, anche digitalmente, va inviato accompagnato da una fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (salvo il caso in cui il documento sia sottoscritto digitalmente ed inviato tramite PEC) e dall’informativa sulla privacy sottoscritta, con una delle seguenti modalità:

consegnato all’Ufficio protocollo (dal lunedì al giovedì dalle ore 9.30 alle ore 15.30 – il venerdì dalle ore 9.30 alle ore 12.00) o trasmesso per posta raccomandata al seguente indirizzo:

Regione autonoma Friuli Venezia Giulia

Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia Area politiche sociali e integrazione sociosanitaria

Riva Nazario Sauro, 8

34124 – TRIESTE

trasmesso via fax al numero: 040.377.5523

trasmesso via PEC (posta elettronica certificata) all’indirizzo

salute@certregione.fvg.it

5. Termini per l’adesione alle convenzioni non onerose

I soggetti indicati al punto 2. posso aderire alle convenzioni sottoscrivendo il modulo di adesione allegato secondo le modalità descritte nel presente avviso **entro il termine del 31 dicembre 2017.**

Al termine di ciascun mese verranno raccolte le adesioni pervenute con le modalità di cui al punto 4. e si procederà all'inserimento dei punti vendita indicati nella parte anagrafica nell'elenco che è pubblicato sul sito internet della Regione autonoma Friuli Venezia Giulia, previo riscontro dei requisiti da parte dell' Area competente, entro la metà del mese successivo all'adesione o alla data di attivazione degli sconti, se successiva.

6. Informazioni

Regione autonoma Friuli Venezia Giulia

Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia

Area politiche sociali e integrazione sociosanitaria

Posizione organizzativa gestione delle attività giuridico-amministrative in materia di assetto istituzionale e organizzativo del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali

Riva Nazario Sauro, 8 - 34124 Trieste

dott. ssa Marina Guglielmi

tel. +39.040.377.5582

fax +39.040.377.5523

e-mail: cartafamiglia@regione.fvg.it

ADESIONE ALLE CONVENZIONI NON ONEROSE CON LA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA PER L'ATTIVAZIONE DEL BENEFICIO DESTINATO AI TITOLARI DI "CARTA FAMIGLIA" CONSISTENTE NELL'APPLICAZIONE DI SCONTI SULL'ACQUISTO DI BENI

Alla Regione autonoma Friuli Venezia Giulia

Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia

Area politiche sociali e integrazione sociosanitaria

Riva Nazario Sauro, 8

34124 – TRIESTE

DATI DEL SOTTOSCRITTORE

(nel caso sia utilizzata la Carta regionale dei servizi attivata, i dati anagrafici possono essere compilati automaticamente)

Il/La _____ sottoscritto/a

nato/a _____ a _____ il

e _____ residente in

Via _____ N° _____ Città _____

Prov. _____ C.F. _____

in qualità di legale rappresentante dell'esercizio commerciale di vendita al dettaglio denominato:

_____ con sede legale in:

Via _____ N° _____ Città _____ Pr

v. _____

DATI DEI PUNTI VENDITA CHE ADERISCONO ALL'INIZIATIVA

(da compilare per ogni unità di vendita al dettaglio nel territorio della regione Friuli Venezia Giulia)

Denominazione esercizio

Indirizzo:

Via _____ N° _____ Città _____ Pr

ov. _____

_____ n° _____ N° iscrizione registro
 P.IVA imprese _____

Persona di riferimento per le “convenzioni non onerose di Carta Famiglia” nel punto vendita
 indicato:

Nome _____ Cognome _____

_____ telefono _____ cellulare

_____ e-mail o PEC (a cui verrà inviata ogni comunicazione riguardante la pubblicazione dell’elenco degli
 esercizi aderenti ed il relativo link al sito internet regionale)

_____ in risposta all’Avviso Pubblico per l’adesione da parte degli esercizi commerciali di vendita al
 dettaglio presenti sul territorio regionale alle convenzioni non onerose, senza aggravio finanziario
 per la Regione, per l’attivazione del beneficio destinato ai titolari della Carta Famiglia consistente
 nell’applicazione di sconti sull’acquisto di beni, in applicazione del combinato disposto degli
 articoli 1, comma 4, 3, comma 1, lettera a), e comma 3, lettera a), e 4, comma 1, del “Regolamento
 per l’attuazione della Carta Famiglia prevista dall’articolo 10 della legge regionale 7 luglio 2006, n.
 11 (Interventi regionali a sostegno della famiglia e della genitorialità)”, approvato con Decreto del
 Presidente della Regione 30 ottobre 2007, n. 347, e successive modifiche ed integrazioni,

DICHIARA

- 1.** di voler collaborare con l’Amministrazione regionale nei suoi compiti di promozione e sostegno della famiglia con l’iniziativa denominata “Convenzioni non onerose – Carta Famiglia FVG”, sviluppata e gestita dalla Regione autonoma Friuli Venezia Giulia in coordinamento con Confcommercio, Confesercenti, Slovensko Dezelno Gospodarsko Zdruzenje/Unione Regionale Economica Slovena, Assomicroimprese, Legacoop FVG e Confcooperative FVG e AGCI FVG;
- 2.** di essere consapevole che l’adesione all’iniziativa comporterà l’inserimento dei punti vendita indicati nella parte anagrafica nell’elenco che è pubblicato sul sito internet della Regione autonoma Friuli Venezia Giulia, previo riscontro dei requisiti da parte dell’ Area competente, entro la metà del mese successivo all’adesione o alla data di attivazione degli sconti, se successiva all’adesione, qualora espressamente indicata nel presente modulo. L’elenco è costantemente aggiornato ed è messo a disposizione dei Comuni della Regione, soggetti formalmente delegati a tutti i procedimenti amministrativi relativi a Carta Famiglia, ed inserito nel materiale divulgativo predisposto dalla Regione destinato ai titolari di Carta Famiglia ed agli altri soggetti interessati;
- 3.** di voler pertanto aderire all’azione promozionale che l’Amministrazione regionale realizza in attuazione della legge regionale 7 luglio 2006, n. 11 (Interventi regionali a sostegno della famiglia e della genitorialità) ed in particolare dell’articolo 10, che prevede l’istituzione del beneficio denominato “Carta Famiglia” e ne disciplina il funzionamento, consistente nell’applicazione a favore dei titolari della Carta Famiglia di sconti sull’acquisto di beni, mediante la stipulazione di convenzioni non onerose con esercizi commerciali presenti sul territorio regionale, senza aggravio finanziario per la Regione;
- 4.** di impegnarsi ad agire nel rispetto delle condizioni stabilite dall’Amministrazione regionale nel “Regolamento per l’attuazione della Carta Famiglia prevista dall’articolo 10 della legge regionale 7 luglio 2006, n. 11 (Interventi regionali a sostegno della famiglia e della genitorialità)”, successivamente modificato con Decreto del Presidente della Regione 16 ottobre 2009, n. 287, e con Decreto del Presidente della Regione 10 agosto 2012, n. 161, di seguito “Regolamento”, ed in particolare a:
 - a)** applicare uno sconto sull’acquisto di beni a favore dei titolari di Carta Famiglia che esibiranno la tessera “Carta Famiglia FVG”, previa verifica della validità temporale della medesima tessera ed eventuale richiesta di esibizione da parte del titolare stesso di un documento d’identità. Gli esercizi commerciali possono prevedere l’emissione di una propria carta acquisti o carta fedeltà a favore dei

titolari di “Carta Famiglia FVG”, al fine di consentire la tracciabilità degli acquisti e l’applicazione dello sconto con gli strumenti tecnologici ed informatici di cui sono già dotati. Lo sconto potrà essere applicato - a discrezione dell’esercizio commerciale - anche ad altro beneficiario della medesima Carta Famiglia, diverso dal titolare, previa verifica di documentazione idonea a dimostrare la qualità di beneficiario;

b) praticare uno sconto non inferiore al 5 % sul prezzo di vendita dei beni, rientranti nelle tipologie “alimentari” e “non alimentari” dell’Allegato A del Regolamento (e riportati in calce al presente modulo). Gli esercizi commerciali, previa adeguata informazione alla clientela presso il punto vendita aderente all’iniziativa, possono discrezionalmente:

applicare lo sconto anche su una serie limitata di prodotti, rientranti comunque nelle tipologie indicate, ed anche con percentuali di sconto diverse sui diversi prodotti, nel rispetto della soglia minima del 5 %;

variare periodicamente i prodotti su cui applicano lo sconto e le percentuali di sconto applicate, nel rispetto della soglia minima del 5 %;

consentire o meno la cumulabilità dello sconto destinato ai titolari di Carta Famiglia con altre iniziative promozionali o con altri sconti già applicati sui medesimi prodotti;

c) rispettare le condizioni dell’azione promozionale in oggetto per un periodo di tempo non inferiore a 12 mesi dalla data di pubblicazione della presente adesione, a comunicare all’Amministrazione regionale l’eventuale recesso da tale iniziativa, dopo la scadenza del termine di 12 mesi, con un preavviso di almeno 1 mese dalla sua effettiva interruzione, nonché a comunicare ogni eventuale modifica di denominazione, ragione sociale o sede;

d) esporre la locandina promozionale dell’iniziativa e ad utilizzare il materiale divulgativo, con particolare riferimento al contrassegno promozionale “FAMIGLIA FVG”, che verranno predisposti – su vari supporti e con vari formati - ed inviati dall’Amministrazione regionale;

e) informare adeguatamente e tempestivamente la clientela circa l’azione promozionale e gli sconti applicati ai sensi della lettera b).

f) attivare gli sconti applicati ai sensi della lettera b) a partire:

dalla data _____

(da compilare solo se si ritiene di attivare gli sconti in data successiva)

ALLEGA

- fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (salvo il caso in cui il documento sia sottoscritto digitalmente ed inviato tramite PEC);

- informativa sulla privacy (in allegato) sottoscritta

Luogo e data

Timbro Il/La legale rappresentante

Modalità di invio per l’adesione (barrare la modalità prescelta):

via fax al numero +39.040.377.5523

via posta con raccomandata A.R.

consegna a mano all’ufficio protocollo della Direzione centrale salute,

integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia negli orari di apertura (lungiov 9.30-15.30 – ven 9.30-12.00)

via PEC(dalla propria casella di PEC) all’indirizzo salute@certregione.fvg.it

Allegato A

(riferito all’articolo 3, comma 2, del regolamento)

ELENCO DELLE CATEGORIE MERCEOLOGICHE DEI BENI E DELLE TIPOLOGIE DI SERVIZI

ALIMENTARI

Prodotti alimentari e bevande analcoliche

NON ALIMENTARI

Prodotti per la pulizia della casa

Prodotti per l'igiene personale, esclusi prodotti di bellezza
 Articoli di cartoleria e di cancelleria
 Libri non scolastici e scolastici e altri sussidi didattici
 Medicinali, prodotti farmaceutici e sanitari, esclusi prodotti di bellezza
 Strumenti e apparecchi sanitari

MARCHE

Mozione n. 78 dell'8.3.16 Mantenimento del finanziamento a favore delle scuole per genitori". (BUR n. 36 del 24.3.16)

L'ASSEMBLEA LEGISLATIVA DELLE MARCHE

VISTA la nota del Forum delle Associazioni familiari Marche con la quale si paventa la possibile chiusura dell'esperienza della "Scuola per genitori" per mancanza di adeguati finanziamenti;

ATTESO che

- la famiglia ha indubbiamente un ruolo prioritario nell'elaborazione di nuovi strumenti educativi e permettono ai giovani di diventare adulti responsabili e consapevoli e di promuovere un modello di cittadinanza attiva finalizzato alla realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi;

- la famiglia ha, però, la necessità in questo suo delicato compito di esser supportata e valorizzata attraverso la possibilità di momenti di confronto, discussione, sostegno ed indirizzo;

RICORDATO che la Giunta regionale, prima fra tutte le Regioni italiane, nel 2011 ha istituito dei corsi denominati "Scuola per genitori" che hanno costituito per le coppie genitoriali un luogo privilegiato di incontro e di scambio di reciproche esperienze garantendo loro un supporto fondamentale nella funzione educativa;

ATTESO che nel corso degli anni diverse associazioni hanno effettuato questi percorsi formativi di aiuto alla famiglia e che, solo per citare i dati del primo anno di attuazione del progetto, con un finanziamento complessivo di 183 mila euro, sono stati attivati su tutto il territorio regionale 158 corsi con il coinvolgimento di 28.045 partecipanti;

VERIFICATO che, a causa di situazioni non pienamente in linea con i dettami previsti dal bando, approvato con Decreto del Dirigente del Servizio politiche sociali e sort. n. 165 del 25/11/2014, sono state realizzate economie sullo stanziamento previsto che rischiano ora di essere utilizzate per altri scopi;

PAVENTATO, altresì, che per il 2016 non ci saranno risorse sufficienti per garantire il proseguo dei suddetti corsi, nonostante i risultati positivi ottenuti e l'aspettativa creatasi fra le diverse associazioni di volontariato che operano con spirito di abnegazione a favore della

Tutto ciò premesso,

IMPEGNA IL PRESIDENTE E LA GIUNTA REGIONALE

1. a destinare le economie realizzate nell'anno 2015 e pregresse dalla gestione del progetto "Scuola per genitori" allo stesso tipo di attività, nella consapevolezza della necessità di investire risorse nella formazione della famiglia quale fulcro della nostra società;

2. a valutare la possibilità che anche per il 2016 siano reperite le risorse necessarie per l'avvio sul territorio di nuovi corsi "Scuola per genitori" in accordo con le associazioni di volontariato che in tutti questi anni hanno effettuato importanti progetti formativi e di aiuto alla famiglia, essenziali per la crescita della stessa".

Mozione n. 81 del 15.3.16 - "Promuovere e valorizzare l'affidamento familiare". (BUR n. 36 del 24.3.16)

"L'ASSEMBLEA LEGISLATIVA DELLE MARCHE

PREMESSO che con deliberazione di Giunta regionale n. 565 dell'11 giugno 2012, successivamente modificata dalla 1413/2012, la Giunta regionale ha definito in maniera più

organica gli interventi in favore dei minorenni allontanati temporaneamente dalla propria famiglia con l'obiettivo, tra gli altri, di sostenere la pratica dell'affidamento familiare, nel rispetto delle priorità della L. 184/83;

ATTESO che

- l'istituto dell'affido familiare é un'importante opportunità di risposta ai bisogni dei bambini e dei ragazzi in difficoltà e delle loro famiglie, oltre ad un valido esempio di solidarietà e responsabilità civile delle famiglie;
- pur essendo stato avviato da tempo un percorso virtuoso sull'affidamento familiare nella nostra Regione, in termini di normative e di operatività, si riscontrano ancora alcune criticità e disfunzioni legate sia alla mancanza di un'opportuna informazione e campagna di sensibilizzazione fra le famiglie stesse e gli operatori sociali e del Tribunale dei Minori, sia per la carenza di risorse economiche e professionali investite nel progetto;
- purtroppo permangono ancora forti resistenze culturali sull'affidamento familiare a livello non solo di popolazione e mass media, ma anche di amministratori e operatori rilevando, a volte, inadeguate conoscenze e capacità operative, mancanza di metodologia o rigidità interpretativa rispetto ai protocolli sottoscritti;
- la frammentazione e la precarietà degli interlocutori pubblici, sociali e sanitari, impegnati nell'affidamento familiare, che probabilmente è il più impegnativo degli interventi dell'integrazione sociosanitaria, richiedendo una stabile comunicazione unitaria e necessari progetti condivisi, sono dimensioni penalizzanti sia perché si perde tanto, troppo tempo (e tempi dei minorenni non sono i tempi degli adulti), ma anche perché non avere operatori dedicati e stabili condiziona pesantemente la qualità della progettazione e della gestione dell'affidamento;
- il comportamento del Tribunale per i Minorenni richiede una diversa modalità di interlocuzione da parte degli altri attori dell'affidamento familiare e pertanto si rende necessario che la Regione recuperi quell'indispensabile ruolo di raccordo e coordinamento per favorire l'equilibrio istituzionale;

RILEVATO che la mancanza di famiglie affidatarie nuove, ha cause diverse, culturali prima ancora che demografiche e socio economiche, in quanto spesso prevale un'idea negativa dell'affidamento familiare, dove si sottolinea la fatica invece della bellezza della scelta e del valore umano, civile e politico della disponibilità della famiglia all'accoglienza;

RITENUTO, quindi, assolutamente necessario ed urgente che la Regione investa di più e meglio sull'istituto dell'affidamento familiare anche per dare piena attuazione alle misure di sostegno previste dalla deliberazione di Giunta regionale n. 865/2012;

Tutto ciò premesso,

IMPEGNA IL PRESIDENTE E LA GIUNTA REGIONALE

1. ad attivare un tavolo di lavoro regionale sull'affidamento presieduto dalla Regione e composto da rappresentanti del Tribunale dei Minorenni, operatori sociali e sanitari dei territori, Associazioni di famiglie affidatarie per mettere a rete e rendere operativi i protocolli territoriali pubblico privati già esistenti;
2. a promuovere una formazione integrata tra operatori sanitari, sociali, Tribunale dei Minorenni e famiglie sulle linee di indirizzo nazionali sull'affidamento familiare;
3. ad avviare sul territorio regionale una campagna di sensibilizzazione a favore dell'istituto dell'affido familiare nei confronti di quei minorenni per i quali si rende necessario l'allontanamento dal proprio nucleo di appartenenza;
4. a valutare l'opportunità di finanziare adeguatamente le misure di sostegno previste dalla deliberazione di Giunta regionale n. 865/2012 a favore delle famiglie affidatarie affinché un simile gesto di generosità dal particolare valore umano, civile e solidale non si trasformi in una scelta penalizzante e un peso eccessivo per chi lo compie”.

BASILICATA

DGR 1.3.16, n. 189 - L. R. n. 11/2000 e ss.mm.ii. - art 5 – Approvazione Avviso Pubblico per il rinnovo dell'Assemblea del Forum Regionale dei Giovani, ai sensi degli artt. 3 e 7 del Regolamento di attuazione approvato con la DGR n.1178/2008.

Note

Con a L.R. 22 febbraio 2000 n. 11 La Regione, garantisce e promuove i diritti di cittadinanza delle giovani donne e dei giovani uomini, mediante la loro autonoma partecipazione alle espressioni della società civile e alle istituzioni. Promuove e coordina politiche volte a favorire il pieno sviluppo della personalità degli adolescenti e dei giovani di entrambi i sessi sul piano culturale, sociale ed economico, ne promuove e valorizza le forme associate”.

In particolare l'art. 5, come modificato dalla L.R. 29/2002, ha previsto l'istituzione del Forum regionale dei giovani;

Viene approvato l'allegato Avviso Pubblico per il rinnovo della Assemblea del Forum regionale dei giovani.

Vengono altresì approvati gli allegati modelli “A” e “B”, afferenti, rispettivamente alla richiesta di iscrizione al Forum regionale dei giovani dei Forum comunali e delle Associazioni / Organizzazioni e altri Organismi rappresentativi dei giovani;

CAMPANIA

DGR 8.3.16, n. 89 - Garanzia giovani - piano di attuazione regione campania periodo 2014_2020. BUR n. 17 del 14.3.16)

Note

Viene disposta la riprogrammazione dell'allocazione delle risorse finanziarie a valere sui fondi PON YEI secondo le specifiche di cui alla tabella che segue

Misura Dotazione PAR vigente Riprogrammazione

1-A Accoglienza e informazioni sul programma

1-B Accoglienza, presa in carico, orientamento € 10.880.000

1-C Orientamento specialistico o di II livello 25.600.000

2-A Formazione mirata all'inserimento lavorativo € 24.410.955

2-B Reinserimento di giovani 15- 18enni in percorsi formativi

3 Accompagnamento al lavoro € 31.200.000 € 21.200.000

4-A Apprendistato per la qualifica e per il diploma professionale

4-B Apprendistato professionalizzante o contratto di

4-C Apprendistato per l'alta formazione e la ricerca € 3.000.000 € 3.000.000

5 Tirocinio extra-curricolare, anche in mobilità geografica € 40.420.000 € 50.420.000

6 Servizio civile 30.000.000 25.000.000

7.1 Attività di accompagnamento all'avvio di impresa e supporto allo start up di impresa € 2.500.000

7.2 Supporto per l'accesso al credito agevolato € 7.680.000 18.180.000

8. Mobilità professionale transnazionale e territoriale € 8.000.000 € 0

9. Bonus occupazionale 10.420.000 10.420.000

TOTALE

€ 191.610.955

€ 191.610.955

Viene preso atto prendere atto dell'aggiornamento delle schede afferenti alle misure del Piano Garanzia Giovani sulla base della documentazione ufficiale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali;

IMMIGRATI
FRIULI V.G.

DGR 11.3.16, n. 396 - LR 31/2015, art. 7. Programma annuale immigrazione 2016. Approvazione definitiva. (BUR n.12 del 23.3.16)

Note

Viene approvato, in via definitiva il “Programma immigrazione 2016”, quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.

Viene individuata l’azione 5.1 - “Progetti locali per richiedenti asilo e rifugiati” per l’allocazione di ulteriori risorse che si rendessero disponibili in corso d’anno.

:

PROGRAMMA ANNUALE IMMIGRAZIONE 2016

Premessa

In Italia, secondo l’Annuario Statistico Italiano di ISTAT, al 1° gennaio 2015 la componente straniera della popolazione è pari all’8,2 per cento del totale dei residenti, con un incremento, rispetto all’anno precedente, di 92.352 unità (+1,9 per cento).

In Friuli Venezia Giulia, sempre secondo ISTAT, gli stranieri residenti al 1° gennaio 2015 sono 107.559, con un’incidenza dell’8,8 per cento sul totale della popolazione regionale (1.227.122).

Nella provincia di Udine risiedono 41.133 stranieri, con un’incidenza del 7,7 per cento sul totale dei residenti, segue per numero la provincia di Pordenone con 33.817 (incidenza 10,8 per cento), Trieste con 20.063 e un’incidenza dell’8,5 per cento e Gorizia dove i valori sono rispettivamente 12.546 residenti e 8,9 per cento di incidenza. Rispetto all’anno precedente si registra una lieve flessione dello 0,3 per cento (-358 unità), una leggera inversione di tendenza dopo i costanti aumenti degli anni passati.

In Friuli Venezia Giulia, dal 1 gennaio 2016, ha effetto la Legge regionale n. 31/2015 “**Norme per l’integrazione sociale delle persone straniere immigrate**”, approvata nella seduta del 17 dicembre 2015 dal Consiglio Regionale.

All’art. 1 è indicata la finalità del nuovo provvedimento:

“La Regione Friuli Venezia Giulia riconoscendo i diritti fondamentali della persona secondo i principi del pluralismo delle culture, del reciproco rispetto e dell’integrazione partecipe, nel rispetto della Costituzione, dello Statuto Regionale, delle norme nazionali, delle convenzioni internazionali ed europee, intende realizzare l’accoglienza solidale e l’integrazione delle persone migranti presenti sul territorio, orientando la legislazione ai principi di uguaglianza e pari opportunità e rimuovendo gli ostacoli che si oppongono all’esercizio dei diritti civili e sociali da parte dei migranti.”

La programmazione e la gestione delle politiche migratorie dirette a favorire l’integrazione dei cittadini immigrati, salvo la parte di competenza dello Stato ex art. 117 della Costituzione, è quindi affidata alla Regione.

Il Capo II della legge “Assetto istituzionale e programmazione regionale”, all’art. 3 (Funzioni della Regione”), dispone che la Regione provvede a:

- a) adottare il Piano triennale degli interventi e i relativi Programmi annuali;
- b) promuovere, in raccordo con il governo nazionale, le Prefetture e gli Enti locali, progetti a supporto degli interventi di prima accoglienza, nei confronti dei soggetti a cui sia stato riconosciuto, ai sensi della normativa vigente, il diritto alla protezione internazionale;
- c) erogare contributi per l’attuazione dei diversi interventi previsti dal Programma annuale;
- d) curare l’aggiornamento degli operatori della pubblica amministrazione e delle associazioni o enti che svolgono servizi specifici in materia di immigrazione;
- e) valutare l’efficacia e l’efficienza degli interventi attuati nel territorio regionale, garantire nell’intero territorio regionale omogeneità e pari opportunità di accesso alle diverse prestazioni ed effettuare l’analisi e il monitoraggio del fenomeno dell’immigrazione, al fine di evitare episodi e situazioni di discriminazione;
- f) promuovere e attuare progetti e politiche attive mirate alla diffusione fra i destinatari della presente legge dei doveri di cittadinanza, del rispetto del pluralismo religioso, della difesa e della tutela dei diritti dell’infanzia e delle donne.

In via di prima applicazione e limitatamente all'anno 2016, la Giunta regionale è autorizzata ad approvare il presente Programma annuale, anche in assenza del Piano triennale, in conformità con i principi e le finalità di cui all'articolo 1, nonché con le disposizioni della legge sopra citata.

L'allocazione delle risorse disponibili tiene peraltro conto della necessità di garantire la copertura alle azioni realizzate negli anni passati, al fine di poter dare continuità alle attività in corso di realizzazione risultate maggiormente efficaci ed indispensabili. Si ritiene pertanto utile, anche per l'anno 2016, confermare gli ambiti dell'istruzione e dell'educazione, dell'accoglienza e dell'inserimento abitativo, dell'assistenza socio sanitaria e dei servizi territoriali, unitamente alle importanti attività di accoglienza diffusa ed integrata per le persone richiedenti asilo, previste mediante l'attuazione dell'ambito 5° "protezione internazionale".

Il Programma prevede anche le azioni conseguenti alla partecipazione agli Avvisi statali e comunitari, per l'attuazione dei progetti di prevenzione e repressione della tratta di esseri umani, nonché per l'attuazione del Piano regionale per la formazione civico linguistica dei cittadini di Paesi terzi (Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014- 2020).

2. Riferimenti normativi

Il presente Programma ha come riferimenti normativi fondamentali:

- Legge regionale n. 31 del 9 dicembre 2015 "**Norme per l'integrazione sociale delle persone straniere immigrate**";
- Legge regionale 29 dicembre 2015, n. 33 "Legge collegata alla manovra di bilancio 2016-2018"
- Legge regionale 29 dicembre 2015, n. 34 "Legge di stabilità 2016";
- Legge regionale 29 dicembre 2015, n. 35 "Bilancio di previsione per gli anni 2016 - 2018 e per l'anno 2016";
- gli artt. 8 e 9 della Legge regionale 31 marzo 2006, n. 6 (Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale);
- Decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394 (Regolamento recante norme di attuazione del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero a norma dell'articolo 1, comma 6, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286);
- Decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 (Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero) e successive modifiche ed integrazioni;
- Decreto del Ministero dell'Interno 23 Aprile 2007 relativo alla "Carta dei valori della cittadinanza e dell'integrazione".

3. Ambiti di intervento e destinatari

Gli interventi dell'Amministrazione regionale nel settore dell'immigrazione si suddividono in **6 ambiti di attività**, ciascuno dei quali è individuato con proprio numero, denominazione e riferimento normativo, descrizione e modalità di attuazione.

Destinatari degli interventi (*art. 2 della L.R. n. 31/2015*):

1. cittadine e cittadini di stati non appartenenti all'Unione europea, richiedenti asilo e rifugiati, titolari di protezione umanitaria e sussidiaria, apolidi, regolarmente soggiornanti ai sensi della normativa vigente, residenti o domiciliati nel territorio della Regione;
2. figlie e figli nati in Italia dei soggetti di cui al comma 1;
3. cittadine e cittadini dell'Unione europea, laddove non siano già destinatari di benefici più favorevoli sulla base della normativa statale e regionale.

Tabella: "Ambiti d'intervento"

N° Denominazione ambito Descrizione Modalità di attuazione

1° Istruzione ed educazione (art. 18 L.r. 31/2015)

Azioni rivolte all'integrazione e all'accoglienza scolastica degli allievi stranieri, alla formazione civico linguistica dei cittadini di Paesi terzi, all'alfabetizzazione delle persone titolari/richiedenti asilo, all'apprendimento della lingua italiana, della cultura e dell'educazione civica dei minori stranieri non accompagnati(MSNA).

Azioni previste:

1.1 - “Integrazione scolastica”

1.2 - “FAMIFVG2016-18”

1.3 - “Percorsi di alfabetizzazione per adulti”

1.4 - “Percorsi di alfabetizzazione per MSNA ”

A – avviso/bando

B - convenzione

2° Accoglienza e inserimento abitativo

(art. 17 L.r. 31/2015)

Azioni finalizzate al sostegno delle Agenzie sociali per l’abitare per la realizzazione di attività volte a favorire, orientare e supportare l’accesso ad un’idonea soluzione abitativa mediante servizi di ospitalità temporanea, ricerca di alloggi, erogazione di microprestiti.

Azioni previste:

2.1 - “Servizi per l’inserimento abitativo”

2.2 - “Fondo di rotazione e garanzia”

A – avviso/bando

B - convenzione

3° Assistenza socio sanitaria

art. 21, comma 4, lettere “c”

e “d”, L.r. 31/2015

Azioni che prevedono interventi per la prevenzione e repressione della tratta di esseri umani mediante percorsi di assistenza e protezione sociale delle vittime che si sottraggono alla violenza e sfruttamento.

Iniziative di mediazione linguistica e culturale nell’ambito del sistema socio sanitario/assistenziale, finalizzate alla facilitazione dell’accesso ai relativi servizi da parte dei cittadini migranti.

Azioni previste:

3.1 – “Progetti in FVG contro la tratta”

- art. 13 della legge 11 agosto 2003 n. 228

- art. 18 del D. Lgs. 286/98

3.2 - “Mediazione linguistica”

A – avviso/bando

B - convenzione

4° Servizi territoriali art. 16 art. 18 (comma 5 lett. h, i) e art 20 (comma 1 lett. a, b) L.r. 31/2015

Attività realizzate mediante la predisposizione di “Piani territoriali” nelle aree di tipo “informativo” e “interculturale” realizzati per il tramite degli Ambiti distrettuali, in stretta connessione con le iniziative poste in essere dal privato sociale.

Azioni previste:

4.1 - “Piani territoriali”

A – avviso/bando

5° Protezione internazionale

art. 11, comma 3, L.r. 31/2015

Azioni per favorire l’esercizio del diritto d’asilo, l’accoglienza e l’integrazione sociale dei richiedenti asilo, dei rifugiati e dei titolari di protezione sussidiaria o umanitaria presenti sul territorio regionale.

Armonizzazione e potenziamento di sistemi e di progetti nazionali attivati sul territorio regionale (SPRAR e CARA), di coordinamento tra soggetti istituzionali, di realizzazione progetti locali di accoglienza richiedenti asilo.

5.1 – “Progetti locali per richiedenti asilo e rifugiati”

5.2 - “Crocicchio”

5.3 – “Integrazione ospiti CARA”

A – avviso/bando

B – convenzione

6° Indagini e ricerche art. 8 comma 1, L.r. 31/2015

Monitoraggio e analisi del fenomeno migratorio sul territorio regionale, in coordinamento con le altre attività di osservatorio promosse dalla Regione.

Azioni previste:

6.1 - "Report statistico immigrazione"

6.2 - "Fondi comunitari"

C - risorse interne

4. Modalità di attuazione e termine dei procedimenti

All'attuazione delle azioni di cui al paragrafo 3. Ambiti d'intervento, si provvede mediante l'impiego delle modalità di seguito elencate:

- "A - avviso/bando":

emanazione, da parte della Direzione centrale cultura, sport e solidarietà, di appositi avvisi/bandi che individuano i soggetti ammessi alla presentazione delle domande di contributo, fissando termini e modalità per la presentazione delle stesse, determinano la misura massima del contributo concedibile a fronte della spesa ammessa, secondo quanto rispettivamente indicato nelle rispettive Azioni, al successivo paragrafo 6. La rendicontazione è disciplinata dalla legge regionale 7/2000.

- "B - convenzione":

stipula di convenzioni con soggetti attuatori, con le quali vengono definiti i tempi e le modalità di realizzazione delle iniziative, l'ammontare del finanziamento e le modalità di erogazione e di rendicontazione, in conformità alla legge regionale 7/2000.

- "C - risorse interne":

azione attuata mediante utilizzo di risorse interne all'Amministrazione regionale.

Termine dei procedimenti: ove non stabilito diversamente per legge, il termine per la conclusione di ciascun tipo di procedimento contributivo individuato con il presente programma è stabilito in novanta giorni. Tale termine decorre dalla data di scadenza di presentazione delle domande, il procedimento si conclude con l'adozione dell'atto di concessione.

5. Risorse

Al costo per la realizzazione del Programma annuale si provvede con le risorse indicate nella sottostante tabella.

Eventuali variazioni compensative delle previsioni di spesa sono effettuate, per ambito di attività, nella misura massima del 20%, con decreto del Direttore centrale competente per materia, sulla base dei fabbisogni finanziari accertati successivamente all'approvazione del presente programma.

Prospetto di previsione della spesa

N. Ambito Azione Previsione di spesa per azione

Previsioni di spesa per ambito

1° Istruzione e educazione

1.1 - "Integrazione scolastica" € 650.000,00

€ 970.000,00

1.2 - "FAMIFVG2016-18" Assegnazione statale e comunitaria (FAMI)

1.3 - "Percorsi di alfabetizzazione per adulti" € 160.000,00

1.4 - "Percorsi di alfabetizzazione per minori" (MSNA) € 160.000,00

2° Accoglienza e inserimento abitativo

2.1 - "Servizi per l'inserimento abitativo" € 450.000,00

€ 490.000,00

2.2 - "Fondo di rotazione e garanzia" € 40.000,00

3° Assistenza socio sanitaria

3.1 - "Progetti in FVG contro la tratta" art. 13 della legge 11 agosto 2003 n. 228 art. 18 del D. Lgs. 286/98 € 30.000,00

Assegnazione statale € 180.000,00

3.2 - "Mediazione linguistica" € 150.000,00

4° Servizi territoriali 4.1 – “Piani territoriali” € 600.000,00 € 600.000,00

5° Protezione internazionale

5.1 – “Progetti locali per richiedenti asilo e rifugiati” € 300.000,00

5.2 – “Crocicchio” € 55.000,00 € 450.000,00

5.3 – “Integrazione ospiti CARA” € 95.000,00

6° Indagini e ricerche

6.1 – “Report statistico immigrazione” € 0,00
€ 0,00

6.2 – “Fondi comunitari” € 0,00

TOTALE GENERALE € 2.690.000,00

6. Azioni

Scheda 1° Ambito “Istruzione ed educazione”

Riferimento normativo: art. 18 (Istruzione ed educazione) L.r. 31/2015

Previsione di spesa 2016: € 970.000,00

Azione 1.1: “Integrazione scolastica”

Soggetti attuatori:

Istituzioni scolastiche e Enti locali

Risorse:

previsione di spesa € 650.000,00

Modalità di attuazione:

A – avviso/bando

Fonte di finanziamento: regionale

Descrizione azione: intervento rivolto alle Istituzioni scolastiche statali e paritarie e agli Enti locali gestori di scuole dell’infanzia, per la realizzazione di progetti finalizzati al superamento delle iniziali difficoltà linguistiche e formative degli alunni stranieri e a contrastare l’abbandono e la dispersione scolastica e, comunque, qualsiasi forma di discriminazione.

Le attività progettuali devono prevedere interventi concernenti:

- la formazione alla cittadinanza e l'apprendimento della lingua italiana;
- la conoscenza della Costituzione, dell'ordinamento italiano e delle sue istituzioni nazionali e regionali;
- l'attività di mediazione linguistica e culturale;
- la partecipazione dei genitori alla vita scolastica dei minori;
- la sperimentazione e la diffusione di buone pratiche di educazione interculturale;
- la creazione e l'ampliamento di biblioteche scolastiche interculturali, comprendenti testi plurilingui.

Spese ammesse: strettamente attinenti alla realizzazione dei progetti e relative alle risorse umane e ai materiali di tipo informativo e didattico.

Criteri di assegnazione: i contributi sono assegnati in base al numero dei destinatari finali rientranti nei parametri temporali precisati con bando. La quota fino alla misura massima del 20% della previsione di spesa complessiva è riservata al finanziamento delle domande regolarmente pervenute da parte delle Scuole dell’infanzia.

I contributi sono erogati in via anticipata contestualmente alla concessione. Ai soggetti aventi natura d’impresa i contributi possono essere erogati in via anticipata previa presentazione di apposita fideiussione bancaria o polizza assicurativa d’importo pari alla somma da erogare, maggiorata degli eventuali interessi.

Azione 1.2: “FAMIFVG2016-18”

Soggetti attuatori:

Centri Provinciali per l’Istruzione degli Adulti (CPIA) e Ufficio

Scolastico Regionale

Risorse:

assegnazione statale e comunitaria

Modalità di attuazione:

B – convenzione

Fonte di finanziamento: statale e comunitaria

Descrizione azione: intervento realizzato mediante partecipazione all'Avviso pubblico adottato con decreto n. 19738 da parte del

Ministero dell'Interno, in qualità di Autorità Responsabile del Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020 – OS2

Integrazione/Migrazione legale – ON2 Integrazione - “Piani regionali per la formazione civico linguistica dei cittadini di Paesi terzi”.

L'obiettivo del FAMI è quello di “contribuire alla gestione efficace dei flussi migratori e all'attuazione, al rafforzamento e allo sviluppo della politica comune di asilo, protezione sussidiaria e protezione temporanea e della politica comune dell'immigrazione, nel pieno rispetto dei diritti e dei principi riconosciuti dalla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea.

L'Avviso prevede l'ampliamento dell'offerta di servizi di formazione linguistica rivolti ai migranti attraverso il consolidamento di un'azione di sistema nazionale per l'alfabetizzazione declinata attraverso appositi Piani regionali integrati.

La progettazione prevede attività articolate nelle seguenti tre Aree

- A. *Azioni Formative*: progettate ed attuate in modo da far acquisire allo straniero un adeguato livello di conoscenza della lingua italiana al fine di facilitare il raggiungimento degli obiettivi di integrazione e cittadinanza attraverso la trasmissione di competenze alfabetiche, linguistiche, capacità di orientarsi nel territorio e di conoscenze circa i modi con cui interrelazionarsi con le persone e i servizi della comunità territoriale di riferimento (formazione civica, capacità di fruizione dei servizi sanitari, prevenzione degli incidenti domestici, autonomia nell'assolvere agli adempimenti burocratici, ecc).

- B. *Servizi Complementari*: progettati con la finalità di favorire l'accesso alle azioni formative da parte dei richiedenti e di garantire un'azione qualitativamente apprezzabile.

- C. *Supporto gestionale e servizi strumentali*: sono azioni di supporto gestionale di tutte le attività, degli strumenti e delle procedure finalizzate a garantire la governance, il monitoraggio e la valutazione degli interventi.

Spese ammesse: definite dall'Autorità Responsabile (Ministero dell'Interno) del Fondo Europeo per l'Integrazione.

Criteri di assegnazione: in misura proporzionale al numero di corsi richiesti. I contributi sono erogati in funzione delle procedure definite dall'Autorità responsabile del fondo.

Azione 1.3: “Percorsi di alfabetizzazione per adulti”

Soggetti attuatori:

Centri Provinciali per l'Istruzione degli Adulti (CPIA)

Risorse:

previsione di spesa € 160.000,00

Modalità di attuazione:

B – convenzione

Fonte di finanziamento: regionale

Descrizione azione: intervento orientato in via prioritaria alla realizzazione di attività formative connesse all'attuazione delle Azioni previste all'Ambito 5° “Protezione internazionale”, finalizzato ad attivare in ambito regionale moduli formativi inerenti l'apprendimento della lingua italiana (primissima alfabetizzazione, A1 e A2), nonché la conoscenza di base della cultura e dell'educazione civica italiana.

Soggetti attuatori delle iniziative programmate sono i Centri Provinciali per l'Istruzione degli Adulti (CPIA) che realizzano sul territorio le attività formative presso le proprie sedi centrali, presso i

punti di erogazione di primo livello (sedi associate) o, mediante accordi di rete, con le istituzioni scolastiche e con i soggetti gestori di progetti SPRAR regionali.

Destinatari finali delle attività sono prioritariamente persone richiedenti/titolari protezione internazionale, con riferimento alle tipologie di destinatari finali esclusi dalle Azioni del Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020 – OS2

Integrazione/Migrazione legale – ON2 Integrazione - “Piani regionali per la formazione civico linguistica dei cittadini di Paesi terzi.

Spese ammesse: dal 1 gennaio 2016 e strettamente attinenti alla realizzazione dei progetti e relative alle risorse umane e ai materiali di tipo informativo e didattico.

Criteri di assegnazione: proporzionato al numero di corsi richiesti e sulla base dei costi indicati dal Ministero dell’Interno per la realizzazione dei corsi finanziati con i Fondi FAMI. I contributi sono erogati contestualmente alla concessione.

Azione 1.4: “Percorsi di alfabetizzazione per minori” (MSNA)

Soggetti attuatori:

Enti che accolgono MSNA con accreditamento di sedi operative nelle macro tipologie A e As (D.P.Reg n. 07/Pres del 12/1/2005 e successive modifiche ed integrazioni)

Risorse:

previsione di spesa € 160.000,00

Modalità di attuazione:

B – convenzione

Fonte di finanziamento: regionale

Descrizione azione: intervento finalizzato ad attivare in ambito regionale laboratori formativi dell’”imparare facendo” mediante l’apprendimento della lingua italiana, nonché la conoscenza di base della cultura e dell’educazione civica italiana.

Soggetti attuatori delle iniziative programmate sono gli enti che accolgono minori stranieri non accompagnati (MSNA) con accreditamento presso la Regione di sedi operative nelle macro tipologie A e As (D.P.Reg n. 07/Pres del 12/1/2005 e successive modifiche ed integrazioni), che realizzano le attività formative presso le proprie sedi centrali o sul territorio mediante accordi di rete, con le istituzioni scolastiche e con i soggetti gestori di progetti SPRAR regionali.

Destinatari finali delle attività sono minori stranieri non accompagnati di età compresa tra i 13 e i 18 anni, reperiti nell’ambito del territorio o trasferiti su disposizioni del Ministero nell’ambito dei flussi straordinari di richiedenti asilo.

Spese ammesse: strettamente attinenti alla realizzazione dei progetti e relative alle risorse umane e ai materiali di tipo informativo e didattico.

Criteri di assegnazione: proporzionato al numero di corsi richiesti e dei MSNA, sulla base dei costi indicati dal Ministero dell’Interno per la realizzazione dei corsi finanziati con i Fondi FAMI. I contributi sono erogati contestualmente alla concessione.

Scheda 2° “Accoglienza e inserimento abitativo”

Riferimento normativo: art. 17 (Accoglienza e inserimento abitativo) L.r. 31/2015

Previsione di spesa 2016: € 490.000,00

Azione 2.1: “Servizi per l’inserimento abitativo”

Soggetti attuatori:

Ambiti distrettuali

Risorse:

previsione di spesa € 450.000,00

Modalità di attuazione:

A – avviso/bando

Fonte di finanziamento: regionale

Descrizione azione: interventi realizzati nell’ambito della rete dei servizi sociali del territorio di riferimento, mediante il sostegno alla gestione di strutture dedicate all’ospitalità temporanea e

mediante l'erogazione di servizi volti a favorire, orientare e supportare l'accesso a un'ideale soluzione abitativa.

Spese ammesse: strettamente attinenti alla gestione ordinaria degli immobili adibiti all'ospitalità temporanea e relative alla fornitura di servizi e di risorse umane e materiali impiegate nelle attività progettuali.

Criteri di assegnazione: possono accedere ai contributi previsti i soggetti attuatori che presentano proposte progettuali rispondenti alle finalità sopra indicate.

L'entità dei contributi è determinata in base ai seguenti criteri :

- fino alla misura massima del 40% in base al numero di posti letto dedicati all'intervento presso la struttura di ospitalità temporanea oggetto della domanda di contributo e dichiarati all'atto dell'istanza;

- fino alla misura massima del 40% in base al numero complessivo ore di attività sportello (front office e back office);

- quota rimanente in base al numero dei residenti stranieri presenti sul territorio (fonte ISTAT 01.01.2015) nel quale è programmata l'iniziativa.

I contributi sono erogati contestualmente alla concessione.

Come già richiamato al paragrafo 3 "Ambiti di intervento e destinatari", ai sensi dell'articolo 2, comma 3 della legge regionale 9 dicembre 2015, n. 31, i servizi della presente Azione sono accessibili anche alle cittadine e ai cittadini dell'Unione europea, laddove non siano già destinatari di benefici più favorevoli sulla base della normativa statale e regionale.

Azione 2.2: "Fondo di rotazione e garanzia"

Soggetti attuatori:

associazioni senza fine di lucro

Risorse:

previsione di spesa € 40.000,00

Modalità di attuazione:

B – convenzione

Fonte di finanziamento: regionale

Descrizione azione: il Fondo di rotazione e garanzia, gestito in continuità con le annualità precedenti e in collaborazione con l'Agenzia Sociale per la casa presente sul territorio, è finalizzato alla concessione di microprestiti non onerosi a favore di soggetti in stato di bisogno abitativo per il pagamento di spese attinenti alla stipula e all'avvio dei contratti di locazione. I beneficiari dei prestiti restituiscono in rate mensili gli importi concessi, garantendo così il mantenimento del fondo stesso per la concessione di nuovi prestiti ad altri soggetti richiedenti.

Spese ammesse: spese sostenute per la gestione e il funzionamento del fondo.

Criteri di assegnazione: i soggetti attuatori vengono individuati, nella misura di uno per provincia, mediante avviso pubblicato sul sito della Regione FVG, tra le associazioni e gli organismi senza fine di lucro aventi comprovata esperienza pluriennale con l'Amministrazione Regionale nel settore dei servizi informativi per la casa, tenuto conto della necessità di garantire una continuità nella gestione del fondo stesso.

La quota assegnata ad ogni soggetto attuatore è calcolata in misura proporzionale alla popolazione residente extracomunitaria (fonte ISTAT 01.01.2015).

I contributi sono erogati successivamente alla sottoscrizione della Convenzione e di registrazione dell'impegno di spesa.

Scheda 3° Ambito "Assistenza socio sanitaria"

Riferimento normativo: art. 21 (Assistenza socio sanitaria), commi "c" e "d", L.r. 31/2015

Previsione di spesa 2016: € 180.000,00

Azione 3.1: "Progetti in FVG contro la tratta"

Soggetti attuatori:

Amministrazioni provinciali, Enti Locali, organismi senza fine di lucro

Risorse:

previsione di spesa € 30.000,00

Modalità di attuazione:

B - convenzione

Fonte di finanziamento: statale e regionale

Descrizione azione: partecipazione ad avvisi statali emessi in attuazione dei programmi di assistenza e integrazione sociale previsti dall'art. 13 della legge 11 agosto 2003 n. 228 recante misure contro la tratta di persone e dall'articolo 18 del D. Lgs. 286/98 per percorsi di assistenza e integrazione sociale alle vittime che intendono sottrarsi alla violenza e ai condizionamenti di soggetti dediti al traffico di persone a scopo di sfruttamento.

Le iniziative, realizzate per il tramite della rete territoriale di partenariato, dovranno prevedere su tutto il territorio regionale collaborazioni con le Forze dell'Ordine e le Autorità giudiziarie, attivando, quanto più possibile, forme di sensibilizzazione con i servizi socio assistenziali e l'associazionismo, dovranno essere finalizzate all'emersione, tutela e prima accoglienza per le vittime, prevedendo alloggi protetti, assistenza sanitaria, supporto psicologico e legale, attività formative e progetti educativi individualizzati finalizzati all'inclusione sociale e lavorativa.

Spese ammesse: definite dal Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri in ciascun avviso.

Criteri di assegnazione: le risorse concesse vengono assegnate a ciascun soggetto attuatore in base al numero dei progetti individualizzati richiesti dal Dipartimento delle Pari Opportunità nella comunicazione di approvazione del progetto e in proporzione alla capacità ricettiva e al costo unitario sostenuto da ciascun attuatore. I contributi sono erogati successivamente alle erogazioni statali e secondo le procedure definite dall'Autorità responsabile del finanziamento statale.

Azione 3.2: "Mediazione linguistica"

Soggetti attuatori:

Enti del Servizio sanitario reg.le

Risorse:

previsione di spesa € 150.000,00

Modalità di attuazione:

B – convenzione

Fonte di finanziamento:

regionale

Descrizione azione: interventi volti ad assicurare l'organizzazione presso gli Enti del Servizio sanitario regionale di servizi di mediazione linguistica e culturale e a promuovere la formazione e l'aggiornamento dei mediatori.

Spese ammesse: strettamente attinenti alla realizzazione del progetto e relative alle risorse umane e materiali.

Criteri di assegnazione: la previsione di spesa complessiva è suddivisa nella misura dell'80% tra gli enti territoriali che operano esclusivamente sul territorio di propria competenza e nella misura del 20% tra gli enti di rilievo regionale che operano su tutto il territorio regionale e nazionale. L'importo del contributo massimo concedibile per ciascun richiedente è calcolato in una logica di continuità coerente con le precedenti programmazioni, sulla base del numero di residenti stranieri iscritti al Servizio sanitario regionale nel territorio di competenza del soggetto richiedente (Fonte ISTAT 01.01.2015).

I contributi sono erogati contestualmente alla concessione.

Scheda 4° Ambito "Servizi territoriali"

Riferimento normativo: art. 16, 18 (commi i,h), art 20 (comma 1 lett. a, b) L.r. 31/2015

Previsione di spesa 2016: € 600.000,00

Azione 4.1: "Piani territoriali"

Soggetti attuatori:

Ambiti distrettuali

Risorse:

previsione di spesa: 600.000,00

Modalità di attuazione:

A – avviso/bando

Fonte di finanziamento:

regionale

Descrizione azione: l'azione intende promuovere, mediante i c.d. "Piani territoriali", le attività che in forma associata i Comuni propongono per favorire l'esercizio dei diritti e dei doveri da parte delle persone straniere immigrate, la loro partecipazione alla vita pubblica, con l'obiettivo generale di sostenere percorsi di inclusione sociale delle persone straniere presenti in FVG.

A tal fine le aree d'intervento previste per la realizzazione dei "Piani territoriali" sono le seguenti:

Area "Servizi di informazione"

Le attività programmate in quest'area devono tendere ad ottenere il miglior compromesso tra la qualità/quantità dei servizi erogati e il costo degli stessi. In particolare, le attività di tipo sportellistico dislocate sul territorio, devono essere quanto più possibile multifunzionali, ossia progettate per soddisfare interamente le richieste in materia di immigrazione, interfacciando gli operatori degli stessi servizi, alle diverse e specifiche attività previste, per promuovere attività di informazione, orientamento ai servizi del territorio in ambito socio-assistenziale, educativo, lavorativo, ecc. ecc., promuovendo la creazione di reti di governance con il coinvolgimento attivo dei vari enti pubblici e delle associazioni competenti.

A titolo esemplificativo si indicano alcune tipologie progettuali di riferimento ai fini della partecipazione all'area:

- servizi di informazione per promuovere la conoscenza dei diritti e dei doveri dei cittadini stranieri, l'accesso ai servizi, la cultura della legalità e la regolarità del soggiorno;
- servizi di informazione per promuovere l'accesso dei cittadini stranieri ai pubblici servizi, nonché la conoscenza delle opportunità di carattere socio-assistenziale, di integrazione e di inclusione sociale disponibili in ambito territoriale;
- orientamento e supporto nei rapporti con la pubblica amministrazione.

Area "Interculturale"

Le iniziative programmate in quest'area devono favorire la diffusione di una sensibilità interculturale in tutti gli ambiti sociali, promuovendo il dialogo interculturale tra migranti e società di accoglienza, nella convinzione che l'integrazione sia un processo bilaterale di reciproco incontro, confronto, conoscenza ed adattamento.

La progettazione deve includere un'attività di coordinamento delle iniziative interculturali già previste o da realizzare sul territorio, con riferimento ad attività nei diversi settori (ambito socio educativo, sportivo, lavorativo, ecc. ecc.); le iniziative devono essere realizzate con il coinvolgimento diretto dei maggiori soggetti pubblici e del privato sociale presente sul territorio, in stretto collegamento con le istituzioni scolastiche e in collaborazione con le associazioni più rappresentative e con maggiore esperienza, al fine di migliorare il coordinamento locale tra le diverse realtà esistenti, per un più efficace inserimento sociale delle persone.

Le attività si possono svolgere in forma laboratoriale (ad es. servizi educativi di doposcuola, sostegno transculturale, figure di sistema, supporto primi ingressi), mediante incontri formativi rivolti a genitori ed educatori, in collaborazione con gli assistenti sociali attraverso, ad esempio, equipe multidisciplinari composte da operatori che lavorano sul territorio con i giovani e le loro famiglie. E' altresì previsto il sostegno ad eventi di diversa natura (sportiva, culturale, ecc. ecc.), per dar valore e significato a progetti interculturali che prevedono attività di animazione del territorio.

A titolo esemplificativo si indicano alcune tipologie progettuali di riferimento ai fini della partecipazione all'area:

- promozione di attività di sensibilizzazione sui temi del dialogo interculturale, sperimentazione e diffusione di buone pratiche;
- interventi per promuovere il dialogo interculturale in ambito scolastico e territoriale, l'educazione alla diversità, la valorizzazione dei patrimoni culturali d'origine, la promozione del multilinguismo;

- progetti per promuovere il dialogo inter-generazionale all'interno delle famiglie dei migranti e coinvolgere le famiglie dei minori stranieri al fine di rafforzare il ruolo genitoriale ed i legami familiari per il processo di integrazione e di incontro con la società ospitante;
- interventi di contrasto all'abbandono e alla dispersione scolastica dei minori stranieri, attraverso azioni di sensibilizzazione, orientamento e sostegno rivolte agli studenti, nonché interventi per coinvolgere le famiglie d'origine;
- interventi per facilitare il dialogo e le relazioni tra scuola, famiglia e territorio con particolare attenzione a tre dimensioni: scelta consapevole della scuola, coinvolgimento della famiglia al momento dell'accoglienza; partecipazione attiva e corresponsabile alle attività della scuola;
- progetti per valorizzare il protagonismo sociale dei giovani immigrati e delle loro famiglie, espresso attraverso le associazioni in ambito intra ed extra scolastico per lo svolgimento di attività di promozione sociale, di confronto e di partecipazione;
- interventi per promuovere l'inserimento dei giovani immigrati in attività associative, sportive e ricreative presenti sul territorio;

Criteri di assegnazione: I contributi sono erogati contestualmente alla concessione. La valutazione dei progetti è effettuata da una Commissione nominata con decreto del direttore centrale. L'entità dei contributi è determinata in base ai criteri sottoelencati; al termine della valutazione sarà redatta una graduatoria dei progetti approvati secondo un ordine decrescente e, ai fini dell'ammissione al finanziamento, il progetto deve conseguire un punteggio complessivo non inferiore a 8 punti.

Criteri di valutazione

Descrizione punteggio

A1 Composizione del gruppo di lavoro: competenze delle figure professionali coinvolte funzionali alla realizzazione del progetto

0: nessuna 1: bassa 2 media 3 alta

0-3

A2 Sportelli dedicati all'intervento

0: nessuna 1: un punto per ogni sportello (massimo 5)

0-5

A3 Partecipazione alle aree dell'azione

0: una sola area 2: due aree

0-2

A4 Chiara definizione degli obiettivi in relazione ai destinatari, grado di articolazione delle fasi operative, indicazione di attività definite e dettagliate in corrispondenza con gli obiettivi di progetto e relativo cronoprogramma delle attività con riferimento ad ogni area d'intervento

0: nessuna 1: basso 2 medio 3 alto

0-3 (per ogni area)

A5 Livello di adeguatezza della metodologia di intervento e degli strumenti utilizzati

0: nessuna 1: basso 2 medio 3 alto

0-3

A6 Individuazione di un percorso di monitoraggio interno per la valutazione in itinere delle fasi operative, con specificazione degli indicatori interni e delle modalità operative e indicazioni relative ai risultati attesi

0: nessuno 1: monitoraggio semplice 2: monitoraggio con specificazione di indicatori 3: monitoraggio con indicatori e indicazioni relative ai risultati attesi

0-3

A7 Complementarietà: descrizione di azioni che favoriscano la complementarietà delle azioni oggetto del bando con le varie opportunità/dispositivi/misure di politica attiva disponibili a livello territoriale

0: nessuna 1: presenza di complementarietà

0-2

A8 Livello di innovazione della proposta progettuale (metodologie impiegate, tipologie di attività realizzate, strumenti adottati)

0: nessuna 1: basso 2 medio 3 alto

0-3

A9 Previsione di mettere a sistema modelli e metodologie sperimentate nelle attività progettuali

0: nessuna 1: sufficiente 2 ottima

0-2

Scheda 5° Ambito “Protezione internazionale”

Riferimento normativo: art. 11 (Interventi regionali a sostegno del diritto d’asilo), commi 1 e 3, L.r. 31/2015

Previsione di spesa 2016: € 450.000,00

Azione 5.1: “Progetti locali per richiedenti asilo e rifugiati”

Soggetti attuatori:

Enti locali (in forma singola o associata)

Risorse:

previsione di spesa € 300.000,00

Modalità di attuazione:

A – avviso/bando

Fonte di finanziamento:

regionale

Descrizione azione: l’intervento intende sostenere e potenziare la capacità di accoglimento diffusa sul territorio del Friuli Venezia Giulia, mediante la realizzazione di progetti locali finalizzati ad offrire supporto agli Enti locali che accolgono persone richiedenti protezione internazionale.

L’azione prevede l’erogazione di contributi agli Enti locali, in forma singola o associata, per progetti che promuovono l’inserimento, la conoscenza e l’accettazione reciproca tra persone accolte e comunità ospitante, mediante la realizzazione di attività che coniugano esperienze socialmente utili ad esperienze formative, con il coinvolgimento del privato sociale (preferibilmente soggetti gestori di progetti SPRAR).

A titolo esemplificativo si indicano alcune tipologie progettuali di riferimento ai fini della partecipazione all’azione:

- interventi per promuovere l’inserimento delle persone accolte nella comunità locale in collaborazione con le attività associative presenti sul territorio;
- interventi per favorire il dialogo interculturale attraverso la creazione di spazi e momenti di informazione ed incontro con la cittadinanza residente;
- attività di orientamento ai servizi sul territorio (ad es. i servizi sanitari, servizi di pubblica utilità, ecc. ecc.);
- interventi per contrastare fenomeni di intolleranza o conflitto, attraverso iniziative che prevedono in ambito locale la realizzazione di progetti orientati a facilitare la convivenza.

Le attività proposte devono tendere al soddisfacimento di necessità non altrimenti fronteggiabili ed essere realizzate, quanto più possibile, in stretta connessione con analoghe iniziative poste già in essere dall’Amministrazione regionale, Comuni, Questure e Prefetture e privato sociale (sottoscrizione di convenzioni e protocolli).

Le tipologie progettuali sopraindicate devono prevedere una o più delle seguenti attività:

- attività di cura del patrimonio pubblico (sfalcio, manutenzione piste ciclabili, riapertura sentieri, pulizia strade, tinteggiatura edifici pubblici, manutenzione verde pubblico, prevenzione incendi, manutenzione marciapiedi, manutenzione recinzioni ed ogni altro lavoro assimilabile ai precedenti);
- percorsi laboratoriali dell’”apprendere facendo” per lo sviluppo di competenze di base;
- corsi di formazione sulla sicurezza.

Spese ammesse: attinenti alla realizzazione delle attività e relative alle risorse umane e materiali (materiali d’uso per le attività di manutenzione, coperture assicurative e dotazioni personali

antifortunistiche previste dalla normativa vigente, personale coinvolto nell'attuazione dell'attività, convenzioni con associazioni, ecc. ecc.).

Criteri di assegnazione: all'individuazione dei progetti e alla quantificazione dei singoli finanziamenti si procede mediante deliberazione della Giunta regionale, in base al numero delle persone accolte inizialmente, al tempo di occupazione delle stesse e al numero di attività previste.

l'importo complessivo di ciascun contributo concesso non può essere superiore ad € 15.000,00 ed è calcolato:

- nella misura di € 7.000,00 per progetti con un numero complessivo uguale o maggiore di 10 persone richiedenti/titolari di protezione internazionale;
- nella misura di € 15.000,00 per progetti con un numero complessivo maggiore di 20 persone richiedenti/titolari di protezione internazionale

I contributi sono erogati successivamente alla comunicazione di avvio attività.

Azione 5.2: “Crocicchio”

Soggetti attuatori:

gestori progetti SPRAR regionali

Risorse:

previsione di spesa € 55.000,00

Modalità di attuazione:

B – convenzione

Fonte di finanziamento:

regionale

Descrizione azione: attività finalizzata al potenziamento del “sistema di protezione FVG”, mediante la prosecuzione dell'intervento denominato “voikrucigo/crocicchio”, nato dall'esigenza di armonizzare i sistemi nazionali attivati anche sul territorio regionale, per la protezione e accoglienza di richiedenti asilo, rifugiati, e beneficiari di forme di protezione internazionale e/o umanitaria.

Il progetto prevede la realizzazione di un coordinamento operativo tra i progetti territoriali del sistema SPRAR regionale, al fine di ottimizzarne la capacità operativa e armonizzare gli stessi con i servizi del Centro Accoglienza Richiedenti Asilo (C.A.R.A.) di Gradisca d'Isonzo (GO).

Enti attuatori sono i gestori dei progetti SPRAR del Friuli Venezia Giulia: Carità Diocesana di Gorizia Onlus, CIR – Consiglio Italiano per i Rifugiati Onlus, Fondazione “Don Giovanni Contavalle” (Gorizia), Nuovi Vicini Società Coop. Soc. (Pordenone), ICS -

Ufficio Rifugiati Onlus (Trieste), Fondazione Diocesana Caritas Trieste Onlus, Associazione Nuovi Cittadini Onlus (Udine), Centro Caritas dell'Arcidiocesi di Udine;

Criteri di assegnazione: soggetti gestori già individuati per l'attuazione dei progetti SPRAR regionali previsti dal Ministero dell'Interno e relativi al numero di utenti coinvolti. I contributi sono erogati contestualmente alla concessione.

Spese ammesse: strettamente attinenti alla realizzazione delle attività e relative alle risorse umane e materiali.

Azione 5.3: “Integrazione ospiti CARA”

Soggetti attuatori:

Comune di Gradisca d'Isonzo

Risorse:

previsione di spesa € 95.000,00

Modalità di attuazione:

B – convenzione

Fonte di finanziamento: regionale

Descrizione azione: l'intervento intende sostenere la gestione delle persone immigrate presenti sul territorio limitrofo al Centro

Accoglienza Richiedenti Asilo (C.A.R.A.), mediante la realizzazione di attività promosse dal Comune di Gradisca d'Isonzo, al fine di contrastare fenomeni di intolleranza e di conflitto e facilitare la convivenza.

Le iniziative devono realizzare forme di collaborazione su base volontaria ed a titolo gratuito finalizzate ad impiegare in modo costruttivo il tempo a disposizione degli stranieri temporaneamente ospiti del C.A.R.A., favorendo l'acquisizione di competenze utili in caso di permanenza nel Paese ospitante. A titolo esemplificativo e non esaustivo, si intendono realizzare attività di affiancamento alle squadre comunali per servizi manutentivi del verde pubblico, anche in collaborazione con Istituti Tecnici;

attività di affiancamento al personale impiegato presso strutture che effettuano interventi di natura assistenziale sul territorio.

Criteri di assegnazione e spese ammesse: strettamente attinenti alla realizzazione delle attività e relative alle spese materiali e del personale dedicato alla gestione della presenza sul territorio delle persone immigrate. I contributi sono erogati in via anticipata contestualmente alla concessione.

Scheda 6° Ambito “Indagini e ricerche”

Riferimento normativo: art. 8 (Monitoraggio delle politiche di immigrazione), comma 1, L.r. 31/2015

Previsione di spesa 2016: € 0,00

Azione 6.1: “Report statistico immigrazione”

Soggetti attuatori:

Servizio statistica

Risorse:

previsione di spesa € 0,00

Modalità di attuazione:

C - risorse interne

Fonte di finanziamento:

/

Descrizione azione: attività realizzata in collaborazione con il Servizio statistica e finalizzata ad effettuare l'analisi e il monitoraggio del fenomeno migratorio sul territorio regionale, in coordinamento con le altre attività di osservatorio promosse dalla Regione.

L'attività consiste nella realizzazione di un report annuale finalizzato ad offrire il quadro aggiornato della presenza in regione di cittadini stranieri e ad effettuare approfondimenti tematici su esigenze specifiche; un quadro complessivo e disaggregato, fornito in base ai dati sulle presenze ISTAT, che realizza, sugli indicatori maggiormente significativi (scuola, lavoro, sanità, giustizia, protezione internazionale) serie storiche che consentano di fotografare l'evoluzione del fenomeno attuale e futuro.

Azione 6.2: “Fondi comunitari”

Soggetti attuatori:

da individuare

Risorse:

previsione di spesa: € 0,00

Modalità di attuazione:

C - risorse interne

Fonte di finanziamento:

/

Descrizione azione: attività finalizzata a sostenere la partecipazione regionale a programmi e progetti comunitari diretti a favorire l'integrazione degli immigrati, attivando forme di partenariato con altri soggetti del territorio pubblici e privati, in un'ottica di implementazione delle risorse disponibili e delle azioni stesse, nonché di perfezionamento dei risultati in termini di efficacia.

LOMBARDIA

DD 16.3.16 - n. 1888 - Approvazione degli esiti della manifestazione di interesse relativi alle istanze pervenute in risposta al comunicato regionale n. 37 del 18 febbraio 2016 «Fondo asilo, migrazioni e integrazioni 2014 - 2020 - Avviso pubblico per la manifestazione di interesse a partecipare alla partnership di progetto in riferimento all'avviso adottato dall'autorità responsabile fondo asilo, migrazione e integrazione 2014 - 2020 Ministero dell'interno - Dipartimento delle libertà civili e immigrazione, con decreto prot. n. 19738 del 24 dicembre 2015 - Avviso territoriale per la prevenzione ed il contrasto alle discriminazioni. BUR n. 11 del 18.3.16)

Note

PREMESSA

La Regione Lombardia in attuazione delle proprie linee programmatiche in tema di politiche per l'integrazione sociale, intende partecipare all'avviso per la presentazione di un progetto denominato «PRE.Ce.DO» - piano regionale di prevenzione e contrasto alle discriminazioni, attraverso la collaborazione della rete regionale istituitasi nel luglio 2014:

in forma di partnership pubblica e precisamente con il coinvolgimento di: ambito di Azzate, Comune di Cremona, Comune di Mantova, Comune di Milano, Comune di Pavia a seguito di richiesta specifica da parte degli stessi;

in forma di partnership privata a seguito di selezione di specifica manifestazione di interesse; attraverso una dichiarazione di adesione.

La proposta progettuale si articola come segue:

1. Implementazione di un piano di azione su 5 aree territoriali;
2. Realizzazione di Indagine analitica e «Formazione in azione»;
3. Promozione di attività di sensibilizzazione sul territorio ;
4. Realizzazione di attività di formazione mirata a operatori della P.A.;

L'avviso nazionale prevede all'art.4 comma 4.3 che gli organismi di diritto privato senza fini di lucro, associazioni e onlus «possono essere inseriti dal capofila in qualità di partner previo espletamento di una procedura di selezione che rispetti i principi di trasparenza, pubblicità, concorrenza e parità di trattamento».

LA DISPOSIZIONE

Sono approvati, così come da allegati A, B, C, D ed E, gli esiti della manifestazione di interesse relativi alle istanze pervenute in risposta al Comunicato regionale n.37 del 18 febbraio 2016 «Fondo asilo, migrazioni e integrazioni 2014 - 2020 - Avviso pubblico per la manifestazione di interesse a partecipare alla partnership di progetto in riferimento all'avviso adottato dall'autorità responsabile fondo asilo, migrazione e integrazione 2014 - 2020 Ministero dell'interno - dipartimento delle libertà civili e immigrazione, con decreto prot.n.19738 del 24 dicembre 2015 - Avviso territoriale per la prevenzione ed il contrasto alle discriminazioni», tenuto conto delle procedure adottate in sede di istruttoria, che hanno comportato l'ammissione alla coprogettazione degli enti che risultano nelle prime posizioni della graduatoria, così come specificato nell'art.7 della manifestazione di interesse e fino all'esaurimento della quota di budget definita, nonché della rinuncia presentata da Cooperativa Progetto Integrazione.

VENETO

L..R 15.3.16. n.10 - Abrogazione della legge regionale 22 dicembre 1989, n. 54 "Interventi a tutela della cultura dei Rom e dei Sinti". (BUR n. 25 del 18.3.16)

Art.

1

Abrogazione della legge regionale 22 dicembre 1989, n. 54 “Interventi a tutela della cultura dei Rom e dei Sinti”.

1. La legge regionale 22 dicembre 1989, n. 54, recante norme per interventi a tutela della cultura dei Rom e dei Sinti, è abrogata.

Art. 2

Norma finanziaria.

1. La presente legge non comporta alcuna spesa o alcun onere aggiuntivo a carico della Regione del Veneto.

MINORI

LAZIO

DGR 15.3.16, n. 105 - Proposta di Regolamento regionale concernente " Regolamento di attuazione della legge regionale 23 ottobre 2009, n. 25 "Disposizioni per la tutela e la regolamentazione dei campeggi e soggiorni socio-educativi e didattici nel territorio della Regione Lazio." (BUR n, 24 del 24.3.16)

Note

Viene adottata l'allegata proposta di regolamento regionale concernente "Regolamento di attuazione della legge regionale 23 ottobre 2009, n. 25 "Disposizioni per la tutela e la regolamentazione dei campeggi e soggiorni socio-educativi e didattici nel territorio della Regione Lazio", costituita da n. 8 articoli e da 2 allegati e da una relazione, che si uniscono alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale.

PROPOSTA DI REGOLAMENTO REGIONALE CONCERNENTE:

REGOLAMENTO DI ATTUAZIONE DELLA LEGGE REGIONALE 23 OTTOBRE 2009, n. 25 "DISPOSIZIONI PER LA TUTELA E LA REGOLAMENTAZIONE DEI CAMPEGGI E SOGGIORNI SOCIO-EDUCATIVI E DIDATTICI NEL TERRITORIO DELLA REGIONE LAZIO"

SOMMARIO

Art. 1 (Oggetto e finalità)

Art. 2 (Registro regionale delle associazioni ed organizzazioni che svolgono attività culturali ed educative mediante attività di soggiorno e campeggio)

Art. 3 (Elenco regionale delle aree e degli edifici con vincolo di destinazione)

Art. 4 (Modalità di comunicazione per l'autorizzazione allo svolgimento di soggiorni o campeggi)

Art. 5 (Soggiorni e campeggi nelle aree naturali protette)

Art. 6 (Concessione dei contributi regionali per la realizzazione di progetti di utilità sociale e ambientale per la valorizzazione del territorio)

Art. 7 (Controlli e sanzioni)

Art. 8 (Entrata in vigore)

Allegato A

Allegato B

Art. 1

(Oggetto e finalità)

1. Il presente regolamento, in attuazione delle disposizioni della legge regionale 23 ottobre 2009, n. 25 "Disposizioni per la tutela e la regolamentazione dei campeggi e soggiorni socio-educativi e didattici nel territorio della Regione Lazio", disciplina, in particolare:

a) l'istituzione nonché i criteri e le modalità per l'iscrizione al registro regionale delle associazioni ed organizzazioni che svolgono attività culturali ed educative mediante attività di soggiorno e campeggio, ai sensi del punto 4), lettera a), comma 1 dell'articolo 10 della l.r. 25/2009;

b) le modalità per l'esercizio del controllo relativo al vincolo di destinazione delle aree e degli edifici destinatari dei contributi regionali nonché le modalità per il recupero del contributo e l'irrogazione della relativa sanzione, ai sensi del comma 2 dell'articolo 13 della l.r. 25/2009;

Art. 2

(Registro regionale delle associazioni ed organizzazioni che svolgono attività culturali ed educative mediante attività di soggiorno e campeggio)

1. Presso la Direzione Regionale competente in materia di formazione ed educazione ambientale, di seguito denominata Direzione, è istituito, ai sensi della lettera a), del comma 1 dell'articolo 1, il registro regionale delle associazioni ed organizzazioni che svolgono attività culturali ed educative mediante attività di soggiorno e campeggio. La Direzione provvede alla tenuta e all'aggiornamento del registro.

2. L'iscrizione al registro è condizione necessaria per la presentazione della domanda di concessione dei contributi regionali finalizzati alla realizzazione di opere sostenibili di utilità sociale e ambientale di cui all'articolo 3.

3. La domanda di iscrizione al registro, debitamente sottoscritta dal legale rappresentante dell'associazione o organizzazione, è redatta in carta semplice ed è inviata, a mezzo raccomandata, alla Direzione regionale di cui al comma 1. Nella domanda sono indicati:

- a) la denominazione;
- b) il nominativo del legale rappresentante;
- c) il nominativo dei soggetti che ricoprono cariche istituzionali;
- d) il numero degli iscritti;
- e) la sede legale;
- f) la data di costituzione;
- g) l'eventuale possesso della personalità giuridica corredata dal relativo provvedimento di riconoscimento;
- h) le attività e le iniziative culturali ed educative realizzate.

4. La domanda contiene, altresì, l'autorizzazione al trattamento dei dati, ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e ad essa sono allegati l'atto costitutivo e lo statuto dell'associazione o dell'organizzazione.

Art. 3

(Elenco regionale delle aree e degli edifici con vincolo di destinazione)

1. Presso la Direzione di cui all'articolo 2, è istituito l'elenco regionale delle aree e degli edifici di cui all'articolo 13 della l.r. 25/2009, sui quali sono state realizzate le opere di utilità sociale e ambientale per la valorizzazione del territorio, attraverso il contributo regionale. La Direzione provvede alla tenuta e all'aggiornamento dell'elenco.

2. Entro 30 giorni dal completamento dell'intervento finanziato i soggetti attuatori beneficiari del contributo sono tenuti a trasmettere, alla Direzione di cui all'articolo 2, una scheda descrittiva delle caratteristiche dell'area e/o dell'edificio destinato allo svolgimento di soggiorni e campeggi.

3. Le aree e gli edifici inseriti nell'elenco di cui al comma 1, sono soggetti a vincolo di destinazione d'uso per lo svolgimento delle attività previste dalla l.r. 25/2009.

4. L'elenco di cui al comma 1, a disposizione delle associazioni e delle organizzazioni giovanili senza scopo di lucro che intendono realizzare campeggi e soggiorni sul territorio, è pubblicato sul sito web istituzionale della Regione.

Art. 4

(Modalità di comunicazione per l'autorizzazione allo svolgimento di soggiorni o campeggi)

1. Per lo svolgimento dei soggiorni o dei campeggi a scopo socio educativo e didattico, le associazioni o le organizzazioni presentano, al sindaco del comune competente per territorio, apposita comunicazione scritta, sulla base dei modelli allegati al presente regolamento ed in particolare:

- a) per lo svolgimento dei soggiorni in accantonamento e in area attrezzata, ai sensi rispettivamente degli articoli 3 e 4 della l.r. 25/2009, ed aventi una durata pari o superiore a quattro giorni, alla relativa comunicazione si provvede mediante l'utilizzo dell'Allegato A. In caso di durata inferiore a quattro giorni, alla comunicazione si provvede ai sensi del comma 3, dell'articolo 5 della l.r. 25/2009;
- b) per lo svolgimento dei campeggi autorganizzati, ai sensi dell'articolo 6 della l.r. 25/2009, ed aventi una durata pari o superiore a quattro giorni, alla relativa comunicazione si provvede mediante l'utilizzo dell'Allegato B. In caso di durata inferiore a quattro giorni, alla comunicazione si provvede ai sensi del comma 3, dell'articolo 7 della l.r. 25/2009.
- c) per lo svolgimento dei campeggi mobili itineranti si applicano le disposizioni di cui all'articolo 8 della l.r. 25/2009.

Art. 5

(Soggiorni e campeggi nelle aree naturali protette)

1. All'interno delle aree naturali protette regionali e dei monumenti naturali, le attività di campeggio e soggiorno a scopo socio educativo e didattico sono svolte nel rispetto di quanto previsto dalla l.r. 6 ottobre 1997, n. 29 (Norme in materia di aree naturali protette regionali) e sono realizzate nelle aree appositamente individuate dall'ente gestore, in conformità ai rispettivi piani e regolamenti previsti dagli articoli 26 e 27 della l.r. 29/1997.

2. In assenza dei piani o regolamenti di cui al comma 1, gli enti gestori, nelle more della relativa approvazione e tenuto conto di quanto previsto dall'articolo 8 comma 3, lett. f) della l.r. 29/1997, possono individuare con propri provvedimenti ed attrezzare a tale scopo le aree in cui è possibile svolgere attività di campeggio e soggiorno a scopo socio educativo e didattico, stabilendo le condizioni per lo svolgimento delle stesse.

3. Le attività di campeggio e soggiorno a scopo socio educativo e didattico nelle aree naturali protette e nei monumenti naturali sono soggette a nulla osta da parte dell'ente gestore ai sensi dell'art. 28 della l.r. 29/1997. A tal fine, il sindaco del comune competente per territorio, entro 5 giorni dal ricevimento della comunicazione di cui all'articolo 4, comma 1, lettere a) e b) ne trasmette copia all'ente gestore.

Art. 6

(Concessione dei contributi regionali per la realizzazione di progetti di utilità sociale e ambientale per la valorizzazione del territorio)

1. Allo svolgimento delle procedure per la concessione dei contributi per la realizzazione delle opere sostenibili di utilità sociale e ambientale provvede la Direzione, di cui all'articolo 2, nel rispetto delle modalità previste dall'articolo 10 della l.r. 25/2009.

2. La concessione dei contributi, erogati sulla base dei criteri generali stabiliti dalla deliberazione della Giunta regionale prevista all'articolo 10, comma 1 della l.r. 25/2009, avviene sulla base di una graduatoria delle domande pervenute che tenga conto, in particolare:

- a) della quota di cofinanziamento dell'intervento da parte del soggetto richiedente;
- b) del numero degli utenti che l'opera è capace di accogliere;
- c) dell'utilizzo di materiali eco-sostenibili nella realizzazione del progetto.

Art. 7

(Controlli e sanzioni)

1. La Direzione di cui all'articolo 2, mediante controlli a campione, provvede, ogni sei mesi, al monitoraggio degli interventi finanziati attraverso sopralluoghi e acquisizione di documentazione pari ad almeno il 5% delle aree e degli edifici inseriti nell'elenco regionale di cui all'articolo 3, al fine di verificare il rispetto del vincolo di destinazione secondo quanto stabilito dall'articolo 13 della l.r. 25/2009.

2. Qualora, a seguito dei controlli eseguiti, sia accertato il mancato rispetto del vincolo, la Direzione di cui al comma 1 procede alla revoca del contributo concesso e alla richiesta di restituzione dell'importo maggiorato degli interessi legali.

3. Contestualmente alla revoca del contributo, si provvede all'irrogazione, a carico del soggetto beneficiario, della sanzione amministrativa, consistente nell'applicazione di una sanzione pecuniaria in misura variabile da 1.000,00 euro a 5.000,00 euro.

Art. 8

(Entrata in vigore)

1. Il presente regolamento entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Allegato A

MODELLO "A"

Al Sindaco del Comune di _____

Provincia di _____

Comunicazione per l'autorizzazione allo svolgimento dei soggiorni in accantonamento e in area attrezzata, ex artt. 3 e 4 della legge regionale 23 ottobre 2009, n. 25

Il/La sottoscritt _____, nat_ a _____,

Il richiedente autorizza il Comune a utilizzare i dati contenuti nel presente modello per le finalità previste dalla legge e nel rispetto dei limiti posti dal decreto legislativo del 30 giugno 2003, n.196 e successive modifiche e integrazioni.

Luogo e Data _____

Firma _____

Allegato B

MODELLO "B"

Al Sindaco del Comune di _____

Provincia di _____

Comunicazione per l'autorizzazione allo svolgimento dei soggiorni in campeggio autorganizzato, ex art. 6 della legge regionale 23 Ottobre 2009, n. 25

Il/La sottoscritt _____, nat_ a _____, provincia di _____, il _____, residente a _____ provincia di _____, in Via/Piazza _____ n. _____ telefono n. _____, email _____, in qualità di legale rappresentante/responsabile dell'Associazione/organizzazione denominata _____, avente sede legale a _____, provincia di _____, in Via/Piazza _____ n. _____

chiede a codesto spettabile Comune, ai sensi dell'art. 7 della medesima legge regionale, l'autorizzazione allo svolgimento del campeggio autorganizzato in Zona

_____ (specificare se la struttura/area ricade in un'Area Naturale Protetta o in un Monumento Naturale regionali), dal giorno _____ al giorno _____.

A tal fine dichiara:

1) che per tutta la durata del campeggio autorganizzato, saranno presenti i seguenti responsabili o persone maggiorenni espressamente delegate alla conduzione del campeggio medesimo, per i quali si indicano le generalità:

2) che la tipologia del campeggio è _____;

3) che il numero di persone presenti previste durante la durata del campeggio autorganizzato è pari a _____ unità;

4) che la zona prescelta non è interdetta all'accesso da idonea segnaletica;

5) che ai fini del rilascio del nulla osta da parte dell'Ente di gestione dell'Area Naturale Protetta/Monumento naturale, il campeggio si svolgerà secondo le seguenti modalità:

Si allegano, inoltre:

- la dichiarazione di assenso del proprietario del terreno (*in caso di aree in uso esclusivo e di proprietà privata*);
- copia della comunicazione presentata alle forze dell'ordine e alle autorità sanitarie locali, competenti per territorio;
- la delega, da parte dei responsabili dell'associazione o dell'organizzazione, a persone maggiorenni presenti per tutta la durata del campeggio autorganizzato;
- fotocopia del documento di identità in corso di validità del dichiarante.

La scrivente associazione/organizzazione si impegna al rispetto delle direttive previste dal Corpo Forestale dello Stato in materia di accensione di fuochi. Si impegna, inoltre, a rispondere di ogni eventuale danneggiamento arrecato al patrimonio ambientale nell'area interessata durante lo svolgimento del campeggio.

Luogo e Data _____

Firma _____

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il richiedente autorizza il Comune a utilizzare i dati contenuti nel presente modello per le finalità previste dalla legge e nel rispetto dei limiti posti dal decreto legislativo 30 giugno 2003, n.196 e successive modifiche e integrazioni.

Luogo e Data _____

Firma _____

Determinazione 4 marzo 2016, n. G01912 - Approvazione dello "Schema di Accordo", tra la Regione Lazio – Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali e l' IPAB "Istituti Riuniti di Assistenza Sociale – Roma Capitale" per la concessione in comodato d'uso di locali idonei alla realizzazione del Centro per la mediazione penale e del Servizio pubblico per le adozioni internazionali in convenzione con l'ARAI Regione Piemonte. (BUR n.21 del 15.3.16)

Note

Viene approvato l'allegato "Schema di Accordo", con cui si definiscono i criteri e le modalità con le quali l'IRAS metterà a disposizione in uso gratuito i locali utili per la realizzazione del Centro per la mediazione penale minorile e per il Servizio pubblico per le adozioni internazionali in convenzione con l'ARAI Regione Piemonte.

ALLEGATO 1

SCHEMA DI ACCORDO

LA REGIONE LAZIO

E

L' IPAB ISTITUTI RIUNITI DI ASSISTENZA SOCIALE "ROMA CAPITALE"

CONVENGONO QUANTO SEGUE

Art. 1.

"Oggetto"

L'IPAB Istituti Riuniti di Assistenza Sociale "Roma Capitale" (d'ora in avanti IPAB I.R.A.S) si impegna a mettere a disposizione a favore della Regione Lazio locali idonei alla realizzazione di un Centro per la mediazione penale minorile e di un Servizio pubblico per le adozioni internazionali presso i locali di Via G.A. Guattani 17 in Roma.

Art. 2.

"Finalità dei servizi e tipologia dell'utenza"

Nei locali dell'IPAB I.R.A.S. saranno attivati i seguenti Servizi Regionali:

1) Servizio Regionale per le Adozioni Internazionali.

La Regione Lazio ha avviato, dal luglio 2012 in convenzione con l'ARAI (Agenzia Regionale Adozioni Internazionali) della Regione Piemonte, uno sportello di servizio pubblico per le adozioni internazionali. In particolare il Servizio pubblico per le adozioni internazionali si rivolge a coppie e famiglie in attesa di adozione di minori provenienti da altri paesi ed esplica un servizio di

informazione sul percorso adottivo, sui problemi sanitari, sull'inserimento scolastico, sull'attesa dei nonni ed un servizio di assistenza e di rappresentanza come Ente Autorizzato per l'adozione e l'assistenza post adozione alle famiglie adottive.

2) Centro per La Mediazione Penale Minorile.

Il Servizio, attivato in collaborazione con il Centro di Giustizia minorile ed il Tribunale per i minorenni di Roma, si rivolge a minori e giovani adulti residenti o domiciliati nel territorio di competenza del Tribunale per i Minorenni di Roma. Il servizio si prefigge di:

- porre al centro la vittima di reato, soprattutto se minorenni;
- rafforzare i diritti, il sostegno e la tutela delle vittime;
- favorire l'assunzione di responsabilità da parte del minorenni attraverso la riparazione delle conseguenze del reato e, ove possibile, la riconciliazione con la vittima;
- favorire interventi tesi a ristabilire la sicurezza ed il legame sociale, riducendo il livello di conflittualità e violenza presenti nei contesti locali.

Art. 3.

“Modalità di accesso ai locali dell'IPAB IRAS”

1) Servizio Regionale per le Adozioni Internazionali.

Per il servizio di sportello e di accompagnamento, l'IPAB IRAS si impegna a mettere a disposizione uno o più locali, se disponibili per:

- incontri con le coppie impegnate nel percorso adottivo,
- assistenza alle famiglie per le attività di consulenza,
- follow up nel post adozione.

I locali messi a disposizione, che verranno utilizzati, salvo eventi specifici, nei giorni feriali nella fascia oraria giornaliera 9.30-16.30, sono consoni allo svolgimento di tutte le attività connesse al sopra citato servizio, ivi compresa l'accoglienza di minori. Inoltre l'IPAB IRAS metterà parimenti a disposizione la Sala riunioni dell'Amministrazione, per la realizzazione delle attività collegiali connesse al suddetto servizio (incontri informativi per le coppie e altre attività di formazione aperte alla cittadinanza), previa calendarizzazione, dando disponibilità occasionale alla loro realizzazione anche il sabato mattina.

2) Centro per la mediazione penale minorile

Nei giorni in cui non sono previsti incontri inerenti il Servizio Regionale per le adozioni Internazionali, gli stessi spazi potranno essere utilizzati per le attività del Servizio di mediazione penale minorile.

Gli orari di accesso vengono concordati con il personale dell'IPAB IRAS. Si prevede l'accesso alla struttura anche nelle giornate di sabato.

Art. 4.

“Ripartizione degli oneri”

Sono a carico della Regione Lazio e degli altri soggetti responsabili dei servizi, secondo le relative convenzioni, la dotazione degli arredi necessari, dei supporti informatici e le spese di mantenimento delle utenze del **Servizio pubblico delle Adozioni internazionali** e del **Centro per la mediazione penale minorile**.

E' a carico dell'IPAB IRAS la messa a disposizione gratuita dei locali individuati all'interno della propria sede di via G.A. Guattani 17 in base a quanto indicato all'art. 3.

Art. 5.

“Durata e Facoltà di Recesso”

Il presente accordo ha durata di **anni tre** eventualmente rinnovabili a decorrere dalla data della firma, fatta salva la facoltà, per ciascuna delle parti, di recedere in qualsiasi momento dandone comunicazione scritta.

Art. 6

“Riservatezza”

Le parti si impegnano espressamente a mantenere l'obbligo di riservatezza per tutte le informazioni di carattere tecnico o personale, verbali o scritte, reciprocamente trasmesse in base alla attivazione

dei progetti di collaborazione previsti dal presente Accordo e ad usarle solo per gli scopi da questo stabiliti.

Roma li _____

Per la **Regione Lazio**

Per l'**IPAB Istituti Riuniti di Assistenza Sociale**

“Roma Capitale” _____

Determinazione 10 marzo 2016, n. G02144 - Modifica alla determinazione dirigenziale del 04 marzo 2016 n. G01912 "Approvazione dello "Schema di Accordo", tra la Regione Lazio – Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali e l' IPAB "Istituti Riuniti di Assistenza Sociale – Roma Capitale" per la concessione in comodato d'uso di locali idonei alla realizzazione del Centro per la mediazione penale e del Servizio pubblico per le adozioni internazionali in convenzione con l'ARAI Regione Piemonte." (BUR n. 22 del 17.3.16)

Note

PREMESSA

Con la legge regionale del 7 dicembre 2001, n. 32: “Interventi a sostegno della famiglia” e in particolare l’art. 2 è previsto che la Regione, nell’esercizio della propria attività di indirizzo, coordinamento e programmazione, persegue, tra i propri obiettivi, la realizzazione di una diffusa informazione sulle modalità relative all’affido ed all’adozione nazionale ed internazionale.

Con la determinazione dirigenziale del 04 marzo 2016 n. G01912 “Approvazione dello “Schema di Accordo”, tra la Regione Lazio – Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali e l' IPAB “Istituti Riuniti di Assistenza Sociale – Roma Capitale” è stata disposta la concessione in comodato d’uso di locali idonei alla realizzazione del Centro per la mediazione penale e del Servizio pubblico per le adozioni internazionali in convenzione con l’ARAI Regione Piemonte.”

Nel dispositivo è stato inserito per errore il paragrafo “VALUTATO che il “Villino Crespi”, sito in Via G. A. Guattani, n. 17 in Roma, dove insiste l’IRAS, oltre a disporre di locali attualmente inutilizzati, presenta caratteristiche perfettamente rispondenti alle esigenze sia del Centro per la mediazione penale minorile che per il Servizio pubblico delle adozioni, essendo fra l’altro struttura di particolare pregio e prestigio” che non specifica le reali motivazioni per cui l’IPAB Istituti Riuniti di Assistenza Sociale “Roma Capitale” concede in uso gratuito i locali alla Regione Lazio per i servizi *“del Centro per la mediazione penale e del Servizio pubblico per le adozioni internazionali in convenzione con l’ARAI Regione Piemonte”*.

Al punto 2 dell’art. 3 dello Schema di Accordo, allegato alla determinazione dirigenziale del 04 marzo 2016 n. G01912, per un refuso è stata indicata la giornata del sabato come giornata prevista per l’accesso al centro di mediazione penale, che invece non è necessaria per l’attività istituzionale del centro stesso e pertanto non deve essere inserita nel succitato schema di accordo.

L’IPAB Istituti Riuniti di Assistenza Sociale “Roma Capitale” ha dimostrato di credere fortemente nell’interlocuzione istituzionale e nelle sinergie di servizi e strutture, in piena applicazione dei principi della legge 328/2000 collaborando attivamente sia con la Regione Lazio che con gli altri servizi territoriali.

LA DISPOSIZIONE

Viene eliminata al punto 2 dell’art. 3 dello Schema di Accordo, allegato alla determinazione dirigenziale del 04 marzo 2016 n. G01912, la frase “Si prevede l’accesso alla struttura anche nelle giornate di sabato”.

TOSCANA

DGR 8.3.16, n. 168 - Partecipazione dell’Istituto degli Innocenti di Firenze all’attuazione degli interventi regionali di promozione e sostegno rivolti all’infanzia e l’adolescenza; convenzione per l’anno 2016 in riferimento a quanto previsto dall’art. 2 della L.R. n. 31 del 20/03/2000.

Note

PREMESSA

La Legge Regionale 20 marzo 2000, n. 31 “Partecipazione dell’Istituto degli Innocenti di Firenze all’attuazione delle politiche regionali di promozione e di sostegno rivolte all’infanzia e all’adolescenza”, nel quadro delle politiche di promozione e di sostegno dei servizi per l’infanzia e per l’adolescenza, determina i rapporti di collaborazione tra la Regione Toscana e l’Istituto degli Innocenti di Firenze e disciplina gli ambiti e le modalità della partecipazione dell’Istituto alla programmazione e alla realizzazione delle attività finalizzate all’attuazione di tali politiche.

In relazione a quanto stabilito dal sopracitato Piano di indirizzo generale integrato (PIGI) 2012 – 2015 in particolare sono previste le azioni da realizzare per il conseguimento dell’obiettivo globale 1 “Promuovere i percorsi di sviluppo personale, culturale e formativo dei cittadini, attraverso l’offerta di opportunità educative e la crescita qualitativa del sistema scolastico toscano, nel quadro di un approccio integrato per l’apprendimento lungo tutto l’arco della vita”;

LA DISPOSIZIONE

Viene assicurata la continuità alle attività dell’Istituto degli Innocenti di Firenze, in particolare a quanto realizzato dal Centro regionale di documentazione per l’infanzia e l’adolescenza e inerente:

- a. supporto tecnico e scientifico alle competenti strutture della Giunta Regionale in ambito pedagogico, statistico e organizzativo
- b. supporto all’aggiornamento e all’attuazione del quadro normativo, regolamentare e programmatico della Regione Toscana in relazione alle politiche di sviluppo e qualificazione dei servizi educativi per l’infanzia, l’adolescenza e la famiglia, anche attraverso:
 - attivazione di tavoli tecnici su specifiche tematiche
 - programmazione di seminari per il raccordo con il territorio sugli ambiti di intervento regionali
- c. attività di indagine, monitoraggio, analisi e sviluppo dei sistemi informativi attraverso:
 - approfondimenti su temi da definirsi in sede di programmazione annuale e reportistica sui dati raccolti
 - supporto allo sviluppo e all’aggiornamento del Sistema Informativo Regionale Infanzia (S.I.R.IA.) e suo eventuale raccordo con il Sistema Informativo Nazionale sui servizi Socio-Educativi per la prima infanzia (S.I.N.S.E.)
- d. attività di promozione, documentazione e diffusione anche attraverso la manutenzione e aggiornamento del sito web dedicato al Centro regionale, la realizzazione di pubblicazioni all’interno della collana editoriale del Centro regionale, la programmazione di iniziative pubbliche per la disseminazione di conoscenze sulle attività realizzate.

LA CONVENZIONE

Viene individuata nella forma della convenzione lo strumento idoneo a definire il rapporto con l’Istituto degli Innocenti di Firenze, al fine di avvalersi dell’Istituto stesso per il periodo di vigenza del PIGI 2012-2015 e fino all’operatività del nuovo Programma Regionale di Sviluppo per l’attuazione degli interventi regionali di promozione e sostegno rivolti all’infanzia e l’adolescenza, in riferimento a quanto previsto dall’articolo 2 della L.R. n. 31 del 20/03/2000.

NON AUTOSUFFICIENTI

LAZIO

Decreto del Commissario ad Acta 11 marzo 2016, n. U00073 - Revoca del DPCA n. U00105 del 9.4.2013. Approvazione dei requisiti minimi dell’assistenza territoriale residenziale riferiti alla tipologia di trattamento estensivo per persone non autosufficienti, anche anziane. (BUR n. 23 del 22.3.16)

Note

Viene revocato il DPCA n. U00105 del 9.4.2013.

Viene approvato il Documento allegato “1” contenente i requisiti riferiti alla tipologia di trattamento estensivo per le persone non autosufficienti, anche anziane.

I requisiti minimi approvati con il presente provvedimento integrano o sostituiscono quelli relativi alla medesima tipologia assistenziale approvati con precedenti provvedimenti.

Allegato 1

ASSISTENZA TERRITORIALE RESIDENZIALE A PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI ANCHE ANZIANE REQUISITI MINIMI AUTORIZZATIVI PER L'ESERCIZIO DELLE ATTIVITA' SANITARIE E SOCIO-SANITARIE

per

Tipologia

Trattamento estensivo

(definita dal DPCA n. U0039/2012)

INDICE

4.1.1.2 Nuclei di assistenza residenziale estensiva

4.1.1.2.a Requisiti strutturali

4.1.1.2.b Requisiti tecnologici

4.1.1.2.c Requisiti organizzativi

4.1.1.3 Nuclei di assistenza residenziale estensiva per disturbi cognitivi-comportamentali gravi

4.1.1.3.a Requisiti strutturali

4.1.1.3.b Requisiti tecnologici

4.1.1.3.c Requisiti organizzativi

4.1.2.1. Nucleo estensivo semiresidenziale per disturbi cognitivo-comportamentali gravi

4.1.2.1.a Requisiti organizzativi

4.1.1.2 Nuclei di assistenza residenziale estensiva

I destinatari di questa tipologia assistenziale sono identificabili come segue:

- provenienti da strutture per acuti che, pur non richiedendo un intervento assistenziale intensivo, non possono essere dimessi al proprio domicilio;
- provenienti da strutture per postacuzie che hanno terminato il ciclo di riabilitazione intensiva e che non possono ancora rientrare al proprio domicilio;
- provenienti dal proprio domicilio che richiedono un'assistenza temporanea maggiore di quanto possa essere garantito dall'assistenza domiciliare.

4.1.1.2.a Requisiti strutturali

Data la peculiarità dei pazienti ospitati, per i quali si prevede un elevato turn-over, e dei livelli di assistenza da garantire, sono previsti nuclei come da punto 4.1.1; vengono assunti, oltre ai requisiti generali già indicati al punto 4.1.1.a del provvedimento sopraccitato, i seguenti:

- le camere ospitano al massimo 2 posti residenza;

4.1.1.2.b Requisiti tecnologici

Oltre ai requisiti di cui al punto 4.1.1.b devono essere presenti:

- apparecchi per aerosolterapia;
- apparecchi per saturimetria transcutanea;
- broncoaspiratori;
- un pesapersone per disabili;

4.1.1.2.c Requisiti organizzativi

L'attività di assistenza è caratterizzata da:

- cure mediche e infermieristiche volte al compenso della disabilità residuale e della non autosufficienza.

Tali cure devono essere comprensive della preparazione del contesto familiare e della progettazione dei supporti alla non auto-sufficienza, utili al ritorno nel contesto domestico, sia per le persone anziane sia per le persone fragili di ogni età;

- cure della vulnerabilità dei fragili e degli anziani non autosufficienti intese quali proseguimento della presa in cura, oltre il ricovero ospedaliero, dopo fasi di riacutizzazione di malattie croniche con elevato rischio di instabilità; oppure, nel caso di necessità, sono da intendersi anche come mantenimento di terapie multiple o complesse, dopo l'inquadramento diagnostico in ospedali per

acuti, con l'obiettivo di condurre le condizioni cliniche e funzionali a bisogni assistenziali erogabili al domicilio o supportabili da lungodegenza domiciliare o residenziale in regime sociosanitario;

- osservazione prolungata, dopo la stabilizzazione di stati critici e terapie intensive, con prosecuzione di cure e assistenza medico infermieristica adeguata alla cronicizzazione di gravi alterazioni dello stato di coscienza, per il tempo necessario alla definizione diagnostica e adeguata alla organizzazione dell'ulteriore proseguimento dell'assistenza in ambito residenziale intensivo;
- cure temporanee dopo l'insorgenza o l'aggravamento di una condizione di grave nonautosufficienza

comportante un ricovero in acuzie per il prolungamento dell'assistenza in ambito residenziale, al fine di favorire il miglioramento delle condizioni clinico assistenziali e della qualità di vita in attesa della predisposizione dell'assistenza domiciliare o della progettazione di assistenza residenziale a lungo termine.

A garanzia dell'assistenza sono presenti le figure professionali elencate alle lettere c, d, e, f, g, h, del paragrafo 4.1.1.c e secondo le specifiche di dotazione ivi indicate.

Sono garantite:

- a) La presenza del medico nella struttura a copertura delle 24h.
- b) L'assistenza medica dedicata per persona quantificata in 15 minuti/die.
- c) La presenza infermieristica nel nucleo a copertura delle 24h.
- d) L'assistenza globale dedicata (OTA, OSS, Terapista della riabilitazione, Infermiere) > 180 minuti/die persona (valore medio) di cui l'assistenza infermieristica dedicata > 60 minuti/die persona (valore medio).

La natura dei bisogni assistenziali, prevalentemente incentrati su interventi infermieristici legati al controllo e monitoraggio di condizioni cliniche, oltre a necessità di mobilitazione e di cura della persona, connota la tipologia delle figure professionali coinvolte nell'assistenza.

Inoltre l'attività medica dovrà essere obbligatoriamente integrata con l'accesso costante e programmato del fisiatra, geriatra/medico internista.

Dovranno essere anche garantite le consulenze e gli eventuali trattamenti specialistici che si rendessero necessari durante l'ospitalità.

Dovranno infine essere disponibili protocolli di valutazione delle più comuni disfunzioni sfinteriche e urinarie, del compenso emodinamico e controllo dei valori tensivi, delle condizioni respiratorie.

4.1.1.3 Nuclei di assistenza residenziale estensiva per disturbi cognitivo-comportamentali gravi

I destinatari di questa tipologia assistenziale sono identificabili come segue:

- provenienti da strutture per acuti i quali, pur non richiedendo un intervento assistenziale intensivo, non possono essere dimessi al proprio domicilio;
- provenienti da strutture residenziali di mantenimento necessitanti di un'assistenza temporanea maggiore di quanto possa essere garantito in quello specifico ambito;
- provenienti dal proprio domicilio che richiedono un'assistenza temporanea maggiore di quanto possa essere garantito dall'assistenza domiciliare.

4.1.1.3.a Requisiti strutturali

Data la peculiarità dei pazienti ospitati, per i quali si prevede un elevato turn-over, e dei livelli di assistenza da garantire sono previsti nuclei come da punto 4.1.1 e vengono assunti oltre ai requisiti generali già indicati al punto 4.1.1.a i seguenti:

- le camere ospitano al massimo 2 posti residenza;

4.1.1.3.b Requisiti tecnologici

Oltre ai requisiti di cui al punto 4.1.1.b devono essere presenti:

- apparecchi per aerosolterapia;
- apparecchi per saturimetria transcutanea;
- broncoaspiratori;
- un pesapersona per disabili;

4.1.1.3.c Requisiti organizzativi

L'attività di assistenza è caratterizzata da 2:

- cure mediche e infermieristiche volte al compenso della disabilità residuale e della non autosufficienza in persone affette da disturbi cognitivo comportamentali gravi. Tali cure devono essere comprensive della preparazione del contesto familiare e della progettazione dei supporti alla non auto-sufficienza, utili al ritorno nel contesto domestico;
- cure del Delirium, frequentemente incidente nei fragili durante il ricovero ospedaliero in area medica e chirurgica, e cure di disturbi comportamentali e psicotici per completare le terapie di fasi acute di malattie intercorrenti a malattie di Alzheimer o Sindromi correlate, o per offrire ai pazienti affetti da queste malattie un approccio estensivo rieducativo funzionale e riabilitativo, adatto alle limitazioni relazionali e favorito dall'organizzazione ambientale, alberghiera ed assistenziale propria della struttura a valenza residenziale;

A garanzia dell'assistenza sono presenti le figure professionali elencate alle lettere c, d, e, f, g, h, del paragrafo 4.1.1.c e secondo le specifiche di dotazione ivi indicate.

Sono garantite:

- a) La presenza del medico nella struttura a copertura delle 24h.
- b) L'assistenza medica dedicata per persona è quantificata in 15 minuti/die.
- c) La presenza infermieristica nel nucleo a copertura delle 24h.
- d) L'assistenza globale dedicata (OTA, OSS, Terapista della riabilitazione, Infermiere) > 190 minuti/die persona (valore medio) di cui assistenza infermieristica dedicata > 45 minuti/die persona (valore medio).

La natura dei bisogni assistenziali, prevalentemente incentrati su interventi riabilitativi, di terapia cognitiva e tutelari, connota la tipologia delle figure professionali coinvolte nell'assistenza.

Inoltre l'attività medica dovrà essere obbligatoriamente integrata con l'accesso costante e programmato del geriatra, neurologo e psichiatra con specifica competenza nel campo delle demenze.

Dovranno essere anche garantite le consulenze e gli eventuali trattamenti specialistici che si rendessero necessari durante l'ospitalità.

Dovranno infine essere disponibili protocolli di valutazione delle più comuni disfunzioni sfinteriche e urinarie, del compenso emodinamico e controllo dei valori tensivi, delle condizioni respiratorie.

4.1.2.1 Nucleo estensivo semiresidenziale per disturbi cognitivo-comportamentali gravi

4.1.2.1.a Requisiti organizzativi

Oltre ai requisiti previsti al punto 4.1.2.c, è garantita per la tipologia semiresidenziale estensiva per disturbi cognitivo-comportamentali gravi un'assistenza globale dedicata (Infermiere, OSS, animatore, terapista occupazionale) > 80 minuti/die persona (valore medio).

La natura dei bisogni assistenziali, prevalentemente incentrati su interventi riabilitativi e tutelari a ciclo diurno, oltre al controllo e monitoraggio di condizioni cliniche e di cura della persona, connota la tipologia delle figure professionali coinvolte nell'assistenza.

Sono presenti le seguenti figure professionali:

- a) OTA/OSS 1 ogni 3 posti. La presenza di tali figure deve essere adeguata in base alle esigenze individuali evidenziate nel piano individuale di assistenza (PAI). In ogni caso deve essere assicurata la presenza contemporanea di due operatori durante l'effettuazione di prestazioni quali: mobilizzazione, igiene quotidiana, bagno, vestizione, aiuto nell'alimentazione;
- b) Educatore Professionale/Terapista occupazionale nel rapporto minimo di 18 ore settimanali ogni 15-20 posti, con competenze specifiche sulle demenze e in materia di stimolazione cognitiva, al fine di predisporre attività mirate per singolo utente o per piccoli gruppi finalizzate a controllare/contenere i disturbi del comportamento; se trattasi di servizio inserito in una struttura residenziale, tale funzione può essere svolta in modo integrato con gli altri livelli prestazionali offerti;
- c) un infermiere coordinatore con la responsabilità delle attività assistenziali nel rapporto di almeno 18 ore settimanali ogni 20 posti, eventualmente ridotto in modo proporzionale. Se trattasi di servizio

inserito in una struttura residenziale, tale funzione può essere svolta in modo integrato con gli altri livelli prestazionali offerti;

d) un infermiere nel rapporto minimo di 4 ore settimanali per 15-20 posti, per assicurare la partecipazione alla definizione dei piani individuali di assistenza e la valutazione della necessità di interventi infermieristici.

In aggiunta è prevista la presenza programmata dell'infermiere per il tempo necessario a garantire quanto previsto dai piani individuali di assistenza; se trattasi di servizio inserito in una struttura residenziale, tale funzione può essere svolta in modo integrato con gli altri livelli prestazionali offerti;

e) un fisioterapista per assicurare la consulenza agli OSS e la valutazione della necessità di interventi di riattivazione e mantenimento nel caso in cui tale esigenza venga individuata in sede di definizione del PAI.

In aggiunta è prevista la presenza programmata del fisioterapista per il tempo necessario a garantire quanto previsto dai piani individuali di assistenza. Se trattasi di servizio inserito in una struttura residenziale, tale funzione può essere svolta in modo integrato con gli altri livelli prestazionali offerti;

f) medico specialista (geriatra o neurologo) per almeno 4 ore settimanali.

OPERATORI SOCIO-SANITARI

FRIULI V.G.

DGR 11.3.6, n. 381 . LR 76/1982 art 15 - Indirizzi e standard formativi per il conseguimento della qualifica di operatore socio-sanitario - Approvazione. (BUR n. 12 del 23.3.16)

Note

E' approvato il documento "Indirizzi e Standard formativi per il conseguimento della qualifica di operatore socio sanitario"- Allegato n° 1- quale parte integrante del presente atto.

Febbraio 2016

INDIRIZZI E STANDARD FORMATIVI PER LA REALIZZAZIONE DEI CORSI PER IL CONSEGUIMENTO DELLA QUALIFICA DI OPERATORE SOCIO- SANITARIO

Art. 1

Finalità

1. Il corso di formazione per il conseguimento della qualifica di operatore socio sanitario è volto a formare un operatore che, a seguito di una specifica preparazione di carattere teorico e tecnico-pratico, è in grado di svolgere le attività indirizzate a:

a) soddisfare i bisogni primari della persona, nell'ambito delle proprie aree di competenza, in un contesto sia sociale che sanitario;

b) favorire il benessere e l'autonomia dell'utente,

così come previsto dall'articolo 1 dell'Accordo Stato Regioni del 22 febbraio 2001, di seguito Accordo.

2. La qualifica conseguita consente alle persone formate di lavorare in équipe, in collaborazione con gli operatori preposti all'assistenza sanitaria e all'assistenza sociale e di svolgere le attività di competenza nei servizi di tipo socio-assistenziale e socio-sanitario, residenziali e semiresidenziali, in ambiente ospedaliero o a domicilio della persona assistita.

Art. 2

Requisiti e modalità d'accesso

1. Per l'accesso ai corsi di formazione per Operatore Socio-Sanitario sono richiesti i seguenti requisiti:

a) possesso del diploma di scuola dell'obbligo (terza media) o assolvimento del diritto-dovere all'istruzione alla formazione;

b) compimento del diciassettesimo anno di età alla data d'iscrizione al corso.

2. L'ammissione al corso è subordinata al superamento di una prova scritta, consistente in un test di cultura generale a risposta multipla, seguita da un colloquio psico-attitudinale, al quale accedono esclusivamente coloro che hanno superato la prima prova. La prova verrà valutata da apposita Commissione nominata dall'Ente gestore dei corsi.

3. Gli allievi/e di nazionalità straniera devono dimostrare la conoscenza della lingua italiana almeno di livello B1.

4. Gli allievi/e devono essere sottoposti agli accertamenti sanitari e alle vaccinazioni previste dalle vigenti disposizioni di legge per l'espletamento di attività sociosanitaria.

5. L'accertamento è predisposto dall'Ente gestore dei corsi. L'ammissione al corso avviene solo a seguito di accertamento medico di idoneità psicofisica, senza limitazioni, per lo svolgimento delle funzioni specifiche previste dal profilo professionale.

6. Ulteriori requisiti potranno essere indicati negli appositi bandi/avvisi.

Art. 3

Composizione delle classi e frequenza al corso

1. Di norma, il numero massimo degli allievi/e da ammettere ad ogni singolo corso non deve essere superiore a 25 ed inferiore a 18 e, in ogni caso, deve rispettare quanto previsto dal Regolamento regionale per l'accreditamento.

2. La frequenza al corso è obbligatoria. Sono ammessi all'esame finale gli allievi/e che non abbiano superato il limite massimo di assenze, stabilito nella misura del 10% delle ore complessive del corso, così come stabilito dall'art. 12 comma 1 dell'Accordo.

Art. 4

Durata e articolazione dei corsi

1. Il corso di formazione iniziale ha una durata di 1.000 ore, ed è articolato in moduli didattici di base e professionalizzante, così come descritti nell'Allegato 1. Detti moduli conducono in modo omogeneo gli obiettivi didattici finalizzati all'apprendimento di un nucleo di competenze.

2. Il modulo di base, di 200 ore è finalizzato all'acquisizione di competenze di base, intese come requisiti per l'occupabilità e per lo sviluppo di professionalità all'interno dei settori sanitario e sociale. Esse si configurano come un insieme di capacità e conoscenze trasversali, definite a partire dai saperi fondamentali.

3. Il modulo professionalizzante di 250 ore, cui si aggiungono 100 ore di esercitazioni pratiche d'aula e 450 ore di tirocinio, è finalizzato in particolare all'acquisizione di:

a) competenze tecnico - professionali specifiche;

b) competenze trasversali/relazionali considerate essenziali per il raggiungimento di un comportamento professionale adeguato ed in grado di trasformare il sapere e le abilità tecniche in una prestazione lavorativa efficace.

Art. 5

Moduli e unità formative

1. Le materie, così come elencate nell'Accordo (allegato C), sono ripartite in aree e sono inserite nel modulo base e nel modulo professionalizzante come di seguito riportato nell'Allegato 1.

2. Per ogni modulo e rispettiva unità formativa, sono specificati :

a) gli obiettivi di apprendimento;

b) i principali contenuti di insegnamento;

c) le competenze da acquisire;

d) le attività e le competenze già elencate negli allegati A e B dell'Accordo Stato Regioni del 22 febbraio

2001 e ricondotte agli obiettivi e ai contenuti di ciascuna unità formativa;

e) le ulteriori azioni e compiti attesi per ogni contesto operativo di intervento (sede di tirocinio);

f) le caratteristiche della docenza.

Art. 6

Tirocinio /Stage

1. Il tirocinio/stage è la modalità privilegiata di apprendimento del ruolo professionale attraverso la sperimentazione pratica e l'integrazione dei contenuti teorici appresi con la prassi operativa professionale e organizzativa.
2. Ogni allievo/a deve obbligatoriamente svolgere 4 diverse esperienze di tirocinio nei contesti operativi di seguito elencati:
 - Strutture e servizi sanitari (Presidi ospedalieri) 120 ore
 - Strutture e servizi socio-sanitari (servizi residenziali) 120 ore
 - Strutture e servizi socio educativi e socio - assistenziali (servizi semi residenziali) 90 ore
 - Servizi di assistenza domiciliare 120 ore
3. Il monte ore indicato per il tirocinio/stage è da intendersi come impegno complessivo necessario all'allievo/a per raggiungere gli obiettivi di competenze previste dal profilo.
4. Lo svolgimento del tirocinio/stage avviene con la supervisione del tutor aziendale della struttura sede dell'esperienza.
5. L'allievo/a può svolgere fino ad un massimo di 40 ore settimanali di tirocinio/stage, compresa l'esperienza di turno notturno in affiancamento al personale dei servizi. Nell'effettuazione del tirocinio durante l'orario notturno è possibile il superamento delle otto ore giornaliere, qualora previsto dal contratto di lavoro di riferimento.
6. E' fatto divieto per il soggetto ospitante di utilizzare l'allievo/a per qualsiasi sostituzione di personale dipendente.
7. Al termine di ciascuna esperienza il tutor aziendale con il tutor del corso, documentano il grado di raggiungimento degli obiettivi formativi tramite apposita scheda di valutazione .
8. Al fine di evidenziare le attività e le competenze oggetto di apprendimento e valutazione, nell'allegato 1bis, incluso al presente documento, sono elencate le attività e competenze previste dal legislatore negli allegati A e B dell'Accordo. Tali attività e competenze sono ricondotte sia ai contesti operativi indicati al comma 2, sia all'operatore professionale sanitario e sociale di riferimento, come previsto dagli artt. 3 e 4 dell'Accordo.
9. Per essere ammesso all'esame finale l'allievo/a deve avere completato positivamente tutte le esperienze di tirocinio/stage.
10. Ai fini dell'attuazione del tirocinio, l'Ente gestore stipula un' apposita convenzione con il soggetto ospitante secondo il modello approvato dagli Uffici regionali competenti.

Art. 7

Valutazioni intermedie ed esame finale

1. Al termine di ogni unità formativa i docenti predispongono una prova di verifica al fine di valutare il grado di apprendimento degli allievi/e. Gli esiti di tali prove saranno utilizzati dal collegio dei docenti ai fini dell'ammissione degli allievi/e all'esame finale.
2. L'ammissione all'esame finale avviene previo accertamento dell'avvenuta regolare frequenza delle attività didattiche e del profitto raggiunto dall'allievo/a. Non può essere ammesso all'esame finale l'allievo/a che non abbia conseguito una valutazione positiva in ogni singolo modulo e in ogni singolo tirocinio/stage.
3. L'esame finale per il conseguimento dell'attestato di qualifica di Operatore socio-sanitario, si articola in una prova teorica ed una prova pratica, da sostenere davanti ad una Commissione nominata e costituita ai sensi dell'art. 16 della L.R. 76/1982.

Art. 8

Equipe didattico-organizzativa dei corsi

L'Ente gestore individua un'equipe didattico-organizzativa multidisciplinare costituita da esperti in possesso di professionalità adeguate, così come specificatamente indicati negli articoli seguenti.

Art. 9

Coordinatore

1. Il coordinatore del corso ha funzioni relative all'amministrazione, organizzazione, supervisione e controllo del corso medesimo e deve possedere esperienza almeno quinquennale nel campo della formazione attinente il settore sanitario, socio sanitario o sociale.

2. Ai fini organizzativi, il coordinatore del corso:

- a) promuove la progettazione, il coordinamento e la valutazione dell'apprendimento teorico e pratico in conformità agli indirizzi regionali, in collaborazione con il Tutor ed i Docenti, nel rispetto dell'autonomia di insegnamento del corpo docente;
- b) coordina e supervisiona l'attività di docenti e tutor.
- c) promuove l'attività di sperimentazione e innovazione formativa al fine di garantire l'adeguamento continuo del corso alle metodologie didattiche più avanzate, all'evoluzione dei servizi e al progresso tecnico-scientifico;
- d) assicura i processi di valutazione dell'apprendimento, in collaborazione con i docenti e i Tutor;
- e) coordina il Collegio didattico dei docenti;
- f) gestisce la procedura per l'ammissione al corso degli allievi/e;
- g) vigila sull'applicazione delle disposizioni riguardanti sia la frequenza degli allievi/e, sia le modalità di svolgimento dell'attività teorico-pratica;
- h) adotta le sanzioni e i provvedimenti disciplinari di competenza;
- i) redige una relazione finale sull'attività svolta e i risultati conseguiti.

Art. 10

Tutor del corso

E' la figura che garantisce i rapporti tra allievi/e, docenti e direzione/coordinamento del corso e supporta gli allievi/e nell'apprendimento. Tale figura deve possedere una esperienza specifica di tutoraggio, almeno quinquennale, ed esperienza specifica almeno biennale nel settore formativo sanitario e sociale.

In particolare, il tutor:

- a) sostiene l'allievo/a in relazione a difficoltà di apprendimento o a situazioni problematiche, intervenendo per quanto di competenza per rimuovere le cause ostative al proficuo raggiungimento degli obiettivi formativi o, in subordine, per indirizzarlo verso altri ambiti;
- b) favorisce l'integrazione tra l'area sanitaria e l'area sociale nelle diverse fasi del percorso formativo;
- c) facilita le relazioni interpersonali tra docenti, docenti e allievi/e, fra allievi/e, al fine di rendere efficaci le diverse esperienze formative, teoriche e pratiche;
- d) propone attività formative complementari o integrative o altre iniziative finalizzate all'integrazione degli insegnamenti teorici con l'operatività assistenziale;
- e) collabora con il coordinatore del corso per identificare, le strutture qualificate come sede di tirocinio/stage, individuando presso le stesse, con i responsabili delle strutture ospitanti, gli operatori qualificati ai quali attribuire il ruolo di tutor guida per l'allievo/a;
- f) organizza la rielaborazione delle esperienze di tirocinio, in collaborazione con le altre figure professionali coinvolte, favorendo l'integrazione tra i modelli teorici appresi e i modelli di intervento acquisiti in campo assistenziale.

Art. 11

Tutor aziendale

1. L'Ente gestore in accordo con i responsabili dei rispettivi ambiti di tirocinio, individua il tutor aziendale che ha il compito di seguire il tirocinante secondo il progetto formativo concordato.

2. Il Tutor aziendale costituisce la figura di riferimento per la formulazione, l'organizzazione e la valutazione del tirocinio formativo.

In particolare il Tutor Aziendale:

- a) individua, attraverso un piano di tirocinio/stage, le attività da far sperimentare all'allievo/a, in coerenza con il progetto formativo;
- b) promuove nella struttura ospitante un ambiente formativo che favorisca l'accoglienza e l'inserimento dell'allievo/stagista/tirocinante;
- c) informa e coinvolge nel progetto di tirocinio/stage dell'allievo/a, gli operatori del servizio;
- d) offre all'allievo/a occasioni per sperimentare una progressiva responsabilizzazione operativa;

- e) addestra l'allievo/a nell'esecuzione di interventi tecnici, aiutandolo, successivamente, alla riflessione e all'analisi dei risultati ottenuti;
- f) promuove nell'allievo/a una capacità di auto-valutazione
- g) predisporre la valutazione individuale degli allievi in collaborazione con il personale che ha affiancato i tirocinanti/stagisti;
- h) partecipa, quando richiesto, agli incontri di programmazione e verifica organizzati dall'Ente Gestore del corso.

Art. 12

Docenti

1. I docenti sono individuati dal coordinatore del corso, scelti tra gli operatori ed esperti dei servizi sociali e sanitari, degli Enti Locali e delle Aziende per l'assistenza sanitaria della regione e del Privato sociale.
2. Essi devono possedere titoli di studio e una riconosciuta esperienza professionale pertinenti all'insegnamento richiesto nonché una precedente esperienza nel campo della formazione socio-sanitaria almeno biennale.
3. La funzione di docenza deve garantire il raggiungimento degli obiettivi di formazione umana, scientifica e tecnica ed essa viene attuata attraverso quelle iniziative che il docente riterrà utili coerentemente con gli obiettivi del corso.
4. Il personale docente è tenuto in particolare a:
 - a) programmare, tenendo presente le fondamentali esigenze di integrazione multidisciplinare dell'insegnamento affidato, in modo coerente con la globalità del progetto formativo;
 - b) partecipare alle riunioni di programmazione didattica, di coordinamento interdisciplinare e di verifica delle attività didattiche previste dal progetto formativo;
 - c) predisporre materiale didattico di supporto allo studio;
 - d) favorire il sostegno e il recupero dell'allievo/a qualora si riscontrino difficoltà di apprendimento;
 - e) concorrere a delineare il profilo dell'allievo/a in merito all'apprendimento teorico-pratico e all'attitudine professionale.

Art.13

Il Collegio docenti

1. Il collegio docenti è presieduto dal coordinatore del corso ed è composto dai docenti e dai tutor.
2. Il collegio docenti partecipa alla conduzione del percorso formativo e in particolare:
 - a) condivide il progetto formativo;
 - b) predisporre la valutazione intermedia e finale per l'ammissione dell'allievo/a all'esame di qualifica;
 - c) propone azioni di miglioramento dell'attività didattica.
3. Il coordinatore del corso, per motivi didattico-formativi ed organizzativi, può integrare la composizione del collegio docenti.

Art.14

Istituzione dei corsi

1. L'attuazione dell'attività formativa, secondo gli standard formativi di cui all'allegato 1 è approvata dalla Direzione centrale competente in materia di formazione professionale di concerto con la Direzione centrale competente in materia di salute e protezione sociale, in coerenza con la programmazione regionale e realizzata secondo le specifiche indicazioni contenute nei relativi avvisi/bandi.
2. I corsi sono gestiti esclusivamente da Enti accreditati dalla Regione Friuli Venezia Giulia.

NB

Per l'allegato si rinvia alla lettura integrale del testo.

DGR 11.3.16, n. 382 - LR 76/1982 art 15 - Standard formativi per il conseguimento della qualifica di operatore socio sanitario - Misure compensative per le persone in possesso del diploma di tecnico

dei servizi sociali o tecnico socio sanitario conseguito presso gli Istituti professionali di stato. (Ips) - Approvazione. (BUR n. 12 del 23.3.16)

Note

Viene approvato il documento “Standard formativi per il conseguimento della qualifica di operatore socio sanitario - Misure compensative per le persone in possesso del diploma di tecnico dei servizi sociali o tecnico socio sanitario conseguito presso gli Istituti professionali di stato. (IPS)”- Allegato n° 1- quale parte integrante del presente atto.

NB

Per l'allegato si rinvia alla lettura integrale del testo.

PARI OPPORTUNITA'

PUGLIA

DGR 8.3.16, n. 261 - Attività Consiglieria di Parità. Approvazione Schema di Convenzione. (BUR n. 32 del 22.3.16)

Note

Viene approvato lo schema di Convenzione tra la Regione Puglia e l'IPRES e la Consiglieria di parità per l'attuazione di un “Rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile delle aziende con oltre di 100 dipendenti per il biennio 2014-15”, come riportato nell'Allegato A al presente provvedimento di cui costituisce parte integrante. /a cui si rinvia).

-

PERSONE CON DISABILITA'

EMILIA-ROMAGNA

DGR 22.2.16, n. 212 - Programma regionale integrato per l'assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA): Obiettivi 2016-2018

Note

Con la Legge 18 agosto 2015, n. 134 sono state emanate “Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie”.

La Linea Guida 21 concerne: Il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti. ISS, ottobre 2011

Con la propria delibera n. 313/09 è stato approvato a Il Piano Attuativo della Salute Mentale 2009-2011, il quale definisce la NPIA come “rete delle reti” con ciò riconoscendo l'importanza che all'interno delle UONPIA aziendali siano individuati team specialistici qualificati su temi di specifico interesse, con il duplice scopo di:

- adeguare i percorsi diagnostici e le modalità di presa in carico operate nelle UONPIA alle evidenze tecnico-scientifiche espresse nelle linee guida internazionali e nazionali, con l'obiettivo di ottenere livelli standardizzati di assistenza in tutto l'ambito regionale, soprattutto in termini di precocità degli interventi e di verifica della progettualità;
- promuovere fra tutti i professionisti delle UONPIA il miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati, nelle molteplici attività richieste alle équipes territoriali, inclusa la relazione con le famiglie, con i centri specialistici e le istituzioni (scuola, servizi sociali, organismi giudiziari);
- porre quale obiettivo comune delle reti, già identificate o in via di predisposizione, quello di favorire il perseguimento di uniformità ed equità di accesso per tutti i minori seguiti dalle UONPIA, anche attraverso il confronto fra le diverse esperienze a livello aziendale, di area vasta e regionale.

Con la propria delibera n. 911/07 “Neuropsichiatria dell'infanzia e della Adolescenza: requisiti specifici di accreditamento e catalogo regionale dei processi clinico-assistenziali” sono dettati indirizzi alle Aziende sanitarie per la standardizzazione dei percorsi clinici ed organizzativi per gli utenti delle Unità Operative di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza (UONPIA) e definisce le priorità per la qualificazione di alcuni percorsi clinico-assistenziali.

Con la delibera n. 318 del 17 marzo 2008 è stato approvato “Programma Regionale Integrato per la assistenza alle persone con Disturbo dello Spettro Autistico - PRI-A”.

Con la delibera n. 1378 del 26 settembre 2011 è stato approvato il “Programma Regionale Integrato per l'assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (Pria): obiettivi 2011-2013”

Il PRIA - Programma Regionale per i Disturbi dello Spettro Autistico (ASD), previsto dalle suddette deliberazioni regionali con un consistente supporto finanziario della Regione per sostenerne l'avvio, l'attuazione e l'implementazione, ha rappresentato l'ulteriore passo verso la costruzione di un “sistema curante” non più solo a livello aziendale né solo interno alla sanità consolidando una serie di interventi di integrazione e collaborazione con i vari settori ed ambiti di vita delle persone con disturbi dello spettro autistico.

L'obiettivo del PRIA era di investire risorse nel sistema pubblico allo scopo di accrescere le competenze psicoeducative e cognitivo-comportamentali degli operatori che si trovano ad interagire con le persone affette da ASD, nelle diverse fasce di età; di mettere a disposizione degli operatori dei servizi per la salute mentale una “cassetta degli attrezzi” dotata degli approcci oggi più accreditati, tale da permettere di personalizzare gli interventi in modo appropriato.

Al termine del triennio di vigenza del PRIA è stata redatta una “Relazione sulla attuazione della DGR 1378/2011 “Programma regionale integrato per l'assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (pria): obiettivi 2011-2013” agli atti del Servizio Assistenza territoriale, Area Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, che “intende consegnare la valutazione delle diverse piste di lavoro che hanno accompagnato il supporto alla attuazione del PRI-A nel secondo triennio di vigenza” e definire quale Obiettivo intermedio quello di valutare se il PRI-A sia stato efficacemente attuato e/o quanto ancora sia da realizzare, secondo i contenuti della DGR 1378/2011 e se rispetto alle previsioni del PRIA l'obiettivo finale è quello di definire ulteriori linee di programmazione per il prossimo triennio 2016-2018.

La suddetta relazione concerne:

a. la messa a regime del Sistema Informativo SINPIA-ER nell'ambito dei lavori per la costruzione dell'Osservatorio Regionale Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri ha permesso l'attuazione e la realizzazione di un puntuale monitoraggio clinico-epidemiologico, sia qualitativo che quantitativo del PRIA. I dati riferiti a questo ultimo triennio evidenziano un aumento progressivo del numero di utenti con diagnosi di autismo in carico alle UONPIA. I dati epidemiologici mostrano come in questo triennio vi sia stato un ulteriore abbassamento dell'età del primo accesso ai servizi e della relativa diagnosi e presa in carico. Permangono alcune variabilità nei tassi di prevalenza tra i vari territori aziendali. Si segnala però una maggiore uniformità rispetto al triennio precedente;

b. i Team Spoke, già strutturati nel precedente triennio hanno implementato le loro funzioni e, coerentemente al triennio precedente, hanno fornito anno per anno dati di attività di clinica. A livello di messa in rete in Area Vasta (Team Hub) le documentazioni attestano che in tutti e tre i Team Hub si è arrivati ad un'attivazione della funzione di monitoraggio e condivisione operativa;

c. rispetto ai trattamenti i Team Spoke hanno documentato la tipologia dei propri interventi di presa in carico rivolti alle varie fasce di età, nella rendicontazione annuale 2011, 2012, 2013. Da tali rendicontazioni si evince che nella fascia 0-6 anni la quasi totalità degli utenti ha ricevuto almeno un trattamento in ambulatorio. Lo scarto si riferisce a diagnosi effettuate negli ultimi mesi del 2013 oppure a percorsi di trattamento non ancora avviati, oppure al rifiuto espresso dalla famiglia del progetto psico-educativo proposto dal servizio territoriale;

d. inoltre è stata richiesta una specifica rendicontazione sulle prestazioni dirette e indirette svolte dagli operatori del Team Spoke con la scuola (consulenze, trattamenti, revisione piani di trattamento, supervisioni) che rappresentano un investimento significativo. Dal monitoraggio svolto su due mesi dell'anno scolastico (ottobre e maggio 2013) risulta una media di circa 2.200 ore mensili;

- e. relativamente al numero di ore settimanali dedicate dai Team Spoke per attività cliniche e di funzionamento organizzativo si osserva un incremento sostanzialmente omogeneo nei diversi territori regionali rispetto al triennio precedente;
- f. nelle rendicontazioni relative agli anni 2012 e 2013 è stato chiesto alle Aziende di documentare analiticamente il personale esterno in convenzione e di definirne mansioni ed attività clinica. È emerso come vi sia una differente distribuzione degli operatori in convenzione nei diversi Team Spoke. Le situazioni organizzative descritte evidenziano Team Spoke in cui non vi è personale esterno in convenzione e Team Spoke in cui vi sono diversi appalti a personale esterno che è impegnato nell'area dei trattamenti. La maggioranza dei trattamenti svolti sono psicoeducativi integrati e orientati alle metodologie ABA. Vengono forniti da alcuni Team Spoke anche trattamenti logopedici in convenzione. La tipologia di trattamento offerta in convenzione può essere sia ambulatoriale che a domicilio, sia individuale che in piccolo gruppo;
- g. anche in questo secondo triennio vi è stata una condivisione delle iniziative di formazione nelle e tra le tre Aree Vaste. I temi di maggiore interesse hanno riguardato il giovane adulto, l'intervento abilitativo ed il trattamento farmacologico;
- h. a livello regionale è stata svolta una formazione sui temi del trattamento farmacologico nei disturbi dello spettro autistico in età evolutiva ed età adulta e una tavola rotonda sui temi del giovane adulto;
- i. il protocollo diagnostico è stato, dopo una prima fase di sperimentazione, consegnato alle Aziende USL nella sua versione definitiva. La versione definitiva del protocollo è stata approvata dai diversi organi del PRIA tra cui anche il comitato tecnico scientifico. È stato attuato un monitoraggio della sua applicazione nel primo semestre 2012 con 148 protocolli applicati a livello regionale. Dal 1° gennaio 2013 il protocollo diagnostico è applicato a tutti i nuovi casi di sospetto ASD. È stato svolto un secondo monitoraggio per l'anno 2013 con un totale di 196 protocolli;
- j. il protocollo regionale di trattamento è stato nel corso del triennio 2011-2013 modificato in una versione di sintesi del documento costituito da griglie per obiettivi di trattamento, che è stato sperimentato nelle diverse aziende. Dopo una prima sperimentazione dello strumento, svolta nel primo semestre 2013, nel primo trimestre del 2014 sono state compilate un totale di 90 griglie per obiettivi di trattamento (85 completate totalmente, mentre 5 completate parzialmente);
- k. è stata monitorata l'attuazione delle attività di parent training (PT) nelle diverse realtà aziendali. I dati mostrano come vi sia stata nel triennio di riferimento una maggiore uniformità nella proposta del PT di gruppo, mentre i criteri che definiscono il PT individuale sembrano seguire modalità piuttosto differenziate tra i Team Spoke. Dai dati emerge che anche a livello organizzativo vi è uniformità; il PT viene sempre svolto dai Team Spoke e condotto dal NPI e/o dallo psicologo e supportato da altre figure come l'educatore professionale, il tecnico della riabilitazione psichiatrica e la logopedista, sulla base delle differenti organizzazioni dei Team Spoke. Il PT di gruppo viene proposto alle famiglie di tutti i nuovi utenti della fascia 0-6, tranne a Ferrara in cui di fatto non è ancora strutturato un Team Spoke per una diversa modalità organizzativa. Nel Team Spoke di Bologna, in cui in questo triennio, per una scelta organizzativa, si sono utilizzate le risorse di personale disponibili per implementare le nuove diagnosi ed i follow-up diagnostici, attività di PT sono state programmate a partire dall'anno 2014. Si sottolinea l'esperienza innovativa del Team Spoke di Reggio Emilia in cui è progettato un modello di PT semplificato, sia in termini di contenuti (proposti in tre lingue) e modalità organizzativa (numero limitato di incontri), finalizzato in particolare a facilitare la partecipazione delle famiglie straniere;
- l. nell'ambito delle attività a sostegno dello screening e della diagnosi precoce, il monitoraggio dell'utilizzo dello strumento di screening CHAT, inserito nel bilancio di salute del 24° mese, ha permesso di evidenziarne una più estesa applicazione rispetto al triennio PRIA 2008-2010. Nel 2012 si è registrato sul territorio regionale un numero totale di 65 nuovi utenti, di età compresa tra 2-5 anni, con diagnosi di autismo: di questi, 26 bambini giungono ai Servizi di NPIA con un sospetto diagnostico in seguito alla somministrazione della CHAT. Nel 2013 i bambini con CHAT positiva inviati dai pediatri LS sono 47. Tali risultati, seppur mostrando un aumento del numero di

bambini segnalati attraverso la CHAT, non sono ancora soddisfacenti. Anche in questo triennio sono state perseguite, con molteplici modalità e a vari livelli (regionale e aziendale), azioni di rete con i PLS;

m. in riferimento al giovane adulto, per cui vi era uno specifico focus nella delibera 1378/11 di rinnovo del PRIA, è stata monitorata l'evoluzione delle attività rivolte a questa fascia di età che si riferivano alla definizione di percorsi, compreso l'inserimento lavorativo ed ai dovuti raccordi tra servizi diversi al passaggio di età. È emerso infatti un raccordo omogeneo con i CSM e con i Servizi per l'Handicap adulto, anche attraverso protocolli di continuità assistenziale. Nelle diverse realtà aziendali è emerso un ruolo dei Team Spoke anche rispetto alla valutazione di questi soggetti in accordo con i CSM di riferimento (30 valutazioni per il solo anno 2013), la consulenza su progetti specifici relativi a utenti giovani-adulti (rivolta a 76 utenti nel solo 2013), compreso l'inserimento lavorativo. È interessante il dato che le attività di valutazione e consulenza da parte dei Team Spoke siano avvenute non solo per utenti già conosciuti dal servizio di NPIA, ma anche per nuovi utenti inviati dai Servizi per gli adulti;

n. in riferimento ai dati raccolti emerge che gli utenti in carico nati nel 1995, quindi diventati maggiorenni nel 2013, sono a livello regionale 61, mentre il totale degli utenti maggiorenni in carico, esclusi i nati nel 1995, sono 210. Per questi utenti è emerso un raccordo con i servizi psichiatrici adulti e/o con i servizi socio-sanitari per gli adulti. Infine le tipologie di intervento proposte in soggetti con ASD giovani adulti riguardano l'inserimento in Centri diurni, percorsi di tirocinio e inserimenti lavorativi. Vengono anche offerti percorsi di trattamento psicoeducativo, mentre il ricorso all'inserimento in centri residenziali appare contenuto;

o. per l'anno 2012 e 2013 è stato chiesto di definire nelle rendicontazioni annuali per obiettivi i percorsi di inserimento lavorativo per ogni singolo soggetto, seguito dal sistema dei Servizi per gli adulti in collaborazione con il PRI-A, definendo la tipologia di percorso di inserimento lavorativo, il numero di ore settimanali e la definizione delle figure di affiancamento (se presenti). Da questa raccolta di dati è emerso che gli utenti con ASD avviati ai percorsi di inserimento lavorativo erano 55 nel 2013. Questo dato appare molto positivo a fronte dei numeri molto bassi di inserimenti lavorativi presenti prima della vigenza del PRI-A. La distribuzione degli inserimenti lavorativi è disomogenea e si concentra nei territori di Reggio-Emilia e Rimini, aree nelle quali l'attività di raccordo si è avviata prima;

p. è stato condotto un approfondimento dei dati dell'anno 2013 sugli inserimenti lavorativi da cui è emerso che le tipologie dei percorsi lavorativi maggiormente utilizzate sono la borsa lavoro ed il tirocinio; è presente qualche percorso di tipo socio-riabilitativo e un piccolo numero di assunzioni regolari e di telelavoro. La figura di affiancamento per i percorsi di inserimento lavorativo è l'educatore professionale con tipologie di lavoro che prevedono affiancamenti personali, in piccolo gruppo (con in media da 4 a 7 utenti) o attraverso dei monitoraggi che possono essere settimanali, quindicinali o mensili;

q. in riferimento al numero di ore settimanali in cui gli utenti sono coinvolti in attività lavorative variano da un minimo di 4 a un massimo di 25 ore/settimanali.

In aggiunta a quanto già previsto dal PRI-A, altre azioni si sono svolte a livello regionale che hanno permesso di potenziare l'azione di miglioramento:

Progetto "ASD scuole 0-6 anni": è stato monitorato il progetto condotto unitamente al Servizio Politiche Familiari, Infanzia e Adolescenza della Regione Emilia-Romagna e in collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale, per il miglioramento dell'inserimento di bambini con ASD di 0-6 anni nei Nidi e Scuole dell'infanzia della Regione. Dagli incontri di monitoraggio congiunti e dall'invio di apposite schede descrittive sui percorsi attuati è emersa una continuazione del progetto nelle diverse realtà territoriali, anche negli anni scolastici successivi, sia attraverso la replica delle attività di formazione sperimentate nel corso del primo triennio, sia attraverso la creazione di percorsi formativi di approfondimento su tematiche specifiche. Ciò è avvenuto, seppur con modalità diverse, nell'intero territorio regionale. Sono stati inoltre definiti anche degli indirizzi formativi per

l'anno scolastico 2012-2013 ed è stato pubblicato il Dossier n.252/2015 “Disturbi dello spettro autistico. Il progetto regionale per bambini 0-6-anni”

Comitato Paritetico DGR 2049/13: con il rinnovo del “Protocollo di intenti fra Assessorato Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna e Ufficio Scolastico Regionale per l'Emilia-Romagna per favorire il successo scolastico degli alunni con segnalazioni specialistiche di disturbo specifico di apprendimento, con bisogni educativi speciali e l'integrazione scolastica degli allievi certificati ex Legge 104/92”, ha continuato la collaborazione sui diversi temi della integrazione scolastica di alunni con disabilità, ivi compreso il potenziamento e la valorizzazione della specifica formazione in ambito psico-educativo e dei suoi risvolti didattici e pedagogici.

I Team Spoke sono stati coinvolti in una ricerca svolta dall'Ufficio Scolastico Regionale sulla preparazione dei soggetti con autismo al passaggio all'età adulta (Progetto dei 300 giorni), in riferimento agli utenti selezionati che erano in carico ai servizi della NPJA.

La proficua collaborazione con le associazioni dei familiari delle persone con autismo si è ulteriormente consolidata nel corso del triennio favorendo opportunità di confronto e collaborazione sui temi e sulle attività del PRIA.

Secondo quanto riportato nella suddetta relazione di rendicontazione sulla attuazione del PRIA nel triennio 2011-2013, “le principali criticità nel dare piena attuazione alla DGR 1378/2011 possono riferirsi ai seguenti aspetti”:

Qualità clinica

1. Diagnosi precoce e presa in carico degli utenti con ASD nella fascia di età 0-6 anni:

- CHAT: è necessario individuare modalità informatizzate di monitoraggio dell'applicazione e dell'uso della CHAT per disporre di dati più attendibili e in grado di fornire maggiori informazioni sulla validità dello screening. Permane quindi non soddisfacente la valutazione complessiva del monitoraggio. La Regione si impegnerà a capire come procede il percorso di informatizzazione dei Bilanci di Salute chiedendo un confronto con il Dipartimento di Cure Primarie;
- Protocollo diagnostico: dal monitoraggio dell'applicazione del protocollo diagnostico emerge come criticità la parte relativa agli esami neurobiologici, che rimane incompleta in alcuni protocolli, perché il raccordo con il servizio ospedaliero non è ancora fluido nelle diverse realtà aziendali e con tempi di attesa che sono variabili. Inoltre in alcuni casi si è riscontrata l'indisponibilità delle famiglie. L'incompletezza di alcuni protocolli nella parte relativa alla valutazione riguarda invece prevalentemente la non applicabilità di alcuni strumenti di valutazione tra cui i test cognitivi e la parte relativa alla valutazione strutturata del linguaggio in alcune categorie di utenti (età inferiore ai 3 anni);
- Intensità del trattamento: le modalità di trattamento si sono diversificate nelle diverse aziende sempre nel rispetto delle indicazioni previste dal PRIA.

Sulla base dei diversi modelli organizzativi vi sono Aziende che privilegiano il trattamento diretto ambulatoriale e/o in ambito scolastico ed altre che invece hanno potenziato in questo triennio anche il trattamento indiretto;

- Griglie per obiettivi di trattamento: dal monitoraggio dell'applicazione delle griglie emerge come lo strumento esiga tempi lunghi per la somministrazione, ma risulti fondamentale per poter descrivere l'attualità dei trattamenti a livello regionale. Inoltre rispetto a quanto previsto dalla DGR è stato utilizzato sugli utenti in carico 0-6 anni e valutata la non opportunità di modificarlo per la fascia 7-17 anni;
- Il consolidamento del personale non è avvenuto in maniera omogenea in tutte le Aziende USL

2. Trattamenti per gli utenti autistici nella fascia 7-17 anni

- Va ulteriormente monitorata la presa in carico per i soggetti in età 7-17 anni per garantire maggiore omogeneità a livello regionale sui trattamenti offerti ed anche in riferimento al passaggio all'età adulta

3. Età adulta

- Come già detto, sono stati monitorati nelle diverse aziende gli inserimenti lavorativi per il giovane adulto ed è stato svolto un monitoraggio sul numero di soggetti con una diagnosi di ASD in carico

ai servizi per l'età adulta. Risulta però necessario raggiungere un'applicazione più omogenea di percorsi di raccordo e collaborazione strutturati e monitorati, in particolare anche con i CSM.

- E' emersa la necessità di un confronto sugli strumenti da utilizzare per la valutazione del giovane adulto.

Qualità organizzativa

- Accreditamento 0-6 anni: non vi è stato un adeguamento dei requisiti per l'accreditamento nel triennio 2011-2013, benchè sia continuato il monitoraggio del lavoro dei Team Spoke su questa fascia di età volto al relativo abbassamento della diagnosi e dei tempi di accoglienza, valutazione e diagnosi.
- Dall'analisi dei dati sui modelli organizzativi emerge che nell'Area vasta Centro nell'Ausl di Ferrara, non è stato istituito un Team Spoke, tuttavia i percorsi sono erogati nelle diverse sedi delle UONPIA. Negli altri territori invece emerge, pur nella differenza di ogni realtà, un quadro omogeneo nell'individuazione dei compiti relativi ai Team Spoke.
- Non è ancora stato avviato un confronto sugli indicatori di appropriatezza per la assistenza alle persone con ASD per la fascia 7-17 anni ed età adulta.

Monitoraggio

È continuato il monitoraggio sugli obiettivi del PRI-A anche nel corso del triennio 2011-2013, implementando in modo particolare per gli aspetti clinici le aree relative agli interventi, al parent training, al giovane adulto e, per gli aspetti organizzativi, agli operatori in convenzione e ai modelli organizzativi di ogni singola azienda. Nel corso del triennio è stata avviata una progettazione per l'implementazione del sistema informativo ELEA che permetterà di inserire ed estrarre dati omogenei relativi ai percorsi dedicati gli utenti con ASD.

Rete Hub&Spoke: il ruolo dei Team Hub si è ulteriormente definito in questo triennio rispetto alle funzioni di monitoraggio e coordinamento sui temi formativi ed organizzativi, mentre le funzioni relative al supporto, monitoraggio e coordinamento della funzione clinica ed epidemiologica vengono garantite a richiesta e sulla base di esigenze specifiche. Va maggiormente rafforzato il ruolo dei Team Hub rispetto alle funzioni di coordinamento e supporto dei Team Spoke dell'area vasta di competenza, definendo precisi indicatori di monitoraggio. In riferimento all'Area Vasta Centro, dove nello scorso triennio si osservava un ritardo nella funzionalità del Team Hub, si evince il raggiungimento della organizzazione dei rapporti Hub&Spoke.

Le richieste di secondo parere (revisione/conferma diagnostica) sono state accolte su richiesta del Team Spoke o in alcuni casi su richiesta diretta dalle famiglie.

Nell'Area Vasta Romagna si è sperimentata una modalità itinerante di supervisione e lavoro congiunto dei professionisti del Team Hub presso ciascun Team Spoke.

Tempi e risorse: la DGR 1378/11 ridefiniva il ruolo dei Team Spoke anche attraverso "consulenze" rivolte alla famiglia e alla scuola, necessarie a garantire un intervento educativo in tutti gli ambiti di vita. Questo obiettivo, fermo restando che l'intero "sistema curante" dedichi una definita quota oraria al singolo bambino con ASD, è stato maggiormente sviluppato attraverso le ore di intervento e/o consulenza a scuola, gli interventi di parent training ed il raccordo con i diversi attori che lavorano con il bambino.

Dai dati acquisiti è stato migliorato il rapporto tra le équipes territoriali di NPIA con i rispettivi Team Spoke relativi alla prima visita ed alla formulazione diagnostica di ASD e la conseguente presa in carico mirata. In 6 aziende è inoltre possibile un invio diretto da parte dei PLS, elemento che consente la riduzione dei tempi di attesa per la prima visita.

Nell'attuale triennio si registra una maggiore omogeneità dei tassi di prevalenza che si attestano nel 2013 intorno al 2,5 per mille, mostrando un incremento dal 2008 dello 0,5 per mille. Tuttavia i dati epidemiologici riferiti alle singole realtà territoriali torna a confermare, come nel triennio PRIA precedente, una disomogeneità rispetto ai tassi di prevalenza ed incidenza che necessita di riflessioni tra i gruppi di lavoro sui fattori che possono determinare tali variazioni.

I raccordi con i Servizi di NPIA Ospedalieri o Universitari per l'utenza sono stati implementati in questo triennio in riferimento alla condivisione del Protocollo diagnostico ed al suo utilizzo, anche se vanno ulteriormente migliorati le modalità di accesso a questi servizi.

Pur prendendo atto dei miglioramenti nelle interazioni fra Team ASD e istituzioni scolastiche nei vari ordini e gradi, si registra una necessità di ulteriore formalizzazione ed uniformità a livello regionale e provinciale dei reciproci interventi per il miglioramento della integrazione scolastica di alunni con ASD, anche con quesiti specifici per conoscere il numero di ore di insegnante di sostegno ed educatore sui bambini con ASD, permettendo così di inserire anche queste ore nel computo generale delle ore dedicate dall'intero sistema curante.

Giovane adulto con ASD: a fronte dei notevoli miglioramenti raggiunti in questo triennio sul tema e che hanno portato ad avere una visione globale di ciò che viene offerto al giovane adulto con ASD, vi sono alcuni obiettivi della DGR1378/11 che non sono stati completamente sviluppati e sono suscettibili di rilancio. La Regione Emilia-Romagna con la DGR 1082/13 ha adottato le "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore dei disturbi pervasivi dello sviluppo (DPS) con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico" della Conferenza stato regioni (2012). Non è stata però attuata una specifica verifica della adozione e delle linee di indirizzo nelle singole AUSL e nei relativi Team Spoke.

Le iniziative di formazione saranno governate dal gruppo di pilotaggio con valutazioni congiunte insieme al comitato operativo sulle modalità ed estensione delle future iniziative formative.

Tenuto conto che la relazione di resoconto sulla attuazione del PRIA 2011-2013, contiene anche la proposta di "Obiettivi PRIA per il triennio 2016-2018" con relativa "Articolazione degli impegni" sia per i livelli aziendali (Team Spoke) che di area vasta (Team Hub) e regionali;

Preso atto che la suddetta relazione di resoconto, contenente anche gli Obiettivi PRIA per il triennio 2016-2018 e la articolazione degli impegni, è stata costruita con l'apporto di:

- Gruppo di Pilotaggio e con i Referenti della psichiatria degli Adulti
- Comitato Operativo PRIA
- Coordinamento regionale NPIA, operante presso il servizio Assistenza Territoriale, Area Salute mentale e Dipendenze patologiche

Tenuto conto che sulla suddetta relazione è stato raccolto il parere: dell'Ufficio Scolastico Regionale in sede di Comitato Paritetico nella seduta del 15 aprile 2015; dei Direttori Sanitari delle Aziende Sanitarie e dei Direttori DSM-DP con nota PG/2015/276361 del 28/4/2015.

- in data 18 maggio 2015 si è tenuta la Consulta Salute Mentale aperta alle Associazioni dei familiari delle persone con autismo e che in seguito a questa sono stati raccolti i pareri pervenuti dalle suddette Associazioni e per le parti ritenute opportune integrati nel testo degli obiettivi PRIA 2016-2018, agli atti del Servizio Assistenza Territoriale, Area Salute mentale e Dipendenze Patologiche;

- in data 13 ottobre 2015 la Commissione assembleare Salute e Politiche Sociali della Assemblea Legislativa della Regione Emilia-Romagna ha audito le Associazioni dei familiari delle persone con autismo;

- in data 17 novembre 2015, a seguito della richiesta pervenuta da parte delle Associazioni dei familiari delle persone con autismo e dagli esiti dell'audizione della Commissione Assembleare Salute e Politiche Sociali è stata convocata una seconda Consulta Salute Mentale aperta alle Associazioni dei familiari delle persone con autismo con l'obiettivo di integrare il testo in iter con ulteriori proposte.

LA DISPOSIZIONE

Viene confermato quanto previsto dalla DGR 1378/2011 per quanto attiene l'impegno delle Aziende USL relativamente alla definizione di un programma ASD aziendale per tutte le persone con ASD.

Viene approvato il documento allegato “Obiettivi PRI-A per il triennio 2016-2018” quale parte integrante alla presente deliberazione.;

Viene dato mandato:

- alle Aziende sanitarie di procedere a dare attuazione agli obiettivi secondo l’articolazione degli impegni contenuti nell’allegato;
- al Direttore Generale Sanità e Politiche sociali e per l’Integrazione di procedere alla determinazione per l’aggiornamento della “Costituzione degli organismi regionali del 'PRI-A' Programma Regionale Integrato per i disturbi dello spettro Autistico”, ed in particolare del: Comitato operativo PRIA, costituito dai referenti aziendali dei team SPOKE, dal Gruppo di Pilotaggio PRIA costituito dai referenti aziendali individuati per Aree vaste (HUB) e dalla partecipazione dei referenti aziendali professionisti psichiatri già indicati in note agli atti del servizio, secondo le indicazioni dall’allegato documento, del Comitato Scientifico costituito dai professionisti individuati dalla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l’Integrazione su specifiche tematiche di tipo tecnico-professionale quali la revisione del protocollo diagnostico, il protocollo di rivalutazione al 16° anno di età, i modelli di continuità assistenziale territorio-ospedale;
- agli organismi regionali del PRI-A, la revisione e condivisione degli aspetti clinici ed organizzativi di necessaria ri-definizione e la proposta di documenti tecnici relativi alla attuazione di procedure e protocolli clinici ed organizzativi utili al locale governo clinico.

Viene confermata la previsione di ulteriori contributi finanziari per la realizzazione del PRIA per gli anni di vigenza della presente delibera, previa rendicontazione da parte delle Direzioni delle Aziende USL del perseguimento degli obiettivi previsti

OBIETTIVI PRIA PER IL TRIENNIO 2016-2018

Sulla base della relazione sui risultati ottenuti attraverso il PRIA 2011-2013, si evidenziano alcune raccomandazioni di carattere generale:

La presa in carico deve essere dell'intero sistema curante (sanità, famiglia, e servizi educativi e sociali) in tutti i contesti di vita, in tutte le età.

I servizi sanitari assicurano da una parte la diagnosi e la presa in carico, dall'altro il supporto a scuola e servizi educativi e scolastici in termini formativi, di raccordo e monitoraggio, per costruire un sistema coerente.

Deve continuare l'attenzione alla precocità della diagnosi e a una tempestiva presa in carico, anche attraverso gli interventi di parent training con la famiglia e il raccordo con le figure educative della scuola.

Deve essere dedicata particolare attenzione alla presa in carico delle persone maggiorenni per tutto l'arco della vita garantendo la continuità assistenziale e l'appropriatezza degli interventi, in rete con i servizi sociali e il mondo del lavoro.

Va aperta una riflessione sul tema della residenzialità dedicata, sulla base delle previsioni normative nazionali.

Va garantita la comunicazione trasparente sui processi e sui risultati e la partecipazione delle Associazioni per garantire la coerenza delle azioni con i bisogni espressi.

Rispetto ai dati epidemiologici risulta opportuno definire criteri condivisi a livello regionale e coerenti ai bisogni specifici delle diverse età per garantire omogeneità nei percorsi di presa in carico.

Per individualizzare e caratterizzare maggiormente l'intervento si considerano quattro fasce di età:

- 0-6 anni
- 7-11 anni
- 12-17 anni
- Adulti

A - QUALITÀ CLINICA

A1. Diagnosi precoce e presa in carico di utenti ASD nella fascia di età 0-6 anni

CHAT: monitoraggio dei bilanci di salute informatizzati

Protocollo diagnostico: Dopo una fase di sperimentazione, dal 1° gennaio 2013 il protocollo diagnostico è applicato in tutte le AUSL, a tutti i nuovi casi di sospetto ASD. Si ribadisce l'obiettivo del suo utilizzo su tutti i nuovi casi; va implementato il raccordo, tramite specifiche procedure, con gli Ospedali di riferimento per la parte dell'approfondimento neurobiologico da svolgere in tempi e sedi definite. Come già previsto nella DGR 318/2008, la precisazione della diagnosi clinica va effettuata entro tre mesi dall'invio ai servizi specialistici e vanno iniziati i principali accertamenti eziologici, per poter procedere ad interventi terapeutici e/o abilitativi, entro 2 mesi DOPO LA DIAGNOSI. L'applicazione del protocollo diagnostico può essere prevista anche per gli utenti che non hanno mai eseguito esami neurobiologici e genetici, o che li hanno eseguiti e necessitano di aggiornamento. Tuttavia, la scelta dell'utilizzo del protocollo per questi utenti deve rispondere a criteri di appropriatezza e alle priorità cliniche riferite al singolo caso.

Intervento abilitativo psicoeducativo - neuropsicologico (condotto dagli operatori opportunamente formati del Team ASD): almeno 4 h settimanali da integrare con gli altri interventi negli ambiti di vita, condotti da altri operatori, opportunamente formati, appartenenti alle istituzioni che fanno parte del "Sistema Curante".

Il Team Spoke: deve garantire e/o monitorare le attività di parent training individuale e/o di gruppo, gli interventi abilitativi, le valutazioni periodiche di follow-up e i rapporti con le altre istituzioni.

Strumenti di monitoraggio dei percorsi abilitativi: nel rispetto del rigore metodologico, della maneggevolezza e delle scelte di ogni servizio è indicato un set di strumenti, validati scientificamente, per il monitoraggio del trattamento. L'utilizzo degli strumenti nella pratica clinica dovrà essere documentato periodicamente. Il protocollo regionale di trattamento è stato nel corso del triennio 2011-2013 modificato in una versione di sintesi del documento costituito da griglie per obiettivi di trattamento, che è stato sperimentato nelle diverse Aziende. Si prevede quindi l'utilizzo uniforme delle Griglie per obiettivi di trattamento compilate per gli aspetti specifici in ogni singolo caso.

Si è inoltre deciso di indicare la possibilità di utilizzare ulteriori scale specifiche per questa fascia di età purchè validate scientificamente, per rendere più aderente il protocollo alle singole necessità (Early Start Denver Model Checklist, VB-MAPP, PEP-3 e altri strumenti di monitoraggio). Inoltre possono essere utilizzate scale per la valutazione del funzionamento adattivo (Vineland Adaptive Behavior).

Obiettivo dell'utilizzo dei suddetti strumenti è la definizione del piano di trattamento e il monitoraggio e la verifica dei percorsi. Il referente clinico comunicherà alla famiglia la periodicità del follow up, che può essere inteso come verifica parziale sugli obiettivi raggiunti o come monitoraggio più esteso su tutte le aree del funzionamento (dall'utilizzo di strumenti di monitoraggio "lieve" a strumenti per il follow-up diagnostico). Nel caso di bambini di età inferiore ai 30 mesi, a cui è applicato l'ADOS-T (per il riconoscimento del rischio diagnostico), è obbligatorio programmare una seconda valutazione di accertamento diagnostico.

La rivalutazione complessiva (assessment) va garantita almeno ad ogni passaggio di grado scolastico (nido scuola infanzia, scuola infanzia-scuola primaria).

Fascia 0-3 anni: l'accesso ai Servizi per l'autismo dei distretti, con presenza di personale appositamente formato o dei Team Spoke va previsto entro 30 giorni, per favorire la diagnosi precoce e l'avvio tempestivo del trattamento. E' necessario intensificare le comunicazioni con i PLS e diffondere le informazioni sulle modalità di accesso.

A2. Presa in carico di utenti ASD nella fascia di età 7-11 anni

Protocollo diagnostico: Dopo una fase di sperimentazione, dal 1° gennaio 2013 il protocollo diagnostico è applicato in tutte le AUSL, a tutti i nuovi casi di sospetto ASD. Si ribadisce l'obiettivo del suo utilizzo su tutti i nuovi casi; va implementato raccordo, tramite specifiche procedure, con gli Ospedali di riferimento per la parte dell'approfondimento neurobiologico da svolgere in tempi e sedi definite. Come già previsto nella DGR 318/2008, la precisazione della diagnosi clinica va

effettuata entro tre mesi dall'invio ai servizi specialistici e vanno iniziati i principali accertamenti eziologici, per poter al più presto procedere ad interventi terapeutici e/o abilitativi entro 2 mesi dopo la diagnosi.

L'applicazione del protocollo diagnostico può essere prevista anche per gli utenti che non hanno mai eseguito esami neurobiologici e genetici, o che li hanno eseguiti e necessitano di aggiornamento. Tuttavia, la scelta dell'utilizzo del protocollo per questi utenti deve rispondere a criteri di appropriatezza e alle priorità cliniche riferite al singolo caso.

Interventi individuali e/o di gruppo: verranno definiti gli interventi a seconda delle caratteristiche di funzionamento e dei bisogni individuali, considerando all'interno del progetto psico-educativo. Vanno previste come minimo tre supervisioni a scuola per anno.

In questa fascia di età vengono compresi interventi molto diversi sia a livello clinico che di complessità.

Nel tempo l'impegno abilitativo si articola diversamente a seconda dell'evoluzione nei singoli bambini: oltre all'attenzione alla crescita delle autonomie e delle abilità adattive si attivano interventi specifici su alcune funzioni neuropsicologiche (linguaggio, funzioni esecutive, competenze emotive-sociali e comunicative pragmatiche) nei soggetti HF, che hanno raggiunto lo sviluppo del linguaggio (il 75-85% dei casi dopo un intervento precoce, intensivo e ben condotto); nei casi più compromessi in cui non si è sviluppato il linguaggio, il lavoro si svolge a supporto alla comunicazione (con tecniche di comunicazione aumentative e alternative), con particolare attenzione alla crescita delle abilità adattive e alla prevenzione dei comportamenti problema.

Strumenti di monitoraggio dei percorsi abilitativi: nel rispetto del rigore metodologico, della maneggevolezza e delle scelte di ogni servizio è indicato un set di strumenti, validati scientificamente, per la definizione e il monitoraggio degli obiettivi educativi. Si prevede l'utilizzo di strumenti di monitoraggio e verifica dei percorsi di trattamento e di strumenti utili per la valutazione funzionale e la verifica del percorso di trattamento. Infatti è importante affiancare alla diagnosi clinica una valutazione funzionale che tenga conto del contesto di vita della persona (famiglia, scuola, tempo libero). Gli strumenti validati scientificamente a questo fine sono PEP-3 o TTAP (in base all'età di sviluppo), Vineland Adaptive Behavior.

L'utilizzo degli strumenti nella pratica clinica dovrà essere documentato periodicamente. Il referente clinico comunicherà alla famiglia la periodicità del follow-up, che può essere inteso come verifica parziale sugli obiettivi raggiunti o come monitoraggio più esteso su tutte le aree del funzionamento (dall'utilizzo di strumenti di monitoraggio "lieve" a strumenti per il follow-up diagnostico).

Monitoraggio e revisione periodici del raggiungimento degli obiettivi del piano di trattamento.

La rivalutazione complessiva (assessment) va garantita almeno ad ogni passaggio di grado scolastico (scuola primaria-scuola secondaria inferiore) e al passaggio dalla seconda alla terza classe della scuola primaria.

A3. Presa in carico di utenti ASD nella fascia di età 12-17 anni

Protocollo diagnostico: Dopo una fase di sperimentazione, dal 1° gennaio 2013 il protocollo diagnostico è applicato in tutte le AUSL, a tutti i nuovi casi di sospetto ASD. Si ribadisce l'obiettivo del suo utilizzo su tutti i nuovi casi; va implementato raccordo, tramite specifiche procedure, con gli Ospedali di riferimento per la parte dell'approfondimento neurobiologico da svolgere in tempi e sedi definite. Come già previsto nella DGR 318/2008, la precisazione della diagnosi clinica va effettuata entro tre mesi dall'invio ai servizi specialistici e vanno iniziati i principali accertamenti eziologici, per poter al più presto procedere ad interventi terapeutici e/o abilitativi.

L'applicazione del protocollo diagnostico può essere prevista anche per gli utenti che non hanno mai eseguito esami neurobiologici e genetici, o che li hanno eseguiti e necessitano di aggiornamento. Tuttavia, la scelta dell'utilizzo del protocollo per questi utenti deve rispondere a criteri di appropriatezza e alle priorità cliniche riferite al singolo caso. Conferma delle indicazioni PRIA sull'impegno alla presa in carico, con attenzione particolare alla dimensione dell'intervento socio-riabilitativo, sempre più significativo nel corso degli anni: sviluppo di interventi socio-

riabilitativi in collaborazione con i Servizi Sociali/Handicap rivolti ad obiettivi di crescita delle competenze adattive, con la prospettiva del passaggio all'età adulta, della loro inclusione sociale, (ad esempio "formazione dei coetanei" come tutor) nel mondo del lavoro (es.: alternanza scuola/formazione professionale o scuola/lavoro). Nella complessità di tale interazione sarà necessario definire il referente del progetto di vita che coordini i vari interventi socio-sanitari.

Strumenti di monitoraggio dei percorsi abilitativi: nell'ottica del progetto di vita e nel rispetto del rigore metodologico, della maneggevolezza e delle scelte di ogni servizio viene indicato un set di strumenti, validati scientificamente, per il monitoraggio del trattamento. Infatti è importante affiancare alla diagnosi clinica una valutazione funzionale che tenga conto del contesto di vita della persona (famiglia, scuola, tempo libero). Gli strumenti validati scientificamente a questo fine sono TTAP o Vineland Adaptive Behavior. L'utilizzo degli strumenti nella pratica clinica dovrà essere documentato periodicamente.

Obiettivo dell'utilizzo dei suddetti strumenti è la definizione del piano di trattamento, il monitoraggio e la verifica dei percorsi. Il referente clinico comunicherà alla famiglia la periodicità del follow-up (almeno ogni 3 anni) che può essere inteso come verifica parziale sugli obiettivi raggiunti o come monitoraggio più esteso su tutte le aree del funzionamento.

Rivalutazione funzionale al 16° anno di età: definizione delle modalità di passaggio ai Servizi per l'età adulta, sanitari oltre che sociali, e implementazione di specifici progetti, in collaborazione con la scuola, gli Enti di formazione e i servizi sociali dei Comuni, volti all'attivazione di percorsi di abilitazione e di sviluppo delle autonomie, oltre che di percorsi di alternanza scuola-formazione professionale e scuola-lavoro.

A4. Adulti

Redazione di un protocollo regionale per la valutazione diagnostica e funzionale in età adulta in collaborazione tra i servizi di NPIA e Psichiatria adulti; individuazione di specifici referenti per ogni servizio sanitario oltre che sociale, nella prospettiva del miglioramento della appropriatezza degli interventi e della qualità della cura. La valutazione deve essere individualizzata in base al livello di necessità del singolo caso.

Consolidamento dei percorsi per il passaggio dei soggetti in età adulta con la definizione in tutto il territorio regionale di protocolli specifici, che prevedano al 16° anno la valutazione dell'UVM dove deve essere garantita la presenza di un esperto del team autismo al fine di costruire con la persona con ASD e con la sua famiglia il progetto di cura e di vita, avendo a riferimento positive esperienze già maturate in alcuni territori della Regione (es AUSL Romagna –territorio di Rimini, Reggio Emilia e Piacenza).

Definizione di équipe con adeguate competenze specialistiche sui disturbi dello spettro autistico nell'ambito dei servizi per l'età adulta (Servizi di salute mentale, Servizi per l'handicap adulto) per la definizione del piano di presa in carico e lo svolgimento di attività di consulenza nelle varie aree della vita del soggetto (scuola, famiglia, formazione professionale, lavoro, centro semiresidenziale/residenziale) al fine di garantire un'adeguata continuità assistenziale lungo l'intero ciclo di vita alla persona e alla sua famiglia.

Riferimento alle normative nazionali e regionali (in particolare la legge regionale 30 luglio 2015, n. 14 "Disciplina a sostegno dell'inserimento lavorativo e dell'inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità, attraverso l'integrazione tra i servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari") per l'inserimento lavorativo e l'inclusione sociale delle persone adulte con disabilità che tengano conto delle caratteristiche delle persone con ASD.

Sviluppo di iniziative che, a partire dalle esperienze attuate a livello regionale (Budget di salute, IPS, Amministrazione di sostegno), possano portare all'acquisizione dei maggiori livelli di autonomia possibile e possano dare supporto e prospettive alle famiglie, operando di concerto con i diversi soggetti interessati nell'ottica del "futuro possibile", anche attraverso la diffusione di buone pratiche già esistenti a tutto il territorio regionale.

Sostegno ai percorsi per il raggiungimento del maggiore livello di formazione e istruzione possibile, anche tramite specifici protocolli con Enti formativi e Università.

A5. Semiresidenze e residenze per minori, adolescenti e adulti

Mappatura dell'attuale offerta regionale e individuazione del fabbisogno per eventuali riconversioni, anche ai sensi della DGR 1082/2013 Recepimento Accordo n.132/cu del 22/11/2012 concernente le Linee di Indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore dei disturbi pervasivi dello sviluppo (DPS) con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico. Come previsto nel citato accordo, andranno identificate idonee soluzioni residenziali e semiresidenziali, anche attraverso la riqualificazione dei posti esistenti, garantendo requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi improntati a logiche non istituzionalizzanti (es. numero di posti limitato), considerando che si tratta di prestazioni ad alta integrazione sociosanitaria e prestando particolare attenzione al paziente adolescente e adulto e alle situazioni che presentino necessità terapeutico riabilitative temporanee mirate.

A6. Progetto ASD-SCUOLA

Il progetto condotto in collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale, per il miglioramento dell'inserimento di bambini con ASD di 0-6 anni nei Nidi e Scuole dell'infanzia, ha permesso il raggiungimento di significativi risultati in termini di individuazione e presa in carico precoce e appropriata.

In molte realtà regionali il progetto è già esteso anche agli anni scolastici successivi, sia attraverso la replica delle attività di formazione, sia attraverso la creazione di percorsi formativi di approfondimento su tematiche specifiche.

A partire da queste premesse il progetto, precedentemente previsto per la fascia di età 0-6, è ora esteso alla collaborazione con gli insegnanti e gli educatori di tutti i gradi di scuola.

Il complesso lavoro con le scuole, volto a costruire il sistema di interventi, dovrà implementare a livello Regionale e Provinciale, in accordo con l'Ufficio scolastico regionale e gli Uffici scolastici provinciali, il consolidamento di indirizzi comuni per la prosecuzione di procedure/modalità di collaborazione/

interazione per un efficace percorso di integrazione scolastica di alunni con ASD, e a garanzia della massima funzionalità del "sistema curante" (impegno dei Team Spoke a fornire "pacchetti" di formazione annuale per i nuovi insegnanti; presenza periodica degli operatori sanitari nella scuola per monitorare il programma di lavoro). I Team Hub monitoreranno l'implementazione del progetto ASD-SCUOLA della relativa area vasta. Il Comitato Paritetico Sanità-USR, come previsto dal Protocollo di intenti fra Assessorato Politiche per la salute e Ufficio scolastico regionale di cui alla DGR 2049/2013 proseguirà il confronto e il monitoraggio delle proposte formative.

Si promuove, all'interno degli organismi regionali formalmente individuati (Cabina di regia per le politiche sociali e sanitarie), che gli Enti Locali, al rinnovo dei contratti di fornitura con le cooperative dei servizi che forniscono gli educatori, prevedano che una quota parte degli educatori scolastici sia acquisita con adeguata formazione sugli interventi cognitivo-comportamentali nei disturbi dello spettro autistico.

A7. Formazione

Iniziative di area vasta e dei singoli territori anche rivolte ai professionisti e agli operatori dei servizi per l'età adulta.

Ulteriori iniziative di competenza regionale rivolte a tutti i Team ASD Hub&Spoke valutate dal Comitato Operativo PRIA.

Proposta formativa sull'utilizzo degli ausili informatici per gli ASD.

Attività di formazione garantita dagli operatori dei Team Spoke nell'ottica della condivisione e del confronto delle esperienze.

B QUALITÀ ORGANIZZATIVA

B1. Livello regionale di coordinamento e monitoraggio

Coordinamento degli interventi della rete regionale Hub&Spoke, con funzioni di supporto, monitoraggio, facilitazione delle comunicazioni e sostegno ad eventuali eventi formativi qualora il bisogno riguardi operatori delle diverse Aree Vaste.

Monitoraggio della garanzia del raggiungimento degli obiettivi anche in territori con diverse organizzazioni dipartimentali (es. AUSL Romagna).

Monitoraggio della applicazione dei protocolli regionali utilizzati per i percorsi di valutazione, diagnosi e trattamento al fine di descrivere i percorsi clinici sul territorio regionale.

Rendicontazione annuale per obiettivi.

B2. Rete Hub & Spoke

Il Team Hub garantisce:

il coordinamento dei Team Spoke della rispettiva Area Vasta;

la verifica dell'applicazione delle modalità di lavoro previste dal PRI-A;

la disponibilità per la consulenza clinica ai Team Spoke;

l'organizzazione della formazione di Area Vasta anche attraverso specifici Workshop che prevedano la partecipazione attiva delle Associazioni dei familiari volti alla presentazione di buone prassi nei diversi territori e all'approfondimento degli aspetti meritevoli di ulteriore implementazione (es. residenzialità, modalità di utilizzo dei farmaci, ecc...) aperti a tutto il sistema curante; il monitoraggio epidemiologico.

Il Team Spoke garantisce:

l'organizzazione e il coordinamento dei servizi distrettuali per l'autismo delle UONPIA di ogni AUSL;

la gestione dei raccordi con la NPIA, il DSM-DP, gli altri Dipartimenti di riferimento e la Direzione aziendale per gli indirizzi e le scelte strategiche e gestionali relative ai disturbi dello spettro autistico;

il monitoraggio epidemiologico a livello aziendale;

le valutazioni diagnostiche e le consulenze cliniche sui trattamenti;

con il confronto e la supervisione dei Team Hub l'organizzazione della formazione aziendale per operatori, insegnanti e genitori su ASD;

l'organizzazione del parent training individuale e/o di gruppo;

il supporto alla organizzazione delle risposte diagnostiche e terapeutiche per gli adulti.

B3. Progetto individualizzato

Al termine di ogni percorso di Accoglienza-Valutazione-Diagnosi va rilasciata alla famiglia una relazione scritta che indichi l'inquadramento diagnostico e il progetto di presa in carico con la definizione di specifici obiettivi di lavoro. Il progetto individualizzato deve comprendere gli obiettivi del programma, la proposta abilitativa a carico dei singoli operatori sanitari coinvolti e le relative sedi di erogazione (ambulatori, scuola, domicilio) nonché le modalità di integrazione con la scuola e con i servizi sociali. Il progetto individualizzato deve essere ridefinito sulla base delle risultanze degli esiti dei follow-up periodici.

B4. Transizione

Deve essere implementato in ogni azienda il raccordo con i Servizi di Salute Mentale adulti, Handicap adulti e Dipartimenti di Cure primarie (quest'ultimo per le patologie internistiche) definendo le modalità di passaggio e di successiva presa in carico specialistica per tutti i soggetti divenuti maggiorenni e delineando le tipologie dei servizi offerti per la realizzazione del progetto di presa in carico e della formulazione del progetto di vita, in riferimento alle singole procedure aziendali.

B5. Personale

Nel prossimo triennio deve essere rafforzato il consolidamento del personale, acquisito finora in gran parte tramite finanziamento PRI-A, riconducendo a regime, mediante stabilizzazione, all'interno delle attività della NPIA, del DSM-DP, degli altri Dipartimenti di riferimento e le azioni a favore degli ASD.

B6. Monitoraggio

Il Sistema informativo regionale monitora periodicamente i dati di appropriatezza clinica, che saranno ancora più dettagliati e puntuali in seguito ad una ulteriore implementazione del sistema ELEA. Rimane la possibilità di richiedere rilevamenti manuali periodici su alcuni aspetti specifici (ad es. sugli esiti).

Inoltre si auspica lo sviluppo, in collaborazione con le Università, gli IRCCS e con il concorso e sostegno delle Associazioni e del privato sociale, di attività di formazione e ricerca sugli aspetti genetici, etiopatogenetici, diagnostici, terapeutici (medici, psicologici e abilitativi), sociali e familiari, di valutazione degli esiti ai fini del miglioramento delle pratiche operative.

B7. Informazione, Comunicazione e Partecipazione

Va prevista e garantita una attività informativa inerente le attività del programma PRI-A:

- a livello regionale anche mediante incontri annuali, almeno 3, tra i Gruppi Operativi del programma Autismo e le Associazioni dei Familiari delle persone con autismo; a livello aziendale attraverso la partecipazione del referente Spoke al CUFO e/o agli organismi preposti a livello aziendale per la partecipazione degli Utenti e dei Familiari al fine di informare sulla declinazione locale del Programma Regionale Autismo.

B8. Autismo e disabilità intellettiva

Alla luce dei documenti “Better Health Better Life”: Dichiarazione Europea sulla Salute dei Bambini e Giovani con Disabilità Intellettive e le loro Famiglie” (OMS, Bucarest, 2010) e “La Disabilità mentale nell’età evolutiva: il caso dell’autismo” (Comitato Nazionale di Bioetica, 2013) il Programma Autismo, estende, in via sperimentale, alcune delle competenze maturate attraverso il modello di intervento definito con i due trienni del PRI-A anche all’area delle disabilità intellettive in un’ottica cognitivo comportamentale prevedendo un sostegno economico regionale finalizzato.

Il lavoro “di base” ed il rigore metodologico, ovvero il lavoro con la scuola, la qualità dell’inserimento scolastico, i percorsi informativi-formativi per i genitori, le tecniche di intervento, i percorsi assistenziali per gli utenti maggiorenni, possono essere utilmente applicati ad alcuni aspetti delle disabilità intellettive.

Gli iniziali sviluppi riguardano:

l'accesso a consulenze nell'ambito del progetto regionale sul tema degli ausili tecnologici dell'Ausl di Bologna, già dedicato non solo all'area dell'autismo, ma anche all'area della disabilità intellettiva;

una formazione sulla disabilità intellettiva, i comportamenti problema e l'utilizzo dell'intervento psicoeducativo nella disabilità intellettiva rivolta ai colleghi delle UONPIA (formazione teorico-pratica, con ore di consulenza dedicate al lavoro sui casi clinici, definite e graduate sul prossimo triennio);

una formazione sul tema disabilità intellettiva e comportamenti problema con indicazioni di lavoro operative per gli insegnanti della scuola;

lo sviluppo, in collaborazione con le Università, IRCCS e con il concorso e sostegno delle Associazioni e del privato sociale, di attività di ricerca sugli aspetti genetici, etiopatogenetici, diagnostici, terapeutici (medici, psicologici e abilitativi), sociali e familiari, di valutazione degli esiti ai fini del miglioramento delle pratiche operative

Articolazione degli impegni nel triennio 2016 - 2019

ANNO 2016

Regione: emanazione delibera di adeguamento PRIA 2016-2019 supporto e monitoraggio del protocollo diagnostico e degli strumenti per la pianificazione e l’attuazione dei percorsi abilitativi; supporto e monitoraggio alla pianificazione per la rivalutazione funzionale al 16° anno di età per il passaggio ai servizi sanitari oltre che sociali, per l’età adulta; mappatura e valutazione dell’offerta residenziale e semiresidenziale; supporto alla progettazione e alla programmazione di attività formative per la disabilità intellettiva; determinazione per il rinnovo del Gruppo regionale PRIA nelle sue articolazioni;

Team Spoke: applicazione del protocollo diagnostico a tutti i nuovi casi 0-17 anni e consolidamento del raccordo con gli Ospedali di riferimento per la parte relativa agli

approfondimenti di tipo neurobiologico a garanzia del loro svolgimento nei tempi previsti al punto A1; utilizzo di strumenti di pianificazione e monitoraggio dei percorsi abilitativi per tutti gli utenti in carico, all'interno di un set di strumenti condiviso, in base alle fasce di età; facilitazione dell'accesso ai Servizi dedicati ai Disturbi dello Spettro Autistico (Spoke o servizi territoriali) per i bambini nella fascia 0-3 anni al fine di una diagnosi precoce e l'avvio tempestivo del trattamento; realizzazione e monitoraggio delle attività di Parent Training individuale e/o di gruppo

- programmazione e prima operatività del Progetto ASD-Scuola; implementazione del raccordo con i PLS per individuare i casi di sospetto diagnostico; raccordo con i Team Hub sia per aspetti clinici che organizzativi di Area Vasta e regionali

AREA ADULTI

- rivalutazione funzionale al 16° anno di età: pianificazione delle modalità di passaggio ai Servizi per l'età adulta

- sviluppo di specifici progetti, in collaborazione con la scuola, volti all'attivazione di percorsi di abilitazione e inserimento lavorativo

AREA DISABILITA' INTELLETTIVA

- progettazione e programmazione di attività formative per la disabilità intellettiva finalizzati alla diffusione delle competenze specifiche del PRIA all'area della disabilità intellettiva

Team Hub: conferma delle funzioni di coordinamento, supporto alla formazione ed organizzazione delle attività del PRIA; conferma della funzione di monitoraggio clinico-epidemiologico, mantenendo le attività consulenziali ai Team Spoke; partecipazione alla programmazione regionale delle iniziative innovative con particolare attenzione ai temi degli adulti e della disabilità intellettiva

ANNO 2017

Regione: monitoraggio obiettivi Team Spoke e Hub; supporto alla attuazione del progetto ASD-scuola; monitoraggio della uniformità delle procedure di rivalutazione al 16° anno di età; supporto all'avvio del progetto disabilità intellettiva con azioni di raccordo regionale, entro il primo semestre, programmazione e supporto alle riconversioni di posti semiresidenziali e residenziali secondo quanto previsto al punto A5

Team Spoke: applicazione del protocollo diagnostico a tutti i nuovi casi 0-17 anni; utilizzo di strumenti di pianificazione e monitoraggio dei percorsi abilitativi per tutti gli utenti in carico all'interno di un set di strumenti

condiviso, in base alle fasce di età; monitoraggio dell'accesso in tempi brevi ai Servizi dedicati ai Disturbi dello Spettro Autistico (Spoke o servizi territoriali) per i bambini nella fascia 0-3 anni al fine di una diagnosi precoce e l'avvio tempestivo del trattamento; programmazione e attuazione Progetto ASD-Scuola; raccordo con i Team Hub sia per aspetti clinici che organizzativi di Area Vasta e regionali

AREA ADULTI

- rivalutazione funzionale al 16° anno di età: consolidamento delle modalità di passaggio ai Servizi per l'età adulta, e implementazione di specifici progetti, in raccordo con i Servizi di Salute Mentale adulti, Handicap adulti e Dipartimenti di Cure primarie per le parti di relativa competenza, definendo le modalità di passaggio e di successiva presa in carico per tutti i soggetti divenuti maggiorenni e delineando le tipologie dei servizi offerti.

- implementazione di specifici progetti, in collaborazione con la scuola, volti all'attivazione di percorsi di abilitazione e inserimento lavorativo.

AREA DISABILITA' INTELLETTIVA

svolgimento di attività consulenziali e di supervisione sui casi da parte degli operatori dei Team Spoke agli operatori dei Servizi NPIA;

proposta formativa sul tema disabilità intellettiva e comportamenti problema con indicazioni di lavoro per gli insegnanti della scuola.

Team Hub: funzioni di coordinamento, supporto alla formazione, con particolare riguardo al tema degli adulti e all'area della disabilità intellettiva con organizzazione di eventi formativi di Area Vasta; programmazione e progettazione workshop

ANNO 2018

Regione: verifica della attuazione globale nel triennio; monitoraggio delle attività per la disabilità intellettiva; supporto alla attuazione della programmazione in tema di residenze e semiresidenze;

Team Spoke: consolidamento e messa a regime ogni attività per ASD nelle diverse fasce di età

Team Hub: partecipa alla verifica dei Gruppi regionali per l'andata a regime di ogni attività del PRIA per le diverse fasce di età

ANNO 2019

Regione: relazione finale di resoconto alla Giunta Regionale

LAZIO

DGR 1.3.16, n. 67 - Approvazione schema di Accordo di Programma fra la Regione Lazio e l'I.P.A.B. "Centro regionale S. Alessio - Margherita di Savoia per i Ciechi", per la prosecuzione nell'anno 2016 degli interventi in favore dei cittadini ciechi e con pluridisabilità, di cui alla legge 28 agosto 1997 n. 284, art. 3, alla legge regionale 14 gennaio 1987 n. 8 e alla legge regionale 28 dicembre 2007 n. 26, art. 17. (BUR n. 22 del 17.3.16)

Note**PREMESSA**

La legge del 28 agosto 1997, n. 284, "Disposizioni per la prevenzione della cecità e per la riabilitazione visiva e l'integrazione sociale e lavorativa dei ciechi pluriminorati", in particolare all'articolo 3 stabilisce che le Regioni possono istituire appositi Centri o Servizi di educazione permanente e di sperimentazione per le attività lavorative ed occupazionali allo scopo di promuovere l'inserimento sociale, scolastico e lavorativo delle persone prive della vista che presentino ulteriori minorazioni di natura sensoriale, motoria, intellettuale e simbolico-relazionale.

Con la legge regionale del 14 gennaio 1987, n. 8, "Interventi regionali in favore dei cittadini Ciechi", è stata promossa la fusione degli Enti Istituto dei ciechi S. Alessio e Ospizio Margherita di Savoia per i poveri ciechi, con sede legale in Roma, uniche istituzioni operanti nel Lazio a favore dei cittadini privi della vista, in un unico nuovo Ente denominato "Centro regionale S. Alessio - Margherita di Savoia per i Ciechi".

Con la legge regionale del 28 dicembre 2007, n. 26, "Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2008 (art. 11, legge regionale 20 novembre 2001 n. 25)", in particolare all'art. 17, comma 1, lett. a), è disposto che la Regione promuove una migliore qualità della vita delle persone non vedenti e pluriminorate attraverso lo sviluppo di una rete integrata territoriale di servizi a carattere residenziale e diurno.

La Regione Lazio, in ottemperanza alla legge del 28 agosto 1997, n. 284, e per effetto della legge regionale del 28 dicembre 2007, n. 26, art. 17, e della legge regionale del 14 gennaio 1987, n. 8, al fine di rafforzare gli interventi in favore delle persone non vedenti presenti nel territorio laziale, già dall'anno 2008, con deliberazione di Giunta regionale del 18 luglio 2008, n. 524, e da ultimo con la deliberazione della Giunta regionale del 4 agosto 2015, n.428, ha assegnato appositi contributi all'I.P.A.B. "Centro regionale S. Alessio - Margherita di Savoia per i Ciechi", allo scopo di promuovere lo sviluppo di una rete territoriale di servizi in favore di persone non vedenti e con pluridisabilità;

Con la determinazione dirigenziale del 30 dicembre 2012 n.G17352 è stato approvato il progetto interaziendale "percorso per l'autonomia personale e la mobilità della persona ipovedente/non vedente".

LA PROSECUZIONE DEGLI INTERVENTI:IL PROGETTO

Viene garantita , anche per l'anno 2016, la prosecuzione dei servizi educativi, domiciliari e territoriali, in tutti gli ambiti provinciali della Regione Lazio da parte della suindicata I.P.A.B. "Centro regionale S. Alessio - Margherita di Savoia per i Ciechi", unica istituzione operante nel Lazio a favore dei cittadini privi della vista, in ragione della loro rilevanza sociale, sulla base della valutazione complessiva di un progetto articolato di attività elaborato dalla stessa I.P.A.B. Centro Regionale S. Alessio - Margherita di Savoia per i Ciechi;

Il progetto, elaborato dall'I.P.A.B. Centro Regionale S. Alessio - Margherita di Savoia per i Ciechi, acquisito dalla Direzione regionale Salute e Politiche sociali, con protocollo del 22 febbraio 2016 n. 93022, che si allega al presente atto e ne costituisce parte integrante e sostanziale.

La suddetta proposta progettuale indica complessivamente le attività relative all'anno 2016 volte a garantire la realizzazione e la prosecuzione di servizi educativi e di inclusione sociale e scolastica, di recupero di abilità e di potenziamento delle autonomie personali nell'area della comunicazione, del movimento e relazionale delle persone non vedenti e ipovedenti, anche con minorazioni aggiuntive, inerente la legge del 28 agosto 1997, n. 284, art. 3, lettera c), e legge regionale del 28 dicembre 2007, n. 26, in continuità con i piani annuali di attività degli anni precedenti.

Il progetto è teso alla realizzazione ed al mantenimento di uno specifico servizio essenziale permanente, rivolto ad utenti disabili non vedenti che versano in situazioni di particolari difficoltà, con lo scopo di promuovere una migliore qualità della vita attraverso lo sviluppo di una rete integrata territoriale di servizi a carattere residenziale e diurno, come indicato all'art. 17 della citata legge regionale n. 26 del 2007;

L'ACCORDO DI PROGRAMMA

Viene approvato lo schema di Accordo di Programma con l'I.P.A.B. "Centro regionale S. Alessio-Margherita di Savoia per i Ciechi", allegato al presente atto quale sua parte integrante e sostanziale, contenente la descrizione delle attività previste per l'annualità 2016, in continuità dei piani annuali di attività degli anni precedenti, volte a garantire la realizzazione di servizi educativi e di inclusione sociale e scolastica, di recupero di abilità e di potenziamento delle autonomie personali nell'area della comunicazione, del movimento e relazionale delle persone non vedenti e ipovedenti, anche con minorazioni aggiuntive, per un valore complessivo pari ad euro 1.662.931,68;

ACCORDO DI PROGRAMMA

"Prosecuzione nell'anno 2016 degli interventi in favore dei cittadini ciechi e con pluridisabilità, di cui alla legge 28 agosto 1997 n. 284, art. 3, alla legge regionale 14 gennaio 1987 n. 8 e alla legge regionale 28 dicembre 2007 n. 26, art. 17."

LA REGIONE LAZIO

E

L'I.P.A.B. "CENTRO REGIONALE S. ALESSIO - MARGHERITA DI SAVOIA PER I CIECHI"

VISTO l'art. 34 del d.lgs. 18 agosto 2000, n. 267 (Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali), recante la disciplina degli accordi di programma fra soggetti pubblici;

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

VISTA la legge regionale del 9 settembre 1996, n. 38, "Riordino, programmazione e gestione degli interventi e dei servizi socio-assistenziali nel Lazio" e successive modifiche e integrazioni;

DATO ATTO che il progetto, elaborato dall'I.P.A.B. Centro Regionale S. Alessio - Margherita di Savoia per i Ciechi, è stato acquisito nella sua versione definitiva agli atti della competente Direzione regionale Salute Politiche sociali il 22 febbraio 2016 con protocollo n. 93022;

RILEVATO che la suddetta proposta progettuale indica complessivamente le attività relative all'anno 2016 volte a garantire la realizzazione e la prosecuzione di servizi educativi e di inclusione sociale e scolastica, di recupero di abilità e di potenziamento delle autonomie personali nell'area della comunicazione, del movimento e relazionale delle persone non vedenti e ipovedenti, anche con minorazioni aggiuntive, inerente la legge del 28 agosto 1997, n. 284, art. 3, lettera c), e legge regionale del 28 dicembre 2007, n. 26, in continuità con i piani annuali di attività degli anni precedenti;

RILEVATA l'importanza del progetto, teso alla realizzazione ed al mantenimento di uno specifico servizio essenziale permanente, rivolto ad utenti disabili non vedenti che versano in situazioni di particolari difficoltà con lo scopo di promuovere una migliore qualità della vita attraverso lo

sviluppo di una rete integrata territoriale di servizi a carattere residenziale e diurno, come indicato all'art. 17 della citata legge regionale n. 26 del 2007;

PRESO ATTO che il progetto presentato dal Centro Regionale S. Alessio - Margherita di Savoia per i Ciechi prevede una spesa complessiva di 1.662.931,68 euro per 12 mesi di attività e in ottemperanza delle disposizioni finanziarie contenute nel decreto legislativo del 23 giugno 2011, n. 118, e successive modifiche ed integrazioni, nell'articolo 1, comma 15, della legge regionale del 30 dicembre 2014, n. 18, e nella deliberazione di Giunta regionale del 27 gennaio 2015, n. 24, volte al contenimento della spesa al fine di garantire l'equilibrio di bilancio, si potrebbe destinare alla realizzazione della suindicata progettualità per l'annualità 2016 un contributo finanziario complessivo non superiore ad euro 1.250.000,00;

PRESO ATTO che l'I.P.A.B. "Centro regionale S. Alessio-Margherita di Savoia per i Ciechi" si è resa disponibile a dare piena esecuzione alle attività di cui al richiamato progetto per l'annualità 2016, assumendo a proprio carico la quota di costi non coperta dall'eventuale ulteriore partecipazione della Regione Lazio;

CONSIDERATA, pertanto, l'opportunità di definire la puntuale articolazione delle attività relative all'anno 2016 volte a garantire la realizzazione e la prosecuzione di servizi educativi e di inclusione sociale e scolastica, di recupero di abilità e di potenziamento delle autonomie personali nell'area della comunicazione, del movimento e relazionale delle persone non vedenti e ipovedenti, anche con minorazioni aggiuntive, in continuità con i piani annuali di attività degli anni precedenti e la relativa ripartizione dei costi in piena conformità a quanto sin qui richiamato;

DATO ATTO che con la sottoscrizione del presente Accordo di Programma si potrebbe garantire, per l'annualità 2016, un livello di servizio pari, quanto a numero di ore di attività, a quello realizzato negli anni precedenti;

EVIDENZIATO che, attraverso il riconoscimento della partecipazione regionale alla progettualità dell'I.P.A.B. "Centro regionale S. Alessio - Margherita di Savoia per i Ciechi", si intende promuovere anche la definizione di procedure di monitoraggio e valutazione volte ad attestare l'andamento dell'attività quali quantitative e l'efficacia degli interventi realizzati in relazione al raggiungimento degli obiettivi prefissati, al grado di soddisfazione dell'utenza interessata dai servizi, nonché all'individuazione di eventuali carenze e/o criticità, validando, in tal modo, un modello ripetibile in diversi contesti di attuazione di politiche e servizi sociali;

RILEVATO che, per il perseguimento della suddetta finalità, risulta funzionale la costituzione di un apposito Comitato tecnico a composizione mista, con rappresentanti regionali e dell'I.P.A.B. "Centro regionale S. Alessio - Margherita di Savoia per i Ciechi", senza oneri aggiuntivi;

RITENUTO che al termine dell'attività il "Centro regionale S. Alessio - Margherita di Savoia per i Ciechi" dovrà presentare la rendicontazione dell'attività svolta;

LE PARTI STIPULANO IL SEGUENTE

ACCORDO DI PROGRAMMA

Articolo 1

Recepimento delle premesse e termini di riferimento

1. Le premesse di cui sopra costituiscono parte integrante e sostanziale del presente Accordo di Programma (di seguito "Accordo").
2. Agli effetti del presente Accordo si intendono:
 - a) per Regione la Regione Lazio;
 - b) per I.P.A.B., l'I.P.A.B. "Centro regionale S. Alessio - Margherita di Savoia per i Ciechi", unica istituzione operante nel Lazio a favore dei cittadini privi della vista;
 - c) per Comitato tecnico l'apposito Comitato tecnico a composizione mista, con rappresentanti regionali e dell'I.P.A.B.

Articolo 2

Oggetto e finalità

1. Oggetto del presente Accordo è quello di continuare ed implementare per tutto l'anno 2016 i Servizi Educativi Domiciliari e Territoriali offerti dall'I.P.A.B. "Centro regionale S. Alessio -

Margherita di Savoia per i Ciechi” di sostegno alla persona disabile visiva e disabile visiva pluriminorata nel suo percorso di vita, in conformità con quanto stabilito nel progetto acquisito al protocollo regionale il 22 febbraio 2016 con n. 93022. Tali servizi sono finalizzati a favorire e potenziare i processi di inclusione umana, scolastica, lavorativa e sociale. Tali obiettivi sono perseguiti mediante l’elaborazione di progetti individualizzati che investono l’area della autonomia della persona, l’area della comunicazione, l’area del movimento, l’area relazionale e quella didattica.

2. In particolare, le attività avranno come obiettivi quelli dell’impiego compensativo dei sensi vicari, del recupero delle abilità, del potenziamento delle autonomie personali, scolastiche, domestiche ed ambientali e della pianificazione di azioni mirate a contrastare l’aggravamento delle capacità già compromesse.

3. Le azioni, di cui al precedente comma 2, sono rivolte ai cittadini della Regione Lazio di qualsiasi età con disabilità visiva ex legge 138/2001, anche con pluriminorazioni, congenite o acquisite di qualsiasi età.

4. I servizi educativi si svolgono presso i domicili degli utenti di tutta la regione Lazio e presso tutte le strutture territoriali ubicate a Roma, Frosinone e Latina. Inoltre, vengono svolte attività laboratoriali di espressione corporea e stimolazione sensoriali e percettivo-motorie presso l’Istituto S. Alessio. Tali servizi educativi comportano le seguenti azioni:

- individuare le esigenze della persona disabile in relazione alle sue proprie condizioni di vita, personali, familiari ed ambientali;
- predisporre un progetto personalizzato di interventi educativi domiciliari e territoriali;
- selezionare l’operatore tiflopedagogico le cui competenze sono atte ad eseguire il progetto definito;
- monitorare l’attuazione del progetto;
- valutare la soddisfazione della persona.

Articolo n 3

Impegni delle Parti

1. Sulla base delle Premesse:

- a) le Parti, ciascuna nell’ambito delle proprie funzioni e competenze, si impegnano ad individuare e definire congiuntamente tutte le azioni e le modalità necessarie alla migliore realizzazione delle finalità di cui al precedente articolo 2;
- b) la Regione si impegna a rendere disponibili le risorse economiche per la realizzazione delle attività di cui al precedente punto 2) e più puntualmente definite nell’Allegato A, fino alla concorrenza massima di euro 1.250.000,00;
- c) la Regione procederà al pagamento in rate trimestrali anticipate, di importo corrispondente alla somma delle spese documentate per ciascun periodo, subordinatamente alla verifica, da parte della Regione, delle relazioni attestanti la realizzazione delle attività previste nel progetto e della conformità della rendicontazione della spesa relativa a ogni trimestre di esecuzione del medesimo;
- d) l’I.P.A.B. si impegna a dare piena esecuzione alle attività progettuali di cui al precedente articolo 2) e più puntualmente definite nell’Allegato A, assumendo a proprio carico la quota di costi non coperta dal contributo regionale garantendo pertanto un livello di servizio, con riferimento al numero di ore di attività, almeno pari a quello realizzato nella precedente annualità;
- e) l’I.P.A.B. si impegna altresì a rendicontare nel dettaglio l’andamento delle attività sul piano qualitativo e quantitativo, consentendo inoltre un costante monitoraggio dei costi da parte della Direzione regionale Salute e Politiche sociali.

Articolo 4

Copertura finanziaria delle azioni previste dall’Accordo

1. Il costo totale stimato delle azioni di cui all’articolo 2, come più puntualmente definite nell’Allegato A, è pari ad euro 1.662.931,68. La copertura finanziaria di tali attività è garantita:

- a. dalla Regione fino alla concorrenza massima di euro 1.250.000,00;

b. dall'I.P.A.B. che assume a proprio carico la quota di costi non coperta dal contributo regionale assegnato nell'anno 2016.

Articolo n. 5

Comitato Tecnico dell'Accordo

1. Per l'attuazione del presente Accordo è istituito un Comitato Tecnico ("Comitato"), composto da n. 2 dipendenti regionali facenti parte della Direzione regionale Salute e Politiche sociali, di cui uno con funzioni di Presidente, e da n. 2 componenti individuati dall'I.P.A.B. nell'ambito delle proprie risorse umane.
2. Il Comitato è preposto alla puntuale e costante verifica dello stato di attuazione delle attività progettuali di cui al presente Accordo di Programma.
3. Il Comitato produrrà relazioni periodiche sullo stato di avanzamento dell'Accordo, inviandole, attraverso il suo Presidente, per opportuna conoscenza e presa d'atto, a ciascuna delle Parti.
4. Il Comitato, al fine di garantire la piena realizzazione degli obiettivi del presente Accordo, può proporre integrazioni, modifiche e aggiornamenti, opportunamente motivati, al presente Accordo.
5. Il Comitato dura in carica fino al completamento delle attività approvate per la realizzazione degli obiettivi e delle finalità del presente Accordo.
6. Le modalità di funzionamento del Comitato sono disciplinate con apposito provvedimento adottato dal Direttore della Direzione regionale Salute e Politiche sociali.
7. La partecipazione ai lavori del Comitato è a titolo gratuito ed il funzionamento dello stesso non comporta alcun onere aggiuntivo per le Parti.

Articolo n. 6

Durata

1. Il presente Accordo entra in vigore al momento della sottoscrizione e ha durata fino alla conclusione delle attività, più puntualmente descritte nell'Allegato A.

Articolo n. 7

Disposizioni generali e finali

1. Il presente Accordo è vincolante per le Parti.
2. Le Parti si obbligano a compiere tutti gli atti necessari alla sua esecuzione.
3. Il presente Accordo è redatto in n. 3 copie originali e sarà sottoposto alle prescritte approvazioni e registrazioni di legge.

Roma, li

Per la Regione Per l'I.P.A.B.

LOMBARDIA

DD 14.3.16 - n. 1802 - Approvazione della graduatoria di cui al d.d.g. 10227/2015 «Approvazione avviso pubblico relativo a interventi per lo sviluppo dell'autonomia finalizzata all'inclusione sociale delle persone disabili

Note

Vengono approvate le graduatorie mediante la rimodulazione del numero di voucher annuali da erogare e la relativa assegnazione, così come previsto nell'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.(a cui si rinvia)

DD 14.3.16 - n. 1803 - Approvazione della graduatoria di cui al d.d.g. 10226/2015 «Approvazione avviso pubblico per l'implementazione di interventi volti a migliorare la qualità della vita delle famiglie e delle persone anziane con limitazione dell'autonomia.

Note

Viene approvata le graduatorie mediante la rimodulazione del numero di voucher annuali da erogare e la relativa assegnazione, così come previsto nell'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

3.di dare atto che, con successivo provvedimento si procederà all'impegno delle risorse ed alla relativa assegnazione dell'anticipazione a favore dei soggetti beneficiari di cui all'allegato A sui

capitoli di spesa, come indicato in premessa e previsto al paragrafo 12 dell'avviso di cui al decreto n.10226/2015, per un ammontare complessivo di € 600.000,00;.

POLITICHE SOCIALI

EMILIA-ROMAGNA

DGR 20.7.15, n. 962 - Nomina del Revisore unico dell'ASP "Azienda Servizi alla Persona San Vincenzo de' Paoli" con sede in Santa Sofia (FC) (BUR n.79 del 23.3.16)

Note

Viene nominato Revisore unico dell'ASP "Azienda Servizi alla Persona San Vincenzo de' Paoli" con sede in Santa Sofia (FC), il dott. Raffaele Schiavo nato a Forlì (FC) il 2 agosto 1943.

NB

La deliberazione dell'Assemblea legislativa n. 179 del 2008 stabilisce che l'Organo di revisione contabile dura in carica fino al 30 giugno del quinto anno successivo a quello di nomina e comunque fino alla ricostituzione dell'Organo che gli succede, fatti salvi i termini di legge in materia di proroga degli organi delle pubbliche amministrazioni, ed è rieleggibile una sola volta.

La nomina in oggetto è disposta fino al 30 giugno 2020 e che si tratta del secondo mandato quinquennale;

DGR 15.2.16, n. 173 - Approvazione modifica statutaria dell'ASP "ASP Del Forlivese" con sede a Predappio (FC) (BUR n.79 del 23.3.16)

Note

Vengono approvate le modifiche agli articoli 3, comma 1, 19, 20 e 27 dello Statuto dell'ASP "Azienda Servizi alle Persone del Forlivese" con sede a Predappio (FC), nel testo approvato dall'Assemblea dei soci con deliberazione n. 2 del 5 agosto 2015.

NB

Le modificazioni statutarie approvate con il presente atto relative alla composizione del Consiglio di amministrazione di tre componenti in luogo di 5 trovano applicazione a decorrere dal primo rinnovo del medesimo organo.

DGR 15.2.16, n. 174 - Approvazione modifica statutaria dell'ASP del "Delta Ferrarese" con sede a Codigoro (FE) (BUR n.79 del 23.3.16)

Note

Vengono approvate le modifiche allo Statuto dell'ASP "ASP del Delta Ferrarese" con sede a Codigoro (FE), nel testo approvato dall'Assemblea dei soci con deliberazione n. 3 del 28 luglio 2015, composto da n. 47 articoli, con la raccomandazione, indicata in premessa, di modificare la formulazione dell'art.32, comma 1.

NB

Le modificazioni statutarie approvate con il presente atto relative alla composizione del Consiglio di amministrazione di tre componenti in luogo di 5 trovano applicazione a decorrere dal primo rinnovo del medesimo organo

SICILIA

DASS 26.1.16 - Modifica del decreto 2 aprile 2013, concernente istituzione dell'elenco dei soggetti idonei alla nomina, di competenza regionale, a consigliere di amministrazione delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza della Regione siciliana.

Articolo unico

Il comma 1, lett. a), dell'art. 2 del D.A. n. 385 del 2 aprile 2013 è così modificato;

a) qualifica di dirigente o funzionario dell'Amministrazione regionale con anzianità di servizio nella qualifica non inferiore a cinque anni;

b) istruttore direttivo, con anzianità di servizio nella qualifica non inferiore a cinque anni, con riconosciute attribuzioni culturali e professionali adeguate all'incarico.

POVERTA' INCLUSIONE SOCIALE

FRIULI V.G.

DGR 11.3.16, n. 393 - LR 11/2006, art. 10 e art. 21 bis. Carta famiglia. Approvazione dei valori massimi del beneficio regionale energia elettrica per l'anno 2015 e delega ai Comuni delle funzioni amministrative connesse all'attivazione del beneficio. (BUR n. 12 del 23.3.16)

Note

Viene attivato per l'anno 2015 a favore dei titolari di Carta famiglia il beneficio regionale di riduzione dei costi per i servizi di fornitura di energia elettrica in base ai valori massimi indicati all'Allegato 1 al presente atto a formarne parte integrante e sostanziale.

NB

La misura dei contributi effettivamente erogabili agli aventi diritto sarà definita con successivo provvedimento, tenuto conto dei valori massimi stabiliti nell'Allegato 1, delle domande ammissibili inserite nell'applicativo informatico e delle risorse disponibili.

Le funzioni amministrative connesse all'attivazione del beneficio regionale di cui al punto 1. Sono delegate, ai sensi dell'articolo 21 bis della legge regionale 11/2006, ai Comuni della regione che, ai sensi del combinato disposto degli articoli 3 bis della legge regionale 11/2006 e 17 del regolamento, possono gestire le relative attività anche in forma associata.

Spettano agli enti delegati le seguenti funzioni:

- la raccolta delle domande di beneficio regionale energia elettrica 2015 a partire dal 21 marzo 2016 e fino al 20 maggio 2016, presentate dal titolare di Carta famiglia rilasciata ai sensi dell'articolo 12 del regolamento;
- l'istruttoria delle domande presentate ai fini della loro ammissibilità al beneficio regionale e l'inserimento delle domande ammissibili nell'applicativo informatico fornito dall'Amministrazione regionale per il tramite di Insiel S.p.A.;
- la concessione e l'erogazione del beneficio ai titolari di Carta famiglia che hanno regolarmente presentato la domanda del beneficio;
- l'adempimento degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, previsto dall'articolo 18 del decreto legge 22 giugno 2012, n. 83 (Misure urgenti per la crescita del Paese) convertito in legge, con modificazioni, dall'articolo 1, comma 1, della legge 134/2012 nonché dalle disposizioni della legge regionale 31 dicembre 2013, n. 27 (Legge Finanziaria 2013) di cui all'articolo 12, commi da 26 a 41;
- l'effettuazione di idonei controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni acquisite, anche ai sensi del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa).

Agli enti delegati sarà garantito il trasferimento dei fondi necessari per l'erogazione dei contributi spettanti agli aventi diritto come stabilito al punto 2.

Il contributo riconosciuto agli enti delegati a concorrenza dei costi di gestione sostenuti per le funzioni delegate ai sensi del punto 4 è determinato nella misura forfetaria dell'1,5 per cento delle risorse regionali trasferite ai sensi del punto 5.

La spesa massima relativa ai punti 5. e 6 è pari ad euro 6.735.000,00.

MARCHE

Mozione n. 74 dell'8.3.16 - "Adozioni di politiche economiche e sociali regionali volte a garantire ai cittadini marchigiani in condizioni economiche – sociali disagiate l'accesso quotidiano e gratuito all'acqua potabile ad uso domestico". (BUR n. 36 del 24.3.16)

"L'ASSEMBLEA LEGISLATIVA DELLE MARCHE

PREMESSO che

- l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite con Risoluzione A/64/L.63/Rev. 1 ha dichiarato "il diritto all'acqua potabile e sicura ed ai servizi igienici un diritto umano essenziale al pieno godimento della vita e di tutti i diritti umani";
- l'Organizzazione mondiale della sanità ha riconosciuto nei 50 litri giornalieri a persona la quantità minima di acqua necessaria a garantire i bisogni essenziali, tra i quali sono compresi i servizi igienico-sanitari di base. Lo stesso principio sulla quantità minima vitale, inteso come diritto inalienabile, è stato affermato dalla Commissione europea e dal Contratto mondiale per l'acqua:
 - in data 8 settembre 2015, a seguito dell'iniziativa dei cittadini europei "Right2Water" il Parlamento europeo ha votato la Risoluzione sul diritto umano all'acqua e ai servizi igienico-sanitari comprensivi della disponibilità, dell'accettabilità, dell'accessibilità economica e della qualità: "L'acqua è un diritto";
- l'articolo 2 della Costituzione sancisce che "La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale";
- con la vittoria del referendum abrogativo del giugno 2011 contro la mercificazione dell'acqua, iniziativa dei cittadini europei, avviata il 10 maggio 2012, con la raccolta di un milione e seicento mila firme presentate al Commissario europeo per il mercato interno e la proposta di legge di iniziativa popolare (depositata alla Camera dei Deputati il 21/03/2014) sulla tutela, il governo e la gestione pubblica delle acque, gli italiani e gli europei hanno voluto ribadire la loro netta contrarietà all'attuazione di logiche di mercato sui servizi essenziali;
- il 12 e 13 giugno 2011 la maggioranza assoluta del popolo italiano, votando "Sì" ai quesiti referendari relativi alla gestione del servizio idrico con i quali si proponeva di sottrarre la gestione dell'acqua alla logica del mercato e del profitto, ha determinato l'abrogazione sia dell'articolo 23 bis del decreto legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito con la legge 6 agosto 2008, n. 133 e successive modificazioni e integrazioni, sia del comma 1 dell'articolo 154 del decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152;
- il Consiglio di Stato con il parere n. 267 del 25 gennaio 2013, sostiene che il criterio dell'adeguatezza della remunerazione dell'investimento, a partire dal 21 luglio, è stato applicato illegittimamente poiché in contrasto con gli effetti del referendum del 12 e 13 giugno del 2011;
- il Collegato ambientale 2016 (legge 221 del 28.12.2015), con riferimento alla tariffa sociale, all'art. 60 dispone che l'AEEGSI: "Assicura agli utenti domestici del servizio idrico integrato in condizioni economico-sociali disagiate l'accesso, a condizioni agevolate, alla fornitura della quantità di acqua necessaria per il soddisfacimento dei bisogni fondamentali sulla base dei principi e dei criteri individuati con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge". nonché "definisce le necessarie modifiche all'articolazione tariffaria per fasce di consumo o per uso, determinando i criteri e le modalità";

CONSIDERATO che

- il diritto all'acqua è un diritto inalienabile, individuale e collettivo, ed è un bene comune essenziale per la vita non assoggettabile a interessi di mercato;
- l'acqua potabile è un bene comune in quanto: indispensabile per la sopravvivenza dell'uomo; presente in natura in quantità limitata e con concentrazioni territoriali disomogenee, dunque un bene prezioso entrato a far parte ufficialmente della Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo;
- la risorsa idrica è limitata ed è quindi necessario attuare una politica che ne incentivi un utilizzo consapevole e controllato;
- la carenza idrica è un fenomeno preoccupante, che si presenta con sempre maggiore frequenza e che riguarda almeno l'11% della popolazione europea e il 17% del territorio dell'Unione europea;
- in Europa, nonostante la media pro capite si attesti intorno agli 85 mc. annui, circa due milioni di persone non hanno accesso all'acqua potabile e ai servizi igienico-sanitari. A questo si aggiunge la minaccia dell'interruzione del servizio per migliaia di persone a basso reddito che non sono in grado di far fronte ai costi della fornitura idrica;

- i gestori potrebbero interrompere la fornitura di acqua agli utenti morosi. Tale approccio evidenzia la non eticità dei gestori privati, ingiustizia sociale e testimonia quanto l'aver introdotto il profitto nella gestione della risorsa idrica porti a soluzioni che ledono i diritti umani sanciti dall'ONU;
- anche nella Risoluzione approvata dal Parlamento europeo si esprime: "Preoccupazione per il fatto che nel 2008, a causa della crisi finanziaria ed economica e delle politiche di austerità, che hanno causato un aumento della povertà in Europa e un incremento delle famiglie a basso reddito, un sempre maggior numero di persone abbia difficoltà a pagare le bollette per i servizi idrici e all'interruzione forzata della fornitura di acqua e chiede agli Stati membri di porre immediatamente fine a situazioni siffatte, quando sono dovute a fattori socioeconomici nelle famiglie a basso reddito". La Risoluzione citata ricorda le Risoluzioni ONU che per quanto concerne il pagamento corrispondente del servizio idrico segnala che esso dovrebbe essere commisurato al reddito e comunque non superiore al 3% del reddito stesso;
- l'attuale crisi economica in Italia sta creando sacche di povertà in tutto il Paese e molte famiglie non sono ormai in grado di pagare i servizi essenziali;
- il Forum provinciale dei beni comuni della Provincia di Pesaro-Urbino ha avuto notizia di migliaia di distacchi, per morosità, dal servizio di erogazione dell'acqua potabile, effettuati sul territorio provinciale e molti cittadini, pur vivendo in grave difficoltà, per mantenere la propria dignità, non hanno chiesto nessun tipo di aiuto continuando a vivere situazioni di forte disagio;
- la giurisprudenza si è più volte espressa contro l'interruzione del servizio idrico per le utenze domestiche, sulla base del principio che, anche laddove fosse conclamata la morosità, "la sospensione della fornitura di un bene primario come l'acqua appare sproporzionata a fronte di un adempimento pecuniario" (decreto Tribunale di Bari del 9 settembre 2004, Provvedimento del Tribunale di Tempio Pausania, sez. staccata di Olbia del 6 luglio 2012);
- la necessità di un quantitativo minimo di acqua per persona comunque riconosciuto anche a chi non può pagarla, è sostenuta anche dalla Risoluzione dell'ONU per il diritto all'acqua del 28 luglio 2010 e da numerose sentenze come quella del Tribunale di Castrovillari (sentenza n. 5811 del 30 novembre 2012) secondo cui la morosità dell'utente non è ragione sufficiente a giustificare la sospensione della fornitura dell'acqua in quanto in contrasto con l'articolo 2 della Costituzione;
- la giurisprudenza ha giudicato vessatorio il distacco della fornitura di acqua ad uso domestico senza preventiva disamina delle situazioni specifiche a tutela delle fasce deboli (Tribunale di Latina - sentenza n. 2972 del 18 novembre 2011);

RISCONTRATO che la legge regionale n. 30 del 28 dicembre 2011 "Disposizioni in materia di risorse idriche e di servizio idrico integrato" si esprime chiaramente in relazione al tema del diritto all'acqua e la garanzia della soddisfazione del fabbisogno idrico, specialmente a tutela dei soggetti svantaggiati;

- all'articolo 1, comma 1 la Regione riconosce l'acqua "quale patrimonio dell'umanità da tutelare, bene pubblico primario, essenziale e indispensabile per la vita. La disponibilità e l'accesso all'acqua potabile, nonché all'acqua necessaria per il soddisfacimento dei bisogni collettivi, costituiscono diritti inviolabili e inalienabili della persona umana";
- all'articolo 1, comma 2 "La Regione difende e garantisce approvvigionamento e tutela il diritto di ciascuno all'acqua potabile individuando gli strumenti attraverso i quali garantire la soddisfazione del fabbisogno idrico nel rispetto del principio di solidarietà e promuovendo la tutela e la valorizzazione delle risorse idriche mediante: "d) la tutela dei soggetti socialmente ed economicamente svantaggiati o residenti in zone territorialmente svantaggiate";
- all'articolo 2, comma 1 relativamente al servizio idrico integrato, "la Regione esercita funzioni di programmazione, di indirizzo e di controllo, secondo quanto previsto dalla presente legge";
- all'articolo 2, comma 4 ai fini dello svolgimento delle attività di programmazione, di indirizzo o di controllo, e dell'effettuazione del sistema informativo ambientale della Regione, gli enti locali e i gestori del servizio idrico integrato sono tenuti a fornire alla Giunta regionale i dati necessari o comunque da questa richiesti;

RITENUTO che

- in Italia un cittadino su tre non ha accesso regolare e sufficiente all'acqua potabile;
- sono 8 milioni i cittadini italiani che non hanno accesso alla risorsa idrica e 18 milioni quelli che bevono acqua depurata, mentre il 15 % della popolazione totale, ogni estate, è sotto la soglia minima del fabbisogno idrico (fonte Dossier Acqua 2010 di Solidarietà e cooperazione Cipsi), che si attesta intorno ai 50 litri giornalieri per persona, ripartendo la mancata fatturazione sui consumi che i cittadini evidenziano dalla contabilizzazione volumetrica individuale della risorsa posta a valle di ciascuna utenza;
- i distacchi per morosità - se venissero documentati e confermati - costituiscono una violazione all'articolo 1, commi della legge regionale 30/2011;
- sia dovere della Regione avviare una verifica della situazione regionale per territori, ambiti e gestori esercitando la sua funzione di controllo;
- nel caso i distacchi venissero confermati, sia dovere della Regione attivarsi per risolvere questa inaccettabile situazione che costituisce violazione della legge regionale 30/2011;

PRESO ATTO che

- per tutte le suddette ragioni l'acqua potabile, almeno per il quantitativo necessario alla sopravvivenza, non può essere considerata una merce assoggettabile a logiche di libero mercato, e pertanto deve essere necessariamente gestita fuori dalle logiche del profitto;
- la mancata fatturazione per la gratuità dei primi 50 litri di acqua potabile giornalieri può essere facilmente ripartita, con criterio della progressività, diluendola sulle eccedenze erogate;

IMPEGNA IL PRESIDENTE E LA GIUNTA REGIONALE

1. ad intraprendere con urgenza, dalla pubblicazione del DPCM collegato alla legge n. 221 del 28 dicembre 2015, ogni iniziativa di propria competenza affinché le ATO adottino immediatamente una politica tariffaria che consenta, ad ogni utenza residente nelle Marche, la gratuità giornaliera dei litri di acqua potabile per componente familiare, stabiliti dal DPCM sopra citato per solo uso domestico, necessari a garantire i bisogni essenziali, tra i quali i servizi igienico- sanitari ed il pieno godimento dei diritti umani sanciti dall'ONU;
2. a richiedere agli enti locali ed ai gestori del servizio idrico integrato i dati relativi ai distacchi effettuati suddivisi per tipologia di utenza ed ammontare della morosità, nonché a pubblicare i dati raccolti suddivisi per situazioni di svantaggio economico, sociale e/o territoriale;
3. ad adoperarsi per quanto di sua competenza, affinché i gestori, i Comuni e la Regione stessa si adoperino nel rispetto della legge n. 21 del 28 dicembre 2015 e del DPCM collegato;
4. a riferire in Consiglio regionale o nella Commissione competente circa le azioni intraprese ed i risultati ottenuti”.

PUGLIA

L.R 14.3.16, n. 3 - “Reddito di dignità regionale e politiche per l'inclusione sociale attiva”. (BUR n. 28 del 15.3.16)

TITOLO I

DISPOSIZIONI GENERALI

Art. 1

Principi

1. La Regione Puglia promuove una strategia complessiva di contrasto al disagio socioeconomico, alle povertà e all'emarginazione sociale, attraverso l'attivazione di interventi integrati per l'inclusione sociale attiva, nel rispetto dell'articolo 34 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, degli articoli 1, 2, 3, 4, 38, della Costituzione italiana e nell'ambito d'azione delineato dalla raccomandazione n. 2008/867/CE della Commissione del 3 ottobre 2008, relativa all'inclusione attiva delle persone escluse dal mercato del lavoro.
2. La Regione Puglia promuove le politiche di inclusione sociale attiva di cui al comma 1, attraverso un sistema integrato di interventi e servizi negli ambiti sociosanitario, delle politiche attive del lavoro, formazione e diritto allo studio e casa, in attuazione dell'articolo 22 della legge 8

novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), dell'articolo 33 della legge regionale 10 luglio 2006, n. 19 (Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia) e a seguito della sperimentazione dei cantieri di cittadinanza di cui all'articolo 15 della legge regionale 1 agosto 2014, n. 37 (Assestamento e prima variazione al bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2014).

3. La Regione Puglia promuove l'inclusione sociale attiva delle persone e dei nuclei familiari che vivono situazioni di disagio socio economico, organizzando e coordinando un sistema integrato di interventi e promuovendo azioni di prossimità, al fine di riattivare capitale sociale ed economico, a partire dalle persone beneficiarie degli interventi.

4. Nel quadro della strategia complessiva di contrasto al disagio socioeconomico e per l'inclusione attiva, la Regione Puglia promuove il coinvolgimento degli attori socio-economici espressi dai territori, nei percorsi di sussidiarietà orizzontale fondati sulla partecipazione attiva di cittadini e di associazioni, sulla responsabilità sociale e civile delle imprese, sulle collaborazioni tra soggetti pubblici e soggetti privati, con particolare attenzione al settore del privato-sociale.

Art. 2

Obiettivi

1. In coerenza con i principi di cui all'articolo 1, la Regione Puglia nell'ambito delle proprie competenze in materia di coordinamento e programmazione delle politiche sociali integrate e delle politiche di inclusione sociale attiva e nelle more della determinazione ai sensi dell'articolo 117, comma 2, lettera m) della Costituzione, con legge dello Stato, dei livelli essenziali di assistenza connessi al contrasto delle povertà, promuove i seguenti obiettivi:

- a) favorire la costruzione e il potenziamento di una rete territoriale di interventi e servizi per la protezione, l'inclusione e l'attivazione delle persone e dei rispettivi contesti familiari, promuovendo, in un quadro di politiche integrate, l'inserimento al lavoro nonché sostenendo l'inclusione sociale e l'autonomia delle persone in condizioni di fragilità economica e vulnerabilità sociale;
- b) promuovere l'attivazione di misure di sostegno economico, quale strumento privilegiato per una presa in carico complessiva dei singoli e delle famiglie fragili, all'interno delle reti integrate di politiche per la protezione, l'inclusione e l'attivazione di cui alla lettera a);
- c) sostenere la sperimentazione di percorsi di innovazione sociale, di rigenerazione urbana e di cittadinanza attiva, a supporto di comunità accoglienti e capaci di interagire con l'economia sociale per promuovere opportunità di inclusione.

Art. 3

Azioni

1. Per concorrere al perseguimento degli obiettivi di cui all'articolo 2, la Regione Puglia promuove un sistema integrato di interventi quali:

- a) istituzione del Reddito di dignità regionale, per il sostegno economico e l'inclusione sociale attiva delle persone e dei rispettivi nuclei familiari, la cui situazione economica non consenta di disporre dei mezzi sufficienti a una vita dignitosa;
- b) erogazione tramite gli ambiti sociali di zona di servizi sociali, socioeducativi e sociosanitari e attivazione di interventi volti a favorirne l'accessibilità, al fine di contrastare la marginalità sociale, rispondere ai fabbisogni, anche di cura, della popolazione più fragile e promuovere la qualità della vita del nucleo familiare;
- c) attivazione di politiche attive per il lavoro e politiche formative rivolte a favorire l'inserimento socio lavorativo e la crescita personale e professionale, nonché ad accrescere l'occupabilità e le opportunità di accesso al mondo del lavoro e di accompagnamento all'auto-impresa, in favore di soggetti svantaggiati in condizioni di rischio di disagio sociale ed economico;
- d) attivazione di percorsi di tirocinio di orientamento, formazione, inserimento e/o reinserimento finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione in favore di persone già prese in carico dai servizi sociali e sanitari professionali, come disciplinato dall'articolo

1, comma 2, lettera d), della legge regionale 5 agosto 2013, n. 23 (Norme in materia di percorsi formativi diretti all'orientamento e all'inserimento nel mercato del lavoro), come aggiunta dall'articolo 3 della legge regionale 7 aprile 2015, n. 14;

e) attivazione di misure di microcredito sociale e altri strumenti di micro-finanza a supporto dei percorsi di attivazione connessi, a titolo esemplificativo, all'autocostruzione o edilizia sociale, all'auto-impresa, al superamento di condizioni di particolare e transitoria difficoltà;

f) attivazione di misure di sostegno per l'accesso alla casa e per la riqualificazione dei contesti abitativi;

g) promozione di percorsi sperimentali per la attivazione di una piattaforma regionale per la condivisione e la valorizzazione delle risorse individuali al servizio delle comunità locali, in ottica di mutuo-aiuto per favorire comunità accoglienti, strumenti di conciliazione tra tempi di vita e di lavoro, condivisione di risorse individuali per interessi collettivi, percorsi di cittadinanza attiva.

2. I comuni associati e i servizi regionali e territoriali competenti in materia di politiche attive del lavoro, accreditati ai sensi della legge regionale 29 settembre 2011, n. 25 (Norme in materia di autorizzazione e accreditamento per i servizi al lavoro), operano attivando tutti gli strumenti di inclusione sociale e di inserimento socio-lavorativo e di politica attiva del lavoro previsti dalla normativa statale e regionale e sostenuti dalla programmazione UE del Fondo sociale europeo e dalla programmazione sociale regionale.

3. Le strutture della Giunta regionale assicurano che le misure previste siano coordinate con le eventuali misure statali in materia di sostegno al reddito e al contrasto alla povertà.

TITOLO II

IL REDDITO DI DIGNITA'

Art. 4

Definizioni e finalità

1. Il Reddito di dignità (Red) è una misura di integrazione del reddito, considerata come strumento di contrasto alla povertà assoluta e un programma di inserimento sociale e lavorativo in cui l'indennità economica è accompagnata da un patto di inclusione sociale attiva che il nucleo familiare beneficiario, attraverso un suo componente, stipula con i servizi sociali locali, il cui rispetto è condizione per la fruizione del beneficio.

2. Il patto è differenziato a seconda delle caratteristiche individuali e finalizzato alla presa in carico complessiva del nucleo familiare.

3. Il Reddito di dignità regionale mira a fornire i mezzi sufficienti per una vita dignitosa e a favorire l'inclusione lavorativa e sociale delle persone e delle famiglie in condizione di povertà.

4. Nell'ambito delle proprie competenze in materia di organizzazione dei servizi sociali e politiche attive del lavoro, la Regione, nel rispetto dei criteri e delle procedure fissate con il decreto interministeriale di cui all'articolo 1, comma 387, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - legge di stabilità 2016), per il riconoscimento della misura di sostegno al reddito nazionale di cui al comma 386 della stessa l. 208/2015, assicura il coordinamento delle azioni di cui alle lettere a), b), c) e d) del comma 5 del presente articolo, che concorrono alla attuazione della politica nazionale e regionale di inclusione attiva.

5. Il Reddito di dignità regionale, riconosciuto per un periodo limitato e predeterminato, ai beneficiari selezionati sulla base di una valutazione multidimensionale dei bisogni e che abbiano sottoscritto il patto di inclusione sociale attiva di cui al comma 6, comprende:

a) una indennità economica nella forma di integrazione al reddito;

b) un programma di inclusione sociale e lavorativa, sotto forma di tirocinio di orientamento, formazione e inserimento finalizzato all'inclusione sociale e all'autonomia delle persone, ovvero al lavoro di cura in favore del proprio nucleo familiare;

c) l'accesso a opportunità formative;

d) un programma di prestazioni sociali a sostegno delle funzioni educative e genitoriali nei confronti dei minori e della cura per i familiari in condizioni di non autosufficienza.

6. Il patto individuale di inclusione sociale attiva è un accordo in forma scritta tra il comune capofila dell'ambito territoriale di riferimento, ovvero il comune di residenza all'uopo delegato dall'ambito territoriale e il soggetto richiedente per conto del proprio nucleo familiare, rivolto a definire il percorso integrato di inclusione sociale attiva, stabilendo, con riferimento all'intero nucleo familiare, gli obiettivi di inclusione sociale, di occupabilità e di inserimento socio-lavorativo, gli impegni e gli obblighi reciproci, i risultati attesi dal percorso di inclusione attiva.

7. I comuni si impegnano, ove non già presenti, ad attivare appositi protocolli di intesa con la Guardia di finanza e altre forze di polizia per lo svolgimento di attività di verifica rispetto alla selezione dei beneficiari e alle dichiarazioni rese dagli stessi in sede di presentazione delle istanze, nonché di controllo rispetto al permanere nel tempo dei medesimi requisiti di accesso.

Art. 5

Beneficiari, requisiti e condizioni di accesso

1. Fermi restando i requisiti e i criteri di accesso alla misura di sostegno al reddito nazionale di cui all'articolo 1, comma 386, della l. 208/2015, che saranno definiti con il decreto ministeriale di cui all'articolo 1, comma 387, della medesima l. 208/2015, possono accedere al Reddito di dignità regionale, con riferimento alle misure di attivazione e alle altre misure a titolarità regionale e comunale, tutte le persone e le famiglie residenti in Puglia da almeno dodici mesi dalla data di presentazione della istanza che si trovino in una condizione di fragilità e vulnerabilità socioeconomica e che siano disponibili a sottoscrivere il patto individuale di inclusione sociale attiva.

2. Accedono, inoltre, i cittadini comunitari ovvero i cittadini stranieri in possesso di regolare permesso di soggiorno, che possano dimostrare di avere la propria residenza, ovvero il luogo in cui hanno la dimora abituale ai sensi dell'articolo 43, comma 2, del codice civile, in uno dei comuni pugliesi da almeno dodici mesi e non siano beneficiari di altri sussidi per un valore superiore alla soglia dell'Indicatore di situazione economica equivalente (ISEE) di cui alla presente legge.

3. I beneficiari sono individuati sulla base dei requisiti soggettivi di accesso e subordinatamente al conseguimento di un punteggio minimo da valutazione multidimensionale, come da procedura di cui all'articolo 8, comma 4.

4. Ai fini della valutazione della condizione di fragilità e vulnerabilità delle persone concorrono:

a) la situazione reddituale e patrimoniale familiare;

b) altre condizioni di maggiore fragilità sociale tra le quali la composizione del nucleo familiare con particolare riferimento alla presenza di figli in minore età, la presenza nel nucleo familiare di persone con disabilità, figli a carico conviventi, soggetti inabili, invalidi civili, disabili, portatori di handicap, anziani, nuclei mono-genitoriali, la durata del periodo di assenza di occupazione o di esclusione dal mercato del lavoro e la condizione abitativa.

5. Dalla data di entrata in vigore della presente legge la situazione reddituale e patrimoniale familiare è definita con riferimento all'ISEE di cui al decreto Presidente Consiglio 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).

6. Potranno accedere al Reddito di dignità i richiedenti con ISEE familiare non superiore a euro 3 mila, soglia che potrà essere elevata in presenza di ulteriori disponibilità finanziarie, con apposito provvedimento di Giunta regionale.

7. Con apposito provvedimento di Giunta regionale di cui all'articolo 13, sono individuate le griglie per la valutazione delle ulteriori condizioni di fragilità sociale indicate al comma 4, lettera b).

8. Per ciascun nucleo familiare è ammissibile una sola domanda di accesso al beneficio economico di cui all'articolo 4.

9. Costituisce condizione di accesso alla misura di Reddito di dignità la espressa disponibilità del richiedente e del suo nucleo familiare a sottoscrivere apposito patto individuale di inclusione sociale attiva, per l'adesione al percorso concordato di attivazione e di inclusione sociale attiva.

Art. 6

Determinazione dell'importo della misura di sostegno al reddito

1. Fermi restando i criteri di determinazione del beneficio economico della misura di sostegno al reddito nazionale di cui all'articolo 1, comma 386, della l. 208/2015, che saranno definiti con il decreto interministeriale di cui all'articolo 1, comma 387, della medesima l. 208/2015, la misura dell'indennità economica riconosciuta a titolo di Reddito di dignità regionale, con riferimento alle misure di attivazione e alle altre misure a titolarità regionale, è determinata in relazione ai seguenti indicatori:

- a) reddito disponibile e situazione patrimoniale del richiedente e del suo nucleo familiare;
- b) composizione del nucleo familiare stabilmente convivente;
- c) condizione abitativa e titolo di godimento dell'abitazione principale;
- d) altre eventuali condizioni di maggiore fragilità sociale;
- e) articolazione del percorso obbligatorio di orientamento formativo e di inserimento socio-lavorativo per l'inclusione sociale attiva che il richiedente concorda con i servizi territoriali.

2. In prima applicazione, l'ammontare mensile del Reddito di dignità regionale non potrà superare l'importo di euro 600 erogabile per un nucleo familiare con cinque componenti, limite massimo che è rimodulato per le famiglie di diversa composizione applicando la scala di equivalenza ISEE.

3. Con apposito provvedimento di Giunta regionale, di cui all'articolo 13, può essere rideterminata la misura dell'importo economico, con riferimento ai criteri di cui al comma 1.

4. In deroga alla previsione di cui all'articolo 6, comma 1, della l.r. n. 23/2013, come sostituito dall'articolo 3 della legge regionale 7 aprile 2015, ai soggetti impiegati in tirocini attivati con il Reddito di dignità non si applica il limite minimo dell'importo mensile pari a euro 450 da riconoscersi a titolo d'indennità forfettaria di partecipazione.

5. Concorrono, alla composizione dell'importo economico riconosciuto, i seguenti elementi:

- a) il sostegno al reddito per il contrasto alla povertà, come da apposita disciplina del Ministero del lavoro e politiche sociali;
- b) il corrispettivo monetario riconosciuto ai sottoscrittori del patto individuale di inclusione sociale attiva in corrispondenza del tirocinio socio-lavorativo per l'inclusione, svolto per un periodo non superiore ai dodici mesi;
- c) il voucher formativo per l'accesso ai percorsi formativi di aggiornamento professionale necessari per l'adesione a uno specifico percorso di inserimento socio-lavorativo.

6. Le prestazioni economiche di cui al comma 1, sono personali e non cedibili e non sono cumulabili con altri trattamenti di sostegno al reddito, ivi compresi gli ammortizzatori sociali e i trattamenti previdenziali.

7. Il Reddito di dignità regionale è un trasferimento condizionato, per la sua stretta integrazione in un più articolato percorso di inclusione sociale e lavorativa.

Art. 7

Durata della misura di sostegno al reddito

1. In prima attivazione, la misura Reddito di dignità regionale, con riferimento alle misure a titolarità regionale, è finanziata per un periodo triennale e sottoposta a valutazione periodica, da parte della Giunta regionale, sentita la Commissione consiliare competente, con cadenza semestrale.

2. La durata massima dell'intervento per ciascun richiedente e beneficiario del contributo monetario è di dodici mesi, ferma restando la possibilità di rientro nel percorso di inclusione socio-lavorativa e di sostegno al reddito dopo un periodo di sospensione dall'ultimo beneficio percepito, come definito con il provvedimento di Giunta regionale, di cui all'articolo 13, comma 1.

Art. 8

Domanda di accesso alla misura

1. Con proprio provvedimento la Giunta regionale approva la procedura di presentazione della domanda, di istruttoria e di ammissione delle domande, avvalendosi di apposita piattaforma informatica unica regionale.

2. La domanda di accesso alla misura è presentata dai richiedenti, anche attraverso i soggetti abilitati, per il tramite di una piattaforma unica regionale, al servizio sociale dei comuni territorialmente competenti, mediante apposito modello contenente dichiarazioni sostitutive di

certificazioni e dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà, di cui agli articoli 46 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica del 28 dicembre 2000, n. 445 (Disposizioni legislative in materia di documentazione amministrativa), attestanti il possesso dei requisiti previsti per l'accesso alla misura, e tramite apposita piattaforma telematica.

3. Le richieste di accesso al beneficio economico sono istruite in ordine temporale di presentazione e subordinate al conseguimento di un punteggio minimo sulla base della scala multidimensionale di valutazione definita dal provvedimento di cui all'articolo 13, con il supporto della apposita piattaforma unica regionale.

4. I soggetti beneficiari sono individuati nei limiti della quota di risorse attribuite a ciascun ambito territoriale, con i provvedimenti di riparto a livello nazionale e regionale.

5. I comuni di ciascun ambito territoriale accantonano per ogni beneficiario un ammontare di risorse pari a dodici mensilità del beneficio calcolato rispetto ai criteri di cui all'articolo 6.

6. Le richieste di beneficio economico presentate, ovvero istruite su piattaforma unica regionale successivamente all'esaurimento delle risorse assegnate e accantonate, compongono un elenco ordinato in base all'ordine cronologico di presentazione delle istanze e al punteggio conseguito, cui fare esclusivo riferimento in caso di rifinanziamento della misura.

Art. 9

Obblighi del beneficiario

1. Il richiedente, il cui nucleo familiare sia risultato beneficiario del Reddito di dignità regionale, stipula con il servizio sociale dell'ambito territoriale di riferimento, nelle forme e con le modalità previste all'articolo 11, un patto di inclusione sociale per l'inserimento socio lavorativo e per la propria attivazione.

2. Il richiedente, il cui nucleo familiare sia risultato beneficiario della misura, ha l'obbligo di comunicare tempestivamente al servizio sociale del comune dove ha presentato domanda ogni variazione migliorativa della situazione economica del nucleo familiare, nonché ogni modifica nella propria posizione lavorativa.

Art. 10

Sospensione e revoca del beneficio

1. L'erogazione dell'indennità economica di cui all'articolo 4, è sospesa, salvo il recupero temporale del periodo sospeso in coda al periodo di fruizione del periodo stesso, al verificarsi dei seguenti casi:

- a) condizioni di malattia, secondo quanto previsto dalla l.r. n. 23/2013 e al regolamento regionale del 10 marzo 2014, n. 3 (Disposizioni concernenti l'attivazione di tirocini diretti all'orientamento e all'inserimento nel mercato del lavoro), nonché secondo gli indirizzi attuativi di cui all'articolo 13;
- b) assunzione a tempo determinato per periodi inferiori a sei mesi; in tale fattispecie l'erogazione del Reddito di dignità viene sospesa per il corrispondente periodo del contratto a tempo determinato e riprende al termine dello stesso;
- c) esigenza di allontanamento dal luogo di residenza per periodi superiori a trenta giorni per indifferibili esigenze personali e familiari;
- d) assenza ingiustificata dal luogo del tirocinio superiore a tre giorni.

2. Al beneficiario è revocata la misura di sostegno economico di cui all'articolo 4, al verificarsi dei seguenti casi:

- a) mancata sottoscrizione dell'accordo di cui all'articolo 11, entro il primo bimestre dell'ammissione alla misura;
- b) grave e accertata violazione del patto di inclusione individuale per cause riferite al beneficiario;
- c) mancata comunicazione al servizio sociale del comune dove è stata presentata la domanda di ogni variazione della situazione lavorativa, familiare o patrimoniale;
- d) mancata frequenza dei corsi formativi individuati come integranti del patto per l'inclusione individuale per il rafforzamento del profilo professionale;
- e) assunzione superiore a sei mesi, ovvero inferiore a sei mesi ma con ISEE corrente superiore alla soglia massima per l'accesso al beneficio economico, di cui all'articolo 5, comma 6.

3. Con proprio provvedimento la Giunta regionale individua ulteriori cause di sospensione e revoca, anche in relazione alle risultanze del periodico monitoraggio della misura.

Art. 11

Patto individuale di inclusione sociale attiva

1. Il richiedente la misura di cui all'articolo 4 e il servizio sociale dell'ambito territoriale sociale di riferimento stipulano un accordo in forma scritta contenente il patto di inclusione sociale attiva, che riguarda sia il beneficiario, sia il suo nucleo familiare, con diritti e obblighi a carico del solo beneficiario.

2. Il patto individuale di inclusione sociale attiva contiene obiettivi di inclusione sociale, di occupabilità e di inserimento lavorativo, obiettivi di riduzione dei rischi di marginalità, connessi all'intero nucleo familiare, nonché obiettivi di attivazione.

3. Il patto individuale di inclusione sociale attiva prevede gli obblighi cui deve attenersi il beneficiario nonché il rispetto dell'obbligo di frequenza scolastico dei figli minori, e riporta le cause di revoca dalla misura.

4. Il patto deve essere definito anche tenuto conto del percorso scolastico e professionale del richiedente, nonché dei risultati intervenuti nei colloqui di orientamento con il richiedente medesimo.

5. Per le finalità di inclusione sociale, di occupabilità e di inserimento lavorativo di cui al comma 2, i servizi competenti in materia di lavoro, accreditati ai sensi della l.r. n. 25/2011, e il servizio sociale dell'ambito territoriale di riferimento procedono a una valutazione congiunta del bisogno del richiedente e del nucleo familiare, utilizzando un apposito strumento di supporto alla valutazione.

Art.12

L'accesso alle misure complementari

1. Al fine di concorrere al perseguimento degli obiettivi di cui all'articolo 2, in sede di attivazione dei patti individuali per l'inclusione sociale attiva in favore dei beneficiari del Reddito di dignità e del loro nucleo familiare, sono previsti anche interventi mirati per la riqualificazione e l'aggiornamento professionale, il rafforzamento individuale e la crescita del pronostico di occupabilità dei suddetti beneficiari, rispetto ai fabbisogni di competenze nei contesti produttivi in cui si svolgono i tirocini di cui all'articolo 1, comma 2, lettera d) della l.r. n. 23/2013, come aggiunta dall'articolo 3 della legge regionale 7 aprile 2015, n. 14.

2. Sono, altresì, previsti programmi di inserimento nella vita sociale delle città attraverso la partecipazione dei soggetti beneficiari del Reddito di dignità alle attività senza scopo di lucro, promosse da associazioni di volontariato operanti nel settore della promozione sociale.

3. In sede di presentazione della manifestazione di interesse ad attivare un tirocinio per l'inclusione socio-lavorativa in favore di beneficiari del Reddito di dignità, i soggetti proponenti indicano anche il fabbisogno di accesso a opportunità formative per accrescere le capacità professionali delle persone e il pronostico di occupabilità dei percorsi da attivare, facendo riferimento alle attività formative previste dal catalogo formativo della Regione Puglia, consultabile su piattaforma telematica e in continuo aggiornamento da parte degli organismi formativi accreditati sulla base della normativa e delle procedure regionali vigenti.

4. Al fine della definizione dei contenuti del patto individuale per l'inclusione sociale attiva, in ciascun ambito territoriale sociale una apposita equipe multi-professionale competente valuta, con l'apporto del servizio sociale professionale dei comuni e del centro per l'impiego di riferimento, mediante apposito bilancio di competenze, l'appropriatezza del tirocinio prescelto dal richiedente il Reddito di dignità e la corrispondenza con uno specifico fabbisogno formativo.

5. L'equipe professionale realizza anche azioni di informazione e di orientamento per il corretto e pieno utilizzo delle prestazioni sociali per integrare i patti individuali e accrescerne l'efficacia in termini di inclusione sociale per l'intero nucleo familiare.

6. La Regione, al fine di promuovere la valorizzazione dell'abitazione del nucleo familiare beneficiario dell'intervento, supporta nell'ambito dei cantieri di innovazione sociale, iniziative di autocostruzione a esempio nell'ambito del patrimonio abitativo delle Agenzie regionali per la casa e

l'abitare (ARCA), strumenti di micro-finanza e micro-credito sociale, nonché lo svolgimento dei tirocini per l'inclusione con l'obiettivo di migliorare la propria condizione abitativa, con l'affiancamento di imprese edili e artigiane impegnate nel settore.

7. La Regione prevede incentivi, nel rispetto della disciplina nazionale e dell'Unione europea, a beneficio dei datori di lavoro che si impegnino ad attivare progetti di tirocinio con un positivo pronostico di occupabilità e con forte integrazione con le opportunità di riqualificazione del capitale umano, nonché a stipulare contratti di lavoro con le persone in condizione di fragilità e vulnerabilità, al fine di concorrere all'inserimento socio lavorativo delle stesse.

TITOLO III

NORME FINALI

Art. 13

Modalità attuative

1. Con proprio regolamento, la Giunta regionale assicura la coerenza con gli indirizzi attuativi delle misure statali in materia di sostegno al reddito e l'integrazione tra la misura regionale di sostegno al reddito e inclusione sociale attiva con le altre politiche di settore, definendo le specifiche modalità attuative della misura del Reddito di dignità secondo quanto già richiamato nella presente legge e definendo inoltre:

- a) le modalità di erogazione dell'intervento economico e degli altri benefici;
- b) le modalità di rideterminazione dell'ammontare dell'indennità economica nei casi in cui, in corso di erogazione, si verificano modificazioni nella composizione del nucleo familiare;
- c) le modalità di coordinamento tra la misura di cui all'articolo 4, e le altre misure erogate dal sistema pubblico;
- d) eventuali meccanismi incentivanti rispetto alla dimensione di attivazione nella ricerca di lavoro e disincentivanti rispetto a comportamenti opportunistici;
- e) le modalità procedurali e il supporto informatico per la gestione delle domande, l'istruttoria e il monitoraggio dei benefici economici concessi;
- f) le modalità di istruttoria delle domande e di valutazione delle stesse per la assegnazione di un punteggio sulla base della scala multidimensionale, facendo leva sulla piattaforma unica regionale;
- g) i contenuti del patto individuale di inclusione sociale attiva;
- h) l'iniziativa a regia regionale per la promozione delle equipe multi-professionali e il raccordo operativo tra centro per l'impiego e le strutture dedicate a supporto degli uffici di piano, ovvero le strutture dedicate costituite da singoli comuni dell'ambito territoriale, senza ulteriori oneri a carico del finanziamento della legge regionale;
- i) i criteri e le modalità per promuovere interventi a sostegno della responsabilità sociale di impresa per gli enti pubblici, privati e no-profit, con i connessi meccanismi premiali;
- j) le forme e le modalità di controllo e verifica da parte della Regione in ordine alla corretta applicazione della presente legge, specie con riferimento all'effettivo possesso dei requisiti per poter accedere alla misura da parte dei soggetti beneficiari.

2. La Giunta regionale, attraverso l'apposita struttura, di cui all'articolo 14, comma 12, senza ulteriori oneri finanziari a carico del bilancio regionale, assicura il coordinamento delle azioni di sistema realizzate sul territorio regionale di concerto con i comuni associati, a valere sul PON "Inclusione" 2014-2020, nonché il raccordo operativo con le azioni di cui agli Obiettivi tematici VIII, IX, X del POR Puglia 2014-2020.

3. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, su proposta dell'assessore competente in materia di politiche sociali, di concerto con l'assessore competente in materia di lavoro, è approvato il provvedimento di cui al comma 1, previo parere delle Commissioni consiliari competenti, che si

esprimono con procedura d'urgenza, ai sensi dell'articolo 44, comma 2, della legge regionale 12 maggio 2007, n. 7 (Statuto della Regione Puglia).

4. Decorso inutilmente il termine di cui al comma 3, si prescinde dal parere.

Art. 14

Governance

1. Al fine di supportare tutte le fasi di attuazione degli interventi di cui alla presente legge e di assicurare il confronto, la concertazione e la definizione di scelte programmatiche e organizzative condivise, presso la Presidenza della Giunta regionale è istituito un Tavolo di partenariato socioeconomico per la concertazione e il monitoraggio del Reddito di dignità e degli interventi integrati per l'inclusione sociale attiva, cui partecipano le organizzazioni sindacali confederali e più rappresentative sul territorio regionale, le associazioni datoriali già aderenti al Partenariato socioeconomico del POR Puglia 2014-2020, il Forum del terzo settore regionale, tre rappresentanti degli ambiti territoriali maggiormente rappresentativi, e con esperienze di inclusione sociale e lavorativa, e le strutture regionali competenti in materia di politiche sociali, lavoro e formazione.
2. E' istituita presso la Presidenza della Giunta regionale una cabina di regia regionale per favorire la cooperazione interistituzionale in tutte le fasi di attuazione degli interventi di cui alla presente legge, a cui partecipano rappresentanti dell'Amministrazione regionale, rappresentanti delle principali amministrazioni periferiche dello Stato, competenti per materia, il Presidente di ANCI Puglia e il Sindaco della Città metropolitana.
3. I percorsi integrati di inclusione sociale attiva in favore delle persone richiedenti il Reddito di dignità regionale sono promossi e attivati dai comuni associati in ambiti territoriali sociali, di cui alla l.r. n. 19/2006, con i rispettivi servizi sociali, in collaborazione con le agenzie attive sul territorio regionale per la promozione delle politiche attive del lavoro e con i soggetti socioeconomici del territorio.
4. Concorrono alla realizzazione dei percorsi integrati di cui al comma 3, tutte le istituzioni, associazioni, cittadini, imprese, terzo settore, definendo una strategia condivisa di ambito territoriale degli interventi di presa in carico delle comunità, a partire dai bisogni e dalle risorse disponibili per ciascun ambito, al fine di implementare un sistema virtuoso di imprese e pubbliche amministrazioni per consentire maggiore occupabilità e la realizzazione di dinamiche di autoimprenditorialità-autoimpiego.
5. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, viene costituita in ciascun ambito territoriale sociale una equipe multi-professionale, che opera con le modalità organizzative definite dai comuni dell'ambito, per assicurare la valutazione multidimensionale delle domande e i relativi interventi per la presa in carico complessiva e integrata del beneficiario e del suo nucleo familiare e dei suoi componenti.
6. Alla equipe di cui al comma 5, concorrono risorse umane del servizio sociale professionale di ambito o del comune competente per residenza, dell'ufficio di piano dell'ambito territoriale e del centro per l'impiego, per le rispettive competenze.
7. Per le finalità di cui al comma 4, gli ambiti territoriali fanno riferimento alle risorse di cui all'articolo 17, comma 1, lettera b), nonché alle risorse ordinariamente assegnate al funzionamento degli uffici di piano.
8. Al fine di supportare le equipe multi-professionali di cui al comma 5, nelle fasi di orientamento e bilancio delle competenze, ricognizione di opportunità aziendali e relativi abbinamenti, tutoraggio e monitoraggio, potranno attivarsi forme di collaborazione con soggetti privati e del privato sociale che erogano servizi per le politiche attive del lavoro, anche secondo le modalità previste dalla l.r. n. 25/2011, e dal regolamento regionale 27 dicembre 2012, n. 34 (Modifiche al regolamento regionale recante "Disposizioni concernenti le procedure e i requisiti per l'accreditamento dei servizi al lavoro" di cui alla legge regionale 29 settembre 2011, n. 25).
9. Per le finalità di cui al comma 7, gli ambiti territoriali e i centri per l'impiego fanno riferimento alle risorse di cui all'articolo 17, comma 1, lettera a), nonché alle risorse ordinariamente assegnate al funzionamento della rete dei servizi per l'impiego accreditati.
10. Al fine di consentire la migliore realizzazione degli obiettivi previsti dalla presente legge, la Giunta regionale nell'ambito del processo di riorganizzazione dei servizi di cui all'articolo 18, comma 1, 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), costituisce i propri uffici territoriali, denominati centri per l'impiego, modificando gli ambiti territoriali di competenza degli stessi, adeguandoli, ove differenti, a quelli dei distretti sociosanitari e ambiti territoriali sociali, di cui all'articolo 5 della l.r. n. 19/2006.

11. Agli operatori delle equipe di cui al comma 5, sono destinati programmi specifici e periodici di formazione e aggiornamento professionale, secondo le previsioni e nei limiti delle risorse individuate nelle linee di programmazione regionale dei servizi pubblici sociali integrati.

12. Per l'attuazione degli interventi previsti dalla presente legge e condivisi sulla base delle modalità previste al comma 1, è istituita una specifica struttura, senza ulteriori oneri a carico del bilancio regionale, cui concorrono le strutture regionali preposte alla programmazione sociale e organizzazione della rete dei servizi, quelle preposte alla promozione e attuazione delle politiche attive del lavoro, nonché i servizi regionali preposti alla gestione delle risorse dei Fondi strutturali europei assegnati agli Obiettivi tematici VIII, IX, X del POR Puglia 2014-2020, se diversi.

13. La Giunta regionale provvede alla istituzione della suddetta struttura entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, nel rispetto del modello organizzativo regionale vigente.

Art. 15

Clausola valutativa

1. Il Consiglio regionale ai sensi del comma 2 controlla l'attuazione della presente legge e valuta l'efficacia dei risultati ottenuti nel contrastare l'esclusione sociale e lavorativa delle persone che non dispongono di una adeguata fonte di reddito e accedono alla misura di sostegno erogata nell'ambito del patto di inclusione.

2. Entro il trimestre successivo al primo anno di applicazione del provvedimento di cui all'articolo 13, la Giunta regionale presenta al Consiglio regionale una relazione che informa sulle caratteristiche operative della misura di sostegno, anche con riguardo al ruolo svolto dai soggetti pubblici e privati coinvolti, descrive le azioni e gli strumenti di risposta al bisogno attivati nei patti di inclusione, evidenzia le eventuali criticità emerse e rendiconta l'impiego delle risorse.

3. La Giunta regionale, attraverso la struttura di cui all'articolo 14, comma 12, avvalendosi di soggetti di ricerca indipendenti e qualificati nel settore, promuove la predisposizione di rapporti periodici di valutazione, previa raccolta, elaborazione e analisi dei dati e delle informazioni necessarie ad analizzare i seguenti aspetti:

- a) composizione delle domande presentate per ambito territoriale del servizio sociale dei comuni, percentuali di accoglimento, cause di esclusione o decadenza e stima del tasso di copertura rispetto alla platea dei potenziali aventi diritto;
- b) caratteristiche sociali e condizione professionale dei richiedenti per fasce di ISEE, con riguardo all'età, al genere, alla composizione e alle caratteristiche del nucleo familiare, al periodo di residenza nel territorio regionale, alla scolarizzazione, alla formazione e ai precedenti lavorativi;
- c) media delle ore prestate in tirocinio e tipologia di attività svolta nel periodo di fruizione della misura per classi di beneficiari secondo ISEE di accesso e composizione del nucleo familiare;
- d) distribuzione dei beneficiari per classi di importo e periodo di fruizione della misura e dimensione delle fuoriuscite dalla situazione di bisogno grazie al godimento del beneficio;
- e) esiti dei percorsi individuali di inclusione sociale;
- f) impatto delle misure sulle condizioni socioeconomiche e lavorative dei beneficiari.

4. Il rapporto di cui al comma 3, è pubblicato sul sito dell'Osservatorio regionale delle politiche sociali della Regione Puglia e rappresenta uno dei documenti di riferimento per la valutazione dell'impatto della misura, anche ai fini del rifinanziamento della stessa.

Art. 16

Disposizioni transitorie

1. Nelle more della conclusione della sperimentazione dei "Cantieri di cittadinanza", attivata in attuazione dell'articolo 15 della l.r. n. 37/2014, e al fine di assicurare continuità alle buone pratiche attivate per la gestione delle procedure di formazione del catalogo dei progetti di tirocinio e di

raccolta, istruttoria e valutazione delle domande presentate dai potenziali beneficiari, la struttura di cui all'articolo 14, si avvale della piattaforma telematica già attiva e promuove ogni azione utile al suo aggiornamento per la piena funzionalità.

2. Dalla data di entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale promuove il pieno accesso alle informazioni sulla nuova misura di sostegno al reddito di cui all'articolo 4, per tutti i richiedenti il beneficio oggetto della sperimentazione di cui all'articolo 15 della l.r. n. 37/2014, e che non vi abbiano avuto accesso per esaurimento delle risorse finanziarie, ovvero perché non già ammissibili rispetto ai criteri di selezione propri della misura sperimentale.

3. Nelle more dell'esercizio di delega di cui all'articolo 1, comma 388, della l. 208/2015 e fermi restando i criteri e le procedure per l'accesso al beneficio economico della misura di sostegno al reddito nazionale di cui all'articolo 1, comma 386 della medesima l. 208/2015, quanto disposto dagli articoli 4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13 si applica alle misure a titolarità regionale.

Art. 17

Norma finanziaria

1. Fermo restando l'utilizzo delle risorse di cui all'articolo 1, comma 386 della l. 208/2015, secondo i requisiti e i criteri che saranno definiti con il decreto interministeriale di cui all'articolo 1, comma 387 della suddetta l. 208/2015, la Regione Puglia, ai fini della realizzazione degli interventi previsti dalla presente legge, assicura il coordinamento tra tutte le linee di attività e le rispettive fonti di finanziamento a scopo ricognitorio di seguito elencate:

a) Fondo sociale europeo - Programma operativo regionale 2014 – 2020 con riferimento alle risorse assegnate alle azioni di cui agli Obiettivi tematici VIII, IX e X per l'integrazione lavorativa e la riqualificazione professionale, nonché per l'acquisizione di servizi qualificati per l'orientamento e l'affiancamento a progetti di autoimpiego e auto-impresa e per il rafforzamento dei servizi per l'impiego accreditati in Puglia;

b) Fondo sociale europeo - Programma operativo nazionale "Inclusione" 2014 – 2020 con riferimento alle risorse assegnate nell'ambito dell'Asse III per le azioni a supporto del funzionamento degli uffici di piano e delle reti territoriali con servizi pubblici per il lavoro;

c) altri fondi di derivazione nazionale a destinazione vincolata;

d) Fondo nazionale per l'estensione della carta per l'inclusione alle regioni del mezzogiorno, di cui all'articolo 3, comma 2, del decreto-legge 28 giugno 2013, n. 76, convertito con modificazioni nella legge 9 agosto 2013, n. 99 (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), per la quota assegnata alla Regione Puglia;

e) ulteriori risorse statali con destinazione coerente rispetto alle misure di cui alla presente legge;

f) le risorse da bilancio regionale, come al comma 2;

g) le risorse già ripartite agli ambiti territoriali e non ancora assegnate ai beneficiari alla data di entrata in vigore della presente legge, a valere sulla dotazione finanziaria di cui all'articolo 15 della l.r. n. 37/2014;

h) le risorse di cui al cap. 785040 – missione 12, programma 07, titolo 1, del bilancio regionale – esercizio finanziario 2016, con riferimento alle azioni di monitoraggio e valutazione delle misure di cui alla presente legge, nell'ambito delle attività dell'Osservatorio regionale delle politiche sociali.

2. Per le finalità di cui alla presente legge, nell'ambito del bilancio regionale, sono assegnate nella missione 12, programma 4, titolo 1, risorse a titolo di "Spese per il riconoscimento del Reddito di dignità nei percorsi di inclusione attiva" pari a euro 5 milioni in termini di competenza e cassa per l'esercizio finanziario 2016, alla cui copertura si fa fronte, con le modalità previste dall'articolo 42 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 modificazioni, mediante applicazione della parte accantonata dell'avanzo di amministrazione presunto al 31 dicembre 2015, di cui al prospetto Allegato A) alla legge regionale 15 febbraio 2016, n. 2 (Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2016 e bilancio pluriennale 2016-2018 della Regione Puglia), come

riveniente dalla destinazione a tale fine e per pari importo del fondo leggi in corso di adozione anno 2015.

3. Per gli esercizi finanziari successivi, la spesa sarà contenuta entro gli stanziamenti approvati con legge di bilancio.

PRIVATO SOCIALE

FRIULI V.G.

DPGR 4.3.16, n. 042Pres. - Regolamento di modifica al Regolamento per la concessione dei contributi a favore delle organizzazioni di volontariato, di cui agli articoli 9, 10 e 28 della legge regionale 9 novembre 2012, n. 23 (Disciplina organica sul volontariato e sulle associazioni di promozione sociale) emanato con decreto del Presidente della Regione 31 dicembre 2014, n. 0265/Pres. (BUR n. 12 del 23.3.16)

Note

È emanato il “Regolamento di modifica al Regolamento per la concessione dei contributi a favore delle organizzazioni di volontariato, di cui agli articoli 9, 10 e 28 della legge regionale 9 novembre 2012, n. 23 (Disciplina organica sul volontariato e sulle associazioni di promozione sociale) emanato con decreto del Presidente della Regione 31 dicembre 2014, n. 0265/Pres.”, nel testo allegato che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Art. 1 Modifiche all’articolo 5 del D.P.Reg. 265/2014

1. Dopo il comma 2 sono inseriti i seguenti:

“2bis. E’ altresì ammesso a contributo, nella misura massima del 50 per cento e comunque in relazione alle risorse disponibili, il premio versato per l’assicurazione di massimo due veicoli di proprietà delle organizzazioni di volontariato adattati per il trasporto di persone disabili.

2ter. Alla domanda di contributo ai sensi del comma 2bis è allegata copia della ricevuta del versamento effettuato con scadenza nell’anno di presentazione della domanda, nonché copia della carta di circolazione intestata all’organizzazione di volontariato in cui sia annotato l’adattamento del veicolo.

2. Il comma 4 è abrogato.

Art. 2 Modifiche all’articolo 10 del D.P.Reg. 265/2014

1. Al comma 6, lettera b), dopo la parola “attrezzature” sono aggiunte le seguenti “, comprese eventuali spese accessorie di prestazioni di servizi;” .

SANITA’

BASILICATA

DGR 24.2.16, n. 158 - Decreto Ministero dell’Economia e delle Finanze 11 Dicembre 2009- Verifica delle esenzioni, in base al reddito, dalla compartecipazione alla spesa sanitaria, tramite il supporto del Sistema Tessera Sanitaria. - Adozione Linee Guida. (BUR n. 11 del 16.3.16)

Note

Vengono approvate de Linee guida regionali per l’applicazione del DM 11.12.2009 - “Verifica delle esenzioni, in base al reddito, dalla compartecipazione alla spesa sanitaria, tramite il supporto del Sistema tessera sanitaria” in merito alle VERIFICHE DELLE ESENZIONI PER REDDITO, nel testo allegato alla presente Deliberazione (a cui si rinvia)..

DGR 1.3.16, n. 179 - Adempimento di cui all’art.1, comma 541 lettera a) della Legge 28.12.2015 n.208 concernente l’adozione del provvedimento generale di programmazione di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario Regionale ai sensi dell’articolo 1, comma 2, del decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70. (BUR n. 11 del 16.3.16)

Note

Viene approvato il documento di programmazione di cui all'Allegato 1 alla presente deliberazione in attuazione dell'art. 1, comma 541 lettera a) della Legge 28.12.2015 n.208 e del Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70 (a cui si rinvia).

DGR 1.3.16, n. 180 - Adempimento di cui all'art. 1, comma 541 lettera b) della Legge 28.12.2015 n.208 concernente l'adozione del piano del fabbisogno di personale sanitario del Servizio Sanitario Regionale in coerenza con quanto disposto dall'articolo 14 della legge 30 ottobre 2014, n. 161. (BUR n. 11 del 16.3.16)

Note

Viene approvata la relazione del fabbisogno del personale sanitario, di cui all'Allegato 1, predisposta in coerenza con quanto disposto dall'articolo 14 della legge 30 ottobre 2014, n.161 ed in attuazione del Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70 e redatta sulla base delle ricognizioni del fabbisogno di personale (a cui si rinvia)..

DGR 1.3.16, n. 181 - DGR n. 1690 del 22/12/2015. Piano di riorganizzazione della rete delle strutture private accreditate di diagnostica di laboratorio. Presa d'atto del parere della IV Commissione Consiliare Permanente. Approvazione definitiva. (BUR n. 11 del 16.3.16)

Note

Viene approvato il nuovo testo del Piano di riorganizzazione della rete delle strutture private accreditate di diagnostica di laboratorio, allegato alla DGR n.1690/2016 come risultante dalle modifiche proposte dalla IV Commissione Consiliare Permanente, nella seduta del 22 febbraio 2016 e fatte proprie dalla Giunta Regionale con il presente provvedimento.

DGR 8.3.16, n. 210 - Operazione "Potenziamento del Servizio di Emergenza Urgenza mediante l'acquisto di ambulanze" - Schema di Accordo "Piano di offerta integrata dei servizi (P.O.I.S.) per contribuire alla sicurezza della collettività ed al miglioramento dell'accessibilità fisica ai servizi sanitari mediante il miglioramento del servizio di emergenza-urgenza" - Approvazione. (BUR n. 11 del 16.3.16)

Note

Viene approvato lo schema di accordo "Piano di offerta integrata dei servizi (P.O.I.S.) per contribuire alla sicurezza della collettività ed al miglioramento dell'accessibilità fisica ai servizi sanitari mediante il miglioramento del servizio di emergenza-urgenza" comprensivo della scheda di operazione "Potenziamento del Servizio di Emergenza Urgenza mediante l'acquisto di ambulanze" allegato al presente provvedimento (Allegato 1) (a cui si rinvia) di cui forma parte integrante e sostanziale, volto a regolare i rapporti tra la Regione Basilicata e l'Azienda Sanitaria di Potenza, le modalità e la tempistica di attuazione dell'intervento.

CAMPANIA

DECRETO N. 1 DEL 10.02.2016 - : Programmi Operativi 2013-2015. Azione 17.3.2: Revisione e aggiornamento del Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (P.T.O.R) **I AGGIORNAMENTO 2015** (BUR n. 17 del 14.3.16)

Note

Viene aggiornato ed integrato il P.T.O.R. vigente di cui alla DGRC n. 665 del 08.10.2010 e s.m.i. con il documento tecnico denominato "**P.T.O.R. PRONTUARIO TERAPEUTICO OSPEDALIERO REGIONALE – I AGGIORNAMENTO 2015**" qui allegato, parte integrante e sostanziale del presente atto (a cui si rinvia).

DECRETO N. 2 DEL 10.02.2016 - D.G.R. n.860 del 29/12/2015 avente ad oggetto : "Approvazione Piano Regionale della Prevenzione della Regione Campania per gli anni 2014 – 2018". Presa d'atto.(BUR b. 17 del 14.1.16)

Note

Viene approvato il Piano Regionale della Prevenzione 2014-18 con i seguenti allegati, che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

- Allegato 1: Descrizione analitica delle azioni
- Allegato 2: Attività di formazione e comunicazione
- Allegato 3: Piano di Monitoraggio e Valutazione.

Vengono utilizzate, per la realizzazione delle attività in esso contenute, le risorse individuate a valere sulla quota di finanziamento vincolato per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale ai sensi dell'articolo 1, comma 34 della legge 27 dicembre 1996, n. 662 e successive integrazioni, oltre alla quota parte spettante alla Campania dei 200 milioni di euro annui confermati con il Patto per la Salute 2014-2016 per gli anni 2014-2016, a valere sulle risorse di cui all'art. 1, comma 1 dello stesso Patto;

Vengono estesi alla quota di finanziamento derivante dall'art.17, comma 1 dell'Intesa Stato Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. Atti n. 82/CSR) concernente il nuovo Patto per la Salute 2014-2016, i principi e i vincoli stabiliti per le risorse di cui all'art. 1, commi 34 e 34 bis della L. 662/96;

Viene stipulato, al fine di consentire la realizzazione di alcune attività comprese nel Piano, un Accordo formale con l'Ufficio Scolastico regionale che, nel rispetto dell'Autonomia scolastica, individui gli indirizzi condivisi utili all'attuazione dei Programmi regionali sanitari di Prevenzione;

Vengono stipulati, al fine di consentire la realizzazione di alcune attività comprese nel Piano, Accordi formali intersettoriali con gli enti coinvolti nelle azioni previste dal presente Piano Regionale di Prevenzione 2014 – 2018 della Regione Campania (associazioni di volontariato, ANCI, Forze dell'ordine, IZS, ARPA etc), prevedendo altresì la definizione di pacchetti di prestazioni coerenti con il presente Piano da condividere con MMG e PLS.

Vengono considerate prioritarie, in termini di programmazione delle risorse disponibili e delle relative attività, tra le azioni finalizzate al raggiungimento degli obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, quelle destinate allo sviluppo dei sistemi informativi e dei sistemi di sorveglianza istituzionali, in quanto propedeutici alle attività di monitoraggio e valutazione, utili alla produzione di idonea documentazione sulle attività svolte, per consentire di certificare l'avvenuto raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano regionale.

Il Gruppo di lavoro tecnico-operativo cui è stato affidato lo sviluppo del Programma A "Manutenzione e Sviluppo dei Sistemi di Sorveglianza e dei Sistemi Informativi per la Salute" agisca di supporto al Coordinamento regionale del Piano di Prevenzione per lo svolgimento dei seguenti compiti:

- monitoraggio e valutazione del PRP, attraverso l'utilizzo di una piattaforma informatica alimentata dalle ASL che fornisca i dati utili al popolamento degli indicatori nazionali e regionali necessari per le verifiche del raggiungimento degli obiettivi fissati;
- effettuazione di azioni di audit, se necessario, presso le Aziende Sanitarie a seguito dei risultati del monitoraggio;
- interfaccia con il Ministero della Salute ai fini della verifica degli adempimenti previsti dal PNP.

Le UOD competenti per le materie del PRP (UUOODD 02, 03, 04, 05, 06, 16) garantiranno, nell'ambito delle attività ordinarie istituzionali, i seguenti compiti:

- acquisizione centralizzata dei dati forniti dai sistemi informativi e sistemi di sorveglianza, garantendone il funzionamento;
- produzione di specifica ed adeguata reportistica;

Vengono costituiti gruppi di lavoro tecnico-operativi su ciascun programma regionale composti da operatori del SSR e da esperti delle singole tematiche, prevedendo anche sistemi per l'informatizzazione dei dati di monitoraggio generati e per la consultazione di documentazione scientifica, con il compito di supportare il Coordinamento regionale nelle varie fasi di programmazione, monitoraggio e valutazione del PRP, avvalendosi a tale scopo degli operatori individuati dalla Regione e formati dal CNESPS nel mese di giugno 2014, nonché di altri operatori formati dalla Regione Campania in collaborazione con il CNESPS sui temi della declinazione

locale, monitoraggio e valutazione del PRP (novembre 2012- gennaio 2013). A tal fine i Direttori Generali garantiranno la partecipazione ai lavori degli operatori nominati dalla Regione;

Le Aziende Sanitarie, entro 30 giorni dall'approvazione del presente provvedimento, sono tenute a recepire con atto deliberativo il presente Piano Regionale di Prevenzione 2014 – 2018 che:

- a partire da quanto definito con DCA n. 58 del 29.05.2015 per il finanziamento definisca l'utilizzo delle complessive risorse loro assegnate dal riparto del FSR, dandone informazione alla Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del SSR, in modo da assicurare l'attuazione degli obiettivi fissati, concordando con la Direzione Generale per la Tutela della Salute – Coordinamento Regionale del PRP il superamento di eventuali criticità;
- preveda la costituzione presso la Direzione Sanitaria di un nucleo di coordinamento operativo con compiti di attuazione delle azioni previste dal Piano Regionale di Prevenzione, nominato dal Direttore Generale e sotto la diretta responsabilità del Direttore Sanitario aziendale, composto dalle seguenti figure:
 - il Direttore del Dipartimento di Prevenzione;
 - Il Responsabile aziendale dell'Area Distrettuale;
 - il Responsabile della UO Cure Primarie;
 - il Responsabile della UO Formazione aziendale;
 - un epidemiologo, di supporto al Direttore Sanitario, con compiti di referente nei confronti della Regione per la valutazione dei programmi regionali condotti a livello aziendale.
 - un informatico (Sistemi Informativi Aziendali);
 - un rappresentante dei MMG ed uno dei PLS;
 - un referente per ciascun programma regionale, scelto tra i responsabili delle UO competenti a cui potrà afferire un Gruppo di lavoro tematico;
 - i referenti aziendali di ciascun programma di screening oncologico previsti dal Decreto del Commissario ad acta n. 14 del 14.3.2014;
 - al fine di garantire la massima efficienza dei programmi regionali, realizzi a livello aziendale l'armonizzazione delle attività di prevenzione, facendo confluire eventuali progettualità locali, ove esistenti, negli stessi programmi regionali del PRP, se compatibili, prevedendone, in caso contrario, la soppressione.

NB

Il conseguimento da parte dei Direttori Generali delle aziende sanitarie degli obiettivi previsti da ciascun programma regionale rappresenta oggetto di valutazione da parte della Regione, ascrivendo alla responsabilità di ciascuno il mancato raggiungimento degli obiettivi derivante dalla mancata attuazione delle azioni del PRP;

DECRETO N. 3 DEL 11.02.2016 - Definizione del Nucleo Tecnico di Supporto alla Struttura Commissariale. Disciplina del rapporto di lavoro. Integrazioni e modifiche al D.C.A. n. 9/2014. (BUR n. 17 del 14.3.16)

Note

Il Commissario ad acta per il Piano di rientro dal disavanzo del SSR, ai sensi dei commi nn.569 e 570 dell'art. 1 della legge 23 dicembre 2014, n. 190 - per la durata dell'incarico di cui alla Delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2015 - sostituisce gli organi ordinari della Regione Campania.

La Struttura Commissariale è costituita dal Commissario ad Acta e dal Sub Commissario ad acta ed opera nella sua interezza quale ordinaria modalità operativa per l'attuazione del proprio mandato.

La Struttura Commissariale:

- individua, a legislazione vigente, il personale, gli uffici ed i mezzi all'interno della struttura amministrativa regionale necessari all'espletamento dell'incarico commissariale e prevede le modalità per avvalersi del relativo supporto;

- fornisce direttive alle Aziende Sanitarie, a So.Re.Sa, ed alle Direzioni Generali della Regione Campania al fine di garantire lo svolgimento delle attività e funzioni strettamente connesse all'Attuazione del Piano di Rientro e dei Programmi operativi ;

- si avvale, ordinariamente, degli uffici della Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR e del Dipartimento della Salute e delle Risorse naturali.

Viene rimodulata la composizione delle professionalità che costituiscono il Nucleo Tecnico di Supporto, già previsto con decreto commissariale n. 19/2010 e s.m.i..

Il Nucleo Tecnico di Supporto opera alle dirette dipendenze del Commissario ad acta per il Piano di rientro, assicura il coordinamento tecnico con la Tecnostruttura amministrativa regionale e con le Aziende sanitarie e fornisce il necessario supporto tecnico all'attività di indirizzo amministrativo del Commissario. E' costituito da figure professionali dipendenti della Giunta Regionale e del Servizio Sanitario Regionale della Campania (in distacco parziale o totale o in comando da altre regioni o amministrazioni pubbliche) .

Il Nucleo Tecnico di Supporto è così costituito:

Segreteria Organizzativa:

-D.ssa Maria D'Urzo (Dipendente IRCCS Pascale in distacco a tempo pieno);

-D.ssa Giovanna Morvillo (Dipendente AORN Santobono-Pausilipon in distacco a tempo pieno).

La Segreteria Organizzativa cura l'esecuzione ed il monitoraggio procedimentale dei provvedimenti commissariali, la trasmissione della documentazione ai Tavoli di verifica attraverso la piattaforma SIVEAS.

Assicura la gestione dell'agenda del Sub Commissario e Commissario ad acta; redige, modifica, memorizza e stampa testi, quali lettere, moduli, tabelle e documenti; organizza riunioni e trasferte. Cura anche i rapporti con gli organi istituzionali e di informazione per conto della struttura commissariale. Segreteria Amministrativa:

-Dr. Giuseppe Ferrigno (Funzionario della Giunta Regione Campania);

-Sig. Rocco Piccolo (Dipendente della Giunta Regione Campania);

-Sig. Francesco Bocchino (Dipendente della Giunta Regione Campania);

-Sig.ra Maria Grazia Tassara (Dipendente della Giunta Regione Campania).

La Segreteria Amministrativa cura il protocollo di tutta la documentazione in entrata proveniente da PEC, Fax e posta ordinaria; protocolla ed invia la documentazione in uscita; cura l'archiviazione di tutta la posta afferente al Sub Commissario e Commissario ad acta; assicura la repertoriazione e la tenuta degli atti commissariali.

Supporto per la elaborazione dei flussi informativi e ICT:

- Ing. Salvatore Ascione (Funzionario della Giunta Regione Campania)

Il supporto è il riferimento diretto della Struttura Commissariale per le questioni inerenti la Information Communication Technology. Cura la trasmissione degli atti commissariali al BURC secondo la procedura informatica in utilizzo. Collabora con il Supporto sanitario per la produzione di flussi informativi ad hoc per la struttura commissariale interfacciandosi con le specifiche U.O.D. del Dipartimento della Salute della Regione ;

Supporto giuridico e legittimità dei provvedimenti commissariali:

- Avv. Lara Natale (Dirigente della Giunta Regione Campania)

Il Referente assicura la conformità dei decreti commissariali alla cornice normativa e programmatica di riferimento e supervisiona sulla legittimità degli atti assunti. Monitora il rispetto del cronoprogramma previsto dai Programmi operativi, istruisce i procedimenti di cui al comma 80, art. 2 della legge 23 dicembre 2009, 191, fornisce la validazione tecnico-giuridica delle direttive della struttura commissariale alle aziende sanitarie.

Supporto per la definizione e implementazione della Rete dell'Emergenza Urgenza, delle Reti tempo dipendenti e della Rete dei Punti Nascita:

Dr. Giuseppe Russo (Dirigente medico della ASL Napoli 1 Centro in distacco a tempo parziale parziale, per 3 giorni a settimana)

Il Referente assicura il supporto al processo di riorganizzazione della Rete dell’Emergenza-Urgenza, delle Reti tempo dipendenti (Infarto, Trauma, Ictus) e della Rete dei Punti Nascita. Monitora il rispetto del cronoprogramma previsto dai Programmi operativi e fornisce la validazione tecnico-sanitaria delle direttive della struttura commissariale alle aziende.

Supporto per la definizione della Rete Ospedaliera e della Rete Oncologica:

- **Dr.ssa Antonella Guida (Direttore UOC ASL Caserta in distacco a tempo pieno)**

- Il Referente si occupa del coordinamento complessivo delle attività finalizzate alla realizzazione della Rete Ospedaliera, della Rete Oncologica, della Rete Trasfusionale e dei Punti Dialisi, in stretta connessione con la Direzione Generale della Salute della Regione. Cura gli aspetti di programmazione e monitoraggio delle azioni finalizzate agli interventi di medicina preventiva.

Supporto per la definizione della Rete territoriale (Cure Primarie, Cure Intermedie e Cure Domiciliari):

- **Dr. Vincenzo D’Amato (Dirigente medico della ASL Salerno in distacco a tempo parziale per 2 giorni a settimana)**

Il Referente assicura la necessaria attività istruttoria e operativa per la definizione del Piano delle Cure Territoriali in linea con le indicazioni della normativa vigente e la valorizzazione dei medici delle Cure Primarie e degli Specialisti del Territorio, nonché delle necessarie figure del Comparto.

Supporto per la ottimizzazione dei percorsi assistenziali territoriali e ospedalieri:

- **Dr.ssa Antonella Anginoni (Collaboratrice Professioni Sanitarie – Ostetrica dipendente ASL NA 1 in distacco parziale per 2 giorni a settimana)**

Il referente assicura le necessarie competenze per la valorizzazione del ruolo delle figure infermieristiche e ostetriche e in generale dell’intero comparto nella costruzione delle reti territoriali e ospedaliere favorendo la massima integrazione interprofessionale.

Supporto per la definizione del fabbisogno e della razionalizzazione del personale del SSR :

- **Dr. Alberto Pastore (Funzionario ASL NA1 Centro in distacco a tempo parziale per 3 giorni a settimana)**

Il referente offre supporto tecnico in materia di razionalizzazione e programmazione delle quote di “turn over” programmabili dalle aziende sanitarie, verifica il rispetto della normativa in materia di dotazioni organiche, anche con riferimento alle disposizioni introdotte dalla legge di stabilità per il 2016.

Supporto per l’attività di monitoraggio della implementazione per il percorso attuativo della certificabilità in stretta connessione con l’Advisor e la UOD 14 G.E.F. della Regione

- **Dr. Cesare Garofalo (Funzionario della Giunta Regione Campania per 2 giorni alla settimana)**

Il referente assicura il supporto in stretta connessione con l’Advisor e l’UOD 14 GEF della Regione per il percorso di certificazione dei bilanci Aziendali; assicura anche il rapporto con SoReSa per la razionalizzazione della spesa per acquisizione di beni e servizi.

Supporto alla programmazione e attuazione degli interventi rivolti all’incremento della qualità e al miglioramento degli esiti delle Aziende Sanitarie

- **Dr. Paolo Monorchio (Dirigente Medico A.O. Santobono in distacco parziale per 1 giorno a settimana)**

Il referente assicura il monitoraggio di qualità e di appropriatezza in conformità agli esiti sanitari previsti dal PNE e al Piano Sanitario Regionale

Supporto per la razionalizzazione degli acquisiti e gli investimenti:

- **Dr. Salvatore Guetta (Dirigente Amministrativo A.O. Santobono in distacco parziale per 3 giorni a settimana)**

Il referente presidia in stretta connessione con l’Advisor e la U.O. 14 G.E.F. della Regione il monitoraggio della regolarizzazione delle carte contabili da parte delle Aziende Sanitarie coinvolte nonché delle azioni di implementazione dei corretti procedimenti contabili e gestionali, sia livello aziendale che regionale.

□ □ Supporto per la gestione dei rapporti con gli erogatori privati e definizione dei contratti interregionali:

- Avv. Lucio Podda (Funzionario della Giunta Regionale)

Il referente offre supporto tecnico in materia di autorizzazioni sanitarie, di completamento delle procedure di accreditamento istituzionale.

I rapporti di collaborazione gratuiti attivati con il suddetto personale e quelli da attivarsi eventualmente in futuro, avvengono nel rispetto della normativa vigente in materia di contenimento dei costi del personale e delle disposizioni sul conferimento di incarichi extraistituzionali (art. 153 Dlgs 165/201). Di riconfermare, riconosciuto il carattere della eccezionalità, ai funzionari della Giunta Regionale di categoria “D” titolari di P.O. la retribuzione accessoria così come disposto dall’ex D.C.A. n. 21/2011 ed avvenuto nell’ambito del relativo fondo regionale senza incremento dello stesso;

Su disposizione del Commissario ad Acta e per l’adempimento di specifici interventi, possono essere rimodulati ed integrati le funzioni assegnate al suddetto personale e attivati ulteriori rapporti di collaborazione a titolo gratuito con personale in servizio presso aziende sanitarie regionali con il rimborso delle sole spese di trasferimento documentate, da prelevarsi dal capitolo 7066 “Servizi per trasferte”. Il Commissario ad Acta si riserva in qualsiasi momento la possibilità di integrare e modificare le funzioni ed il personale afferente al Nucleo Tecnico di Supporto della Struttura Commissariale con altre figure professionali in ragione delle modificazioni delle priorità emergenti e di indicazioni operative aggiuntive provenienti dai ministeri affiancanti.

DECRETO N. 6 DEL 11.02.2016 - Procedure di reclutamento del personale negli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l’anno 2016. (BUR n. 17 del 14.3.16)

Note

Vengono autorizzate le Aziende Sanitarie del SSR della Campania ad avviare le procedure di reclutamento relative al personale cessato nel 2015, nella misura del 70%, previa comunicazione della Struttura Commissariale che individua per ciascuna di esse il numero consentito di assunzioni per la suddetta annualità, secondo la metodologia riportata nel verbale del Tavolo e Comitato nella riunione del 10 dicembre 2012.

Le Aziende Sanitarie dovranno attestare, prima dell’avvio delle procedure di reclutamento – con una dichiarazione espressa da inviare alla Direzione Generale per la Tutela della Salute UOD 13 – il diretto collegamento tra le figure professionali che si avvieranno a reclutare e l’esigenza di assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza.

Le Aziende Sanitarie dovranno rispettare pedissequamente le procedure per il reclutamento indicate nella circolare presidenziale n. 1824 del 15.4.2014, avendo cura di evitare di mettere in atto procedure diverse dall’indizione di pubblici concorsi, precedute, per ritenuti casi di urgenza, dall’indizione di avvisi pubblici e di non ricorrere a forme alternative di reclutamento.

DECRETO N. 7 DEL 11.02.2016 - Linee di indirizzo per la determinazione dei fondi contrattuali dall’anno 2015 e seguenti e sulla corretta applicazione di alcuni istituti contrattuali aventi rilevanza sui costi del personale. (BUR n.17 del 14.3.16)

Note

Vengono approvate le linee regionali di indirizzo per la determinazione dei fondi contrattuali per le aziende sanitarie della Campania per l’anno 2015 e seguenti che, allegate al presente atto, ne costituiscono parte integrante e sostanziale.

Vengono forniti alle Aziende sanitarie ed ospedaliere, all’IRCSS ed alle AA.OO.UU. della Campania i seguenti indirizzi:

1. Le Aziende predispongono e trasmettono alla Struttura Commissariale, annualmente, entro il 31 gennaio dell’anno di riferimento il piano delle reperibilità, da elaborarsi in ottemperanza alle vigenti disposizioni contrattuali, e che, fermo restando la garanzia dei livelli essenziali di assistenza, dovrà essere ispirato ai seguenti criteri:

□□il servizio di Pronta Disponibilità, da realizzarsi solo in orario notturno e festivo, deve avere la finalità di razionalizzare l'utilizzo delle risorse umane, realizzare un sistema assistenziale continuo, efficace ed efficiente, affrontare situazioni di emergenza in relazione alla dotazione organica ed ai profili organizzativi;

□□il servizio di pronta disponibilità dovrà essere organizzato su base dipartimentale; per i dipartimenti operanti sul territorio, il servizio dovrà essere organizzato a livello interdistrettuale;

□□nel rispetto dell'art. 7 del CCNL 20/9/2001 integrativo del CCNL 7/4/1999 con particolare riferimento al rispetto dei comma 11, 12, 13 per la definizione delle figure ammesse all'istituto;

□□l'istituzione di apposito registro delle chiamate in pronta disponibilità c/o le Unità Operative interessate dall'istituto;

□□Il Piano delle reperibilità dovrà indicare i criteri di riferimento per la chiamata in servizio del dipendente reperibile, al fine di eliminare margini di discrezionalità degli operatori coinvolti;

□□Obbligo di registrazione ai badge aziendali per le chiamate in pronta disponibilità salvo casi adeguatamente motivati.

2. Le Aziende devono procedere all'utilizzo di prestazioni aggiuntive o convenzioni con altre aziende solo in casi eccezionali e temporanei, per particolari esigenze, quali necessità di ridurre le liste di attesa per le discipline tese a garantire i LEA; in ogni caso le prestazioni aggiuntive, ai sensi dell'art. 55 CCNL/2000 integrato dagli artt. 14 commi. 6 e 18 del CCNL/2005 nonché le prestazioni in convenzione con altre aziende sanitarie ed ospedaliere, devono essere effettuate dopo aver completato l'orario di servizio dovuto ed aver utilizzato l'istituto contrattuale del lavoro straordinario nei limiti previsti dalla vigente normativa, con la precisazione che qualora non sia stato soddisfatto il normale debito orario, le attività aggiuntive sono da ritenersi prestate in regime ordinario. Le Aziende, in ogni caso, non possono superare nell'anno 2015 e ss. l'importo dei costi del 2012 ridotti del 30% in ottemperanza agli obiettivi previsti dal programma operativo triennale. Ulteriori riduzioni dovranno essere commisurate alle eventuali assunzioni del personale afferenti ai profili professionali che l'azienda utilizza per tale istituto.

3. La rilevazione della presenza in servizio di tutto il personale dipendente, senza alcuna esclusione, deve avvenire, in entrata ed in uscita, unicamente a mezzo dell'apposito sistema informatizzato che prevede l'uso del badge e dei relativi lettori. Per i Direttori di Struttura Complessa la rilevazione della presenza in servizio, in entrata ed in uscita, pur non avendo finalità di controllo del debito orario deve comunque consentire l'applicazione di istituti contrattuali (aspettative, malattie, ferie permessi ecc.) e la verifica di eventuali responsabilità ovvero garantire al dirigente le tutele medicolegali, previdenziali, assicurative ed infortunistiche, nonché la distinzione dell'orario istituzionale da quella professionale intramuraria.

4. Le modalità di recupero del debito orario va effettuata, di norma, nel mese successivo e le eccedenze orarie dell'anno sono da azzerarsi entro e non oltre il 28 febbraio dell'anno successivo;

5. Le modalità di prestazione del lavoro straordinario devono informarsi al rispetto delle disponibilità presenti nel relativo fondo contrattuale e del budget assegnato alla struttura di appartenenza. Per il personale della dirigenza PTA eventuali ore rese in eccedenza rispetto all'orario contrattuale di lavoro devono prevedersi finalizzate al raggiungimento degli obiettivi senza dar luogo a remunerazione e recupero orario. Analogamente per il personale della dirigenza medica e sanitaria, non apicale, eventuali ore rese in eccedenza, per le quali non sia stato dato luogo ad autorizzazione in straordinario, devono prevedersi finalizzate al raggiungimento degli obiettivi senza dar luogo a remunerazione e recupero orario;

6. La previsione obbligatoria ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. n. 66/2003 e s.m.i., di un intervallo di pausa, non inferiore a 10 minuti, dall'esecuzione della prestazione lavorativa quando la stessa ecceda le 6 ore. Il periodo di pausa deve essere fruito consecutivamente e non va computato come orario di lavoro;

7. La disciplina del passaggio di consegne tra il personale del comparto al cambio di turno, ivi comprese le operazioni di vestizione e svestizione, non può essere superiore complessivamente a 10 minuti, come già previsto dai Decreti commissariali n. 21/2010 e n. 23/2013 e 106/2014;

8. La modalità di servizio della mensa aziendale o del diritto al buono pasto deve prevedere il completamento dell'orario di lavoro, non inferiore a 6 ore. L'intervallo della pausa mensa al fine di omogeneizzare il suo utilizzo in tutte le aziende del SSR non può essere inferiore a 20 minuti né superiore a 30 minuti. Non possono per lo stesso turno di servizio essere riconosciuti più di un buono pasto, anche per le prestazioni rese in orario notturno. La pausa mensa è da rilevare con i sistemi di rilevazione informatizzati della presenza.

9. Definire i seguenti criteri minimi congiunti in materia per lavoratore, comunque classificato dall'esperto qualificato in categoria A, ai fini dell'attribuzione dell'indennità di rischio radiologico denominata indennità professionale specifica prevista dall'art. 5 del CCNL 2000/2001 del personale di comparto e dell'art. 29 del CCNL del 10/2/2004 delle dirigenza medica e dell'art. 16 del CCNL integrativo del 6/5/2010 della dirigenza:

almeno 40 settimane di presenze documentate annue del lavoratore che attestino l'abitudine di presenza in zona controllata;

almeno 7 minuti settimanali oppure 10 minuti su 10 giorni o altra equivalente determinazione temporale di esposizione documentata del lavoratore necessari per raggiungere i 6 mSv annui di dose efficace, non riducibili, previsti dall'allegato IV dal D.Lgs. n° 230/1995 e ss.mm.ii., che si allega alla presente comunicazione.

NB

E' possibile attribuire benefici economici, anche se derivanti da riconoscimenti giuridici pregressi, gravanti sui fondi destinati alla contrattazione integrativa aziendale solo in presenza delle relative disponibilità sul corrispondente fondo e qualora, nell'anno precedente, non siano stati corrisposti emolumenti in misura superiore all'ammontare complessivo dei fondi deliberati della relativa area contrattuale, fatto salvo i recuperi effettuati nell'ambito della sessione negoziale successiva ai sensi dell'art. 40 del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.ed i.

Dall'anno 2015, gli eventuali residui positivi dei fondi di posizione dell'area della dirigenza e del fondo delle fasce dell'area del comparto possono transitare sui rispettivi fondi di risultato e di produttività, secondo le rispettive previsioni contrattuali, solo in assenza di disavanzi sull'ammontare complessivi dei fondi delle rispettive aree contrattuali o per la quota eccedente. che, in ogni caso, non possono essere attribuite risorse al personale dipendente in misura superiore all'ammontare complessivo dei fondi deliberati.

Gli atti, adottati in violazione dei punti sopra decretati sono nulli, configurano precisa responsabilità contabile del Direttore Generale, e del dirigente di struttura responsabile e potranno determinare, previo procedimento in contraddittorio, la decadenza del Direttore Generale

EMILIA-ROMAGNA

RISOLUZIONE - Oggetto n. 1648 - Risoluzione per impegnare la Giunta a predisporre, in sede di confronto Stato-Regioni, l'aggiornamento e la valorizzazione delle figure professionali infermieristiche, definire un approccio multidisciplinare degli operatori valorizzando la professionalità dei medici e degli infermieri, avviando inoltre un piano straordinario di assunzione di personale sanitario per sopperire alle carenze e far fronte ai carichi di lavoro. A firma della Consigliera: *Sensoli* (BUR n.79 del 23.2.16)

L'Assemblea legislativa della Regione Emilia-Romagna

Premesso che

nel corso degli ultimi anni in Italia c'è stato un cambiamento del rapporto medico-infermiere. Si è passati da una organizzazione quasi esclusivamente gerarchica in cui la figura del medico veniva posta culturalmente al vertice della scala e orientava gli infermieri alle loro mansioni, ad una cooperazione più indipendente e responsabile dei ruoli professionali, rispetto anche di ciò che è legalmente espresso nei rispettivi Codici Deontologici;

in un clima in cui viene continuamente richiesto un incremento dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi, con appropriatezza, economicità ed aspettative sui risultati di cura, un miglioramento

della qualità assistenziale per far fronte, a tutte queste necessità necessita di un approccio multidisciplinare dei professionisti della salute, quali medici ed infermieri, al fine di migliorare la risposta sanitaria.

Preso atto che

sembrano essere state presentate denunce alla Procura della Repubblica e richieste di procedimenti disciplinari verso i medici dell'emergenza che a Bologna, Modena, Ravenna e Piacenza, hanno redatto procedure e istruzioni operative che regolano l'intervento di infermieri sulle ambulanze del 118, attribuendo al personale infermieristico compiti di diagnosi, prescrizione e somministrazione di farmaci soggetti a controllo del medico;

allo stato attuale emerge che non vi è una recriminazione contro la figura professionale dell'infermiere da parte dei medici ma bensì una richiesta di legalità e una rivisitazione del profilo professionale dell'infermiere dando loro competenze ma anche un'adeguata formazione per compiere determinati atti;

il rapporto tra competenze e responsabilità professionali non può essere, nemmeno in parte, disgiunto.

Impegna la Giunta e l'Assessore competente

a farsi carico di proporre nelle sedi di confronto Stato-Regioni un aggiornamento della normativa a riguardo alle figure professionali infermieristiche per una maggiore valorizzazione della professione e formazione;

a definire, nell'ambito delle proprie competenze, un approccio multidisciplinare dei professionisti della salute, quali medici ed infermieri, al fine di migliorare la risposta sanitaria, valorizzando le singole professionalità.

LAZIO

Determinazione 4 marzo 2016, n. G01918 - Offerta di servizi nefro - dialitici nella città di Roma per il Giubileo della Misericordia 2015/2016. Adozione del documento tecnico. (BUR n. 21 del 15.3.16)

Note

Viene adottato il documento "Offerta di servizi nefro - dialitici nella città di Roma per il Giubileo della Misericordia 2015/2016", allegati A) e B) del presente provvedimento, del quale costituiscono parte integrante (a cui si rinvia).;

Viene dato mandato alle Aziende sanitarie regionali di vigilare puntualmente sull'implementazione della prevista operatività nel percorso definito con i predetti allegati A) e B) al fine di garantire, per il tramite delle strutture sanitarie individuate e comunque coinvolte negli adempimenti in argomento, la necessaria risposta assistenziale nefro - dialitica, in accordo con la vigente normativa, nel corso dell'evento giubilare 2015/2016.

Decreto del Commissario ad Acta 14 marzo 2016, n. U00080 - Disturbi Alimentari – approvazione allegato 1 "Percorsi di presa in carico sanitaria e di cura dei Disturbi Alimentari"; approvazione allegato 2 "Stima del fabbisogno di servizi e strutture dedicati ai Disturbi Alimentari (DA)"; approvazione allegato 3 "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie" (integrale sostituzione dei paragrafi 1.3a., 1.3a.1, 1.3a.2, 3.12., 3.12.1, 3.12.2, 4.12., 4.12.1, 4.12.2, 4.13., 4.13.1, 4.13.2 ed inserimento nel capitolo 1 dei paragrafi 1.2b., 1.2b.1, 1.2b.2 e 1.2c., 1.2c.1, 1.2c.2, di cui all'allegato C del DCA U0008 del 10 febbraio 2011). (BUR n. 23 del 24.3.16)

Note

Vengono approvati:

- o l'Allegato 1 "*Percorsi di presa in carico sanitaria e di cura dei Disturbi Alimentari*";
- l'Allegato 2 "*Stima del fabbisogno di servizi e strutture dedicati ai Disturbi Alimentari (DA)*";

- l'Allegato 3 “*Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie*” - integrale sostituzione dei paragrafi 1.3a., 1.3a.1, 1.3a.2, 3.12., 3.12.1, 3.12.2, 4.12., 4.12.1, 4.12.2, 4.13., 4.13.1, 4.13.2 ed inserimento nel capitolo 1 dei paragrafi 1.2b., 1.2b.1, 1.2b.2 e 1.2c., 1.2c.1, 1.2c.2, di cui all'allegato C del DCA U0008 del 10 febbraio 2011 che in parte sostituiscono e in parte integrano il testo precedentemente approvato e che costituiscono parte integrante del presente decreto.

ALLEGATO 1

PERCORSI ASSISTENZIALI DI PRESA IN CARICO SANITARIA E DI CURA DEI DISTURBI ALIMENTARI NELLA REGIONE LAZIO

1. RAZIONALE E FINALITÀ

I Disturbi Alimentari (DA) possono essere definiti come persistenti disturbi del comportamento alimentare associati ad una alterazione della percezione corporea e del controllo del proprio peso e delle forme corporee, che danneggiano la salute fisica o il funzionamento psicologico e che non sono secondari a nessuna condizione medica o psichiatrica conosciuta.

Sono disturbi della sfera psichica che richiedono una rete di interventi e la costruzione di percorsi di cura dedicati che offrano ai pazienti interventi precoci, per evitare il cronicizzarsi della patologia, integrati e complessi. Da una parte ci troviamo di fronte ad un esordio sempre più precoce dei DA, dall'altra la forte componente somatica di questo tipo di disturbi tende spesso a catturare l'attenzione del paziente e della famiglia, rendendo difficile l'accesso ai servizi per la salute mentale.

In questo documento vengono definiti i percorsi assistenziali di presa in carico e di cura dei Disturbi Alimentari nella Regione Lazio prevedendo interventi che, a seconda del livello di gravità della patologia del paziente, vengono declinati nei vari livelli assistenziali: ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale e ospedaliero.

I principi che ispirano la programmazione della rete dei servizi che operano in questo campo e di cui al presente atto, sono in stretto raccordo con i servizi della Salute Mentale e non vengono quindi inclusi i servizi dedicati esclusivamente al trattamento di disturbi metabolici o all'obesità¹.

Tali principi sono:

- a) *l'umanizzazione*: il paziente è al centro di ogni intervento, deve essere accolto con i suoi bisogni assistenziali e deve poter esercitare i propri diritti e accedere a servizi di cura appropriati e di qualità;
- b) *la prossimità*: il paziente deve poter accedere a servizi che si occupano di DA territorialmente vicini;
- c) *l'integrazione sociosanitaria* basata su interventi *evidence-based*: gli interventi si basano sull'integrazione dei diversi aspetti che permettono il recupero della salute del paziente, in modo da raggiungere il più alto livello possibile di funzionamento e di partecipazione alla vita della comunità, liberi da stigma e discriminazione.

2. FASI DEL PERCORSO E LIVELLI ASSISTENZIALI: ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale, ospedaliero (DH e posti letto dedicati)

2.1. LIVELLO AMBULATORIALE

2.1.1. AMBULATORIO MULTIDISCIPLINARE INTEGRATO - Linee di attività

Le linee Guida Internazionali (APA, 2005; NICE, 2004; RANZCP, 2014), le indicazioni del Ministero della Salute (QMdS, 2013)² e la Consensus Conference dell'ISS (Rapporti ISTISAN, 13/6, 2013)³ sottolineano tutte come l'intervento *ambulatoriale multidisciplinare integrato* costituisca il pilastro della rete dei servizi dedicati al trattamento dei Disturbi Alimentari (DA) garantendo il 70% di risposta di cura appropriata.

¹ Non viene pertanto considerata nel presente documento la sola condizione di obesità ma esclusivamente quella associata al DAI (Disturbo d'Alimentazione Incontrollata) caratterizzato dalla mancanza di “condotte compensatorie” e conosce spesso gli stessi rischi di salute e complicanze quali il diabete mellito non-insulino dipendente, ipertensione e cardiopatie.

2 Quaderni del Ministero della Salute - *Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione* - QMS n. 17/22, luglio-agosto 2013.

3 Conferenza di Consenso Disturbi Comportamento Alimentare (DCA) negli adolescenti e nei giovani adulti, Rapporti ISTISAN 2013/6.

I DA sono disturbi che, pur avendo l'esordio prevalentemente in età evolutiva, possono presentarsi in tutto l'arco di vita. Pertanto, i percorsi di diagnosi e cura, devono essere differenziati secondo l'età del paziente, il momento di sviluppo della sua personalità e il livello di gravità della patologia. In particolare, per i DA tutte le linee guida internazionali e le indicazioni del Ministero della Salute raccomandano il trattamento ambulatoriale o il trattamento diurno, consigliando il ricovero ospedaliero solo per quei casi a rischio di compromissione organica e/o psicologica. L'approccio terapeutico che ha mostrato una maggiore efficacia clinica è quello di tipo Multidisciplinare Integrato, dove gli aspetti psichiatrici-psicologici sono strettamente integrati con quelli medic nutrizzionali.

Nel trattamento dell'Anoressia Nervosa (AN) in età pediatrica e prima età adulta viene fortemente raccomandato il trattamento fondato sul coinvolgimento dei familiari. Inoltre, ogni ambulatorio dovrà esplicitare l'offerta assistenziale in termini di trattamento, distinta per gruppi di età, da verificare periodicamente sulla base delle nuove acquisizioni clinico-scientifiche. Nel trattamento dell'AN cronica viene raccomandato un approccio multiprofessionale finalizzato alla minimizzazione del danno psico-organico.

Nel trattamento della Bulimia Nervosa (BN) e del Disturbo d'Alimentazione Incontrollata (DAI) viene raccomandato sia un approccio psicoterapeutico individuale sia di gruppo.

Il trattamento farmacologico, pur non essendo il trattamento di prima scelta nella cura dei DA, può essere utile in associazione all'intervento psicoterapeutico-riabilitativo a causa dell'elevata comorbilità psichiatrica nei pazienti con DA.

Tutte le strutture operanti, pubbliche e private, che prendono in carico pazienti affetti da DA sono elementi funzionali di una rete sociosanitaria, che deve garantire un intervento integrato sia dal punto di vista psicologico che da quello internistico-nutrizionale e che opera in stretto collegamento anche con gli altri servizi dell'area materno infantile (TSMREE, Consultori, ecc.), del Distretto Sanitario, comprese le strutture residenziali e di ricovero, con i SerT, con i Servizi di Salute Mentale, con i Pediatri di Libera Scelta (PLS)/Medici di Medicina Generale (MMG).

Nella Regione Lazio l'ambulatorio per i DA è una struttura pubblica che svolge funzione di *primo accesso* al sistema, di *accoglienza* e di *inizio della relazione terapeutica* con i pazienti, di filtro diagnostico e terapeutico nei confronti dei successivi livelli assistenziali, ma soprattutto l'ambito di trattamento specifico per la maggioranza degli stessi pazienti. Quale centro di primo riferimento, coordina nell'ambito territoriale tutti gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione dei cittadini che presentano disturbi alimentari.

Le attività e prestazioni, rivolte agli utenti in età evolutiva ed alle loro famiglie, comprendono una stretta collaborazione operativa anche con i servizi socio-assistenziali ed educativi.

Nel percorso diagnostico-terapeutico devono essere garantite la partecipazione, l'informazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di intervento e il coinvolgimento delle persone che hanno relazioni significative con il paziente.

Effettua una prima valutazione dei pazienti attraverso una valutazione multidimensionale, che prevede la somministrazione di una batteria di test specifici e analisi cliniche specifiche e svolge attività di diagnosi e cura dei pazienti che soffrono di DA.

L'ambulatorio competente per residenza del paziente autorizza, con apposito atto formale, dopo idonea valutazione, l'eventuale accesso alle strutture residenziali e semiresidenziali⁴ e monitora l'andamento del programma terapeutico-riabilitativo.

4 Nelle more della costituzione dell'intera rete, la presa in carico compete all'ambulatorio cui il paziente si rivolge. Verrà prevista la compensazione sanitaria: 1) a posteriori per le

prestazioni/PAC; 2) previo accordo con la ASL di residenza per prestazioni residenziali/semiresidenziali (l'accordo deve prevedere il nulla osta da parte delle Direzioni dei distretti/DDSSMM/Servizi TSMREE secondo quanto previsto dalle singole Direzioni Aziendali).

L'ambulatorio ha inoltre la funzione di completa reintegrazione nel nucleo familiare e nelle attività di studio e/o lavorative, successive alla dimissione da qualsiasi punto della filiera assistenziale (ospedaliero/DH, semiresidenziale e residenziale) e di garantire la continuità terapeutica con le strutture e i servizi territoriali della rete dei DA, inclusi i rapporti con i MMG/PLS dei pazienti.

L'ambulatorio multidisciplinare integrato svolge compiti di prevenzione primaria e secondaria attraverso attività di informazione (materiale informativo) e interventi psicoeducativi dedicati alle famiglie (singoli e/o di gruppo). Infine, svolge compiti di controllo periodico per i soggetti che non hanno rivelato elementi clinici tali da richiedere trattamenti intensivi, o hanno già superato questa fase, ma che manifestano ancora disagi, elementi psicopatologici e/o disturbi subclinici del comportamento alimentare che richiedono un'attenzione clinica.

L'ambulatorio può effettuare valutazioni di follow-up, successive alle dimissioni e agli altri trattamenti, utili per confermare o modificare le scelte adottate. Infine svolge attività di documentazione e comunicazione con gli Uffici regionali competenti.

I trattamenti ambulatoriali prevedono interventi psicoterapeutici individuali, familiari e di gruppo; interventi di valutazione psichiatrica e di psicologia clinica con eventuale trattamento psicofarmacologico; interventi di valutazione e trattamento internistico, nutrizionale e dietetico; interventi psicoeducativi; trattamenti di psicomotricità, gruppi di auto aiuto, ecc.

La *fase di compenso* prevede la presenza di un disturbo conclamato e diagnosticabile per la presenza di specifici sintomi alimentari, ma quando non sussistono le seguenti condizioni:

- Alterazioni di parametri ematochimici
- Alterazioni di parametri internistici
- Presenza di ideazione suicidaria, comportamenti suicidari o autolesivi recenti
- Comorbilità con patologie gravi o difficilmente gestibili in regime ambulatoriale
- Presenza di comportamenti antisociali
- Rifiuto delle cure e delle valutazioni diagnostiche ritenute indispensabili

Inoltre:

- *Non* deve essere necessaria l'alimentazione assistita (sondino o alimentazione parenterale)
- Deve essere presente un buon grado di autonomia funzionale o disponibilità di almeno un familiare

Accoglienza e assessment clinico-diagnostico

Gli obiettivi della fase di assessment sono:

- Accogliere la domanda d'aiuto da parte del paziente e/o dei familiari e/o di altre persone significative (insegnanti, ecc.)
- Fornire una risposta alla richiesta di cura delle persone affette da DA e/o dei loro familiari
- Fornire uno spazio di ascolto, sostegno e orientamento ai familiari di pazienti non motivati alle cure
- Effettuare una diagnosi della tipologia di DA
- Definire il livello di gravità in termini di compromissione della salute fisica
- Definire il livello di gravità in termini di compromissione della salute mentale
- Fornire indicazioni sul livello di cura più opportuno (ambulatoriale, residenziale, semiresidenziale, Day Hospital, ospedaliero)
- Definire il livello di motivazione alla cura
- Inserire nel percorso diagnostico la famiglia, quando questo si renda necessario
- Fornire al paziente e alla sua famiglia (in particolare in caso di minore, o quando viene richiesto e autorizzato dal paziente) tutte le informazioni necessarie oltre che una restituzione comprensibile della diagnosi e delle prospettive di cura delineate sulla base della Medicina e della Psicoterapia dell'Evidenza

L'approccio multidisciplinare integrato alla cura dei DA caratterizza già la prima fase di Valutazione Clinico-Diagnostica, che costituisce un momento essenziale per la presa in carico e la formulazione del progetto terapeutico "centrato sul paziente". Tale valutazione deve articolarsi lungo 4 aree cliniche principali e una valutazione psicodiagnostica, così riassumibile:

- a) Valutazione psicologica e psichiatrica/neuropsichiatrica infantile
- b) Valutazione dietistica
- c) Valutazione internistico-nutrizionale
- d) Valutazione testologica

a) Valutazione psicologica e psichiatrica/neuropsichiatrica infantile

Aree di indagine obbligatorie:

- Storia della malattia
- Storia dello sviluppo psicofisico e dell'accudimento
- Restrizione alimentare
- Perdita di peso
- Incapacità di ripristinare un comportamento alimentare adeguato
- Incapacità di ripristinare un peso adeguato
- Preoccupazioni su cibo, peso, forme corporee
- Timore di perdita di controllo alimentare
- Effettiva presenza di episodi di perdita di controllo
- Presenza di vomito autoindotto
- Uso/abuso di lassativi
- Uso/abuso di diuretici
- Esercizio fisico eccessivo volto a controllare il peso
- Presenza di peculiari comportamenti alimentari (mangiare da soli, spezzettare il cibo, mangiare senza masticare, etc)
- Presenza di pensieri peculiari relativi al peso, alla forma fisica e all'alimentazione
- Presenza di discontrollo degli impulsi
- Disregolazione emotiva e caoticità interpersonale

Comorbidità psichiatrica con:

- Disturbi d'ansia
- Disturbo ossessivo
- Disturbi dissociativi
- Disturbo depressivo
- Abuso di sostanze
- Disturbi del pensiero
- Rischio suicidario

Inoltre vanno approfondite:

- Motivazione alle cure
- Eventi di vita significativi, esperienze traumatiche⁵, stili cognitivi, affettivi, comportamentali e relazionali

Va inoltre effettuata un'accurata *anamnesi familiare* con particolare riferimento alla storia familiare di disturbi alimentari quali:

- Disturbi psichiatrici, inclusi disordini legati all'uso di alcool e altre sostanze
- Storia familiare di DA e/o obesità
- Interazioni familiari in relazione ai disturbi del paziente
- Atteggiamenti della famiglia rispetto all'alimentazione, l'esercizio, la forma corporea, la prestazione e il valore personale

Il coinvolgimento dei genitori è essenziale nella fase di valutazione dei pazienti in età pediatrica; per i pazienti adulti il coinvolgimento della famiglia è in genere utile e auspicabile (in assenza di genitori si valuti sempre la possibilità di coinvolgere figure significative per la/il paziente).

b) Valutazione internistico-nutrizionale (pediatrica in età evolutiva)

È necessario un esame obiettivo completo e accurato con particolare attenzione a:

- Presenza di vomito autoindotto
- Uso/abuso di lassativi
- Uso/abuso di diuretici
- Restrizione alimentare
- Presenza di complicanze internistiche e rischio organico
- Registrazione della frequenza cardiaca da seduto e in piedi
- Storia clinica di astenia, palpitazioni, crisi lipotimiche, cefalea, caviglie edema arti inferiori
- Alterazione del ciclo mestruale
- Segni dermatologici di malnutrizione o di vomito autoindotto (lanugo, ipercarotenemia, segno di Russel)
- Ipertrofia delle parotidi
- Segni di autolesionismo
- Erosione dello smalto dei denti
- Storia familiare di DA e/o obesità

c) Valutazione dietistica

Deve essere condotta un'anamnesi dietetica e devono essere indagati:

- Perdita di peso
- Intake quali-quantitativo di nutrienti e bilancio composizione corporea
- Modalità di assunzione dei pasti
- Storia dei comportamenti alimentari e del peso
- Peso
- Altezza

5 Al riguardo si vedano: David H. Gleaves, Kathleen P. Eberenz and Mary C. May, *Scope and significance of posttraumatic symptomatology among women hospitalized for an eating disorders*, International Journal of Eating Disorders Volume 24, Issue 2, September 1998, Pages: 147–156; Natalie Sachs- Ericsson, Pamela K. Keel, Lauren Holland, Edward A. Selby, Edelyn Verona, Jesse R. Cogle and Emily Palmer, *Parental disorders, childhood abuse, and binge eating in a large community sample*, International Journal of Eating Disorders Volume 45, Issue 3, April 2012, Pages: 316–325; Joshua M. Smyth, Kristin E. Heron, Stephen A. Wonderlich, Ross D. Crosby and Kevin M. Thompson, *The influence of reported trauma and adverse events on eating disturbance in young adults*, International Journal of Eating Disorders Volume 41, Issue 3, April 2008, Pages: 195–202; Vanderlinden J. & Vandereycken W (1998), *Le origini traumatiche dei Disturbi Alimentari*, Astrolabio (Tit. Or.: "Trauma, dissociation and impulse discontrol in eating disorders", Bruner Mazel inc. 1997).

- BMI
- Pattern di crescita
- Esame della composizione corporea

d) Valutazione testologica

Si raccomanda l'utilizzo di Test Psicodiagnostici e di strumenti standardizzati nella valutazione dei DA nelle varie fasce di età quali, a titolo esemplificativo:

- EDI-3 (valuta la presenza di aree sintomatologiche specifiche e aree di funzionamento personologico tipiche dei DA)
- EDE-Q (valuta la presenza di comportamenti e di pensieri specifici dei DA, raggruppando le risposte in 4 dimensioni)
- BUT (valuta il disagio corporeo e il disturbo dell'immagine corporea)
- BES o BETCH (valuta il timore/presenza di perdita del controllo alimentare)

Ai suddetti test è utile associare test per la valutazione del disagio psicologico (quali a titolo esemplificativo SCL-90) e del funzionamento personologico (quali a titolo esemplificativo MMPI o MMPI-A per adolescenti, Millon per gli adulti o MACI per l'adolescenza).

La diagnosi viene posta secondo il Sistema di Classificazione Nosografica ICD-9-CM, adottato come sistema di riferimento da parte del SSR del Lazio.

Una volta effettuata la diagnosi di DA è *necessario* un approfondimento del rischio organico attraverso esami di laboratorio e strumentali. Per tale motivo l'ambulatorio per il trattamento dei DA deve essere in collegamento funzionale con l'ambulatorio d'analisi e con il poliambulatorio specialistico distrettuale che, nelle more della definizione di un apposito Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale (PDTA) dovrà garantire dei percorsi diagnostico-terapeutici integrati o con un DH Ospedaliero dove eventualmente sia possibile attivare un PAC DA 3075 o un PAC dedicato.

Gli esami di laboratorio necessari a identificare il rischio organico in un paziente con DA (AN, BN o DAI) sono i seguenti:

- Potassiemia
- Creatinemia
- Azotemia
- Sodiemia
- Glicemia
- Amilasemia
- Fosfatasemia
- GOT e GPT
- Prealbumina – albumina sierica
- Emocromo completo
- ECG con valutazione QTC
- MOC (Mineralometria Ossea Computerizzata) nei casi di amenorrea >6 mesi

Visite specialistiche (da prescrivere sulla base della valutazione clinica)

- Cardiologica (con ecocardiogramma)
- Endocrinologica
- Gastroenterologica
- Neurologica

Valutazione diagnostica

Il percorso multidisciplinare di valutazione clinico-diagnostica multidimensionale (*Scheda n. 1*), che deve essere realizzato entro un mese, si conclude con la riunione degli specialisti, in cui viene deciso il tipo di progetto terapeutico, centrato sul paziente, che verrà proposto in fase di restituzione. La restituzione dell'offerta terapeutica viene effettuata con il paziente e, se minore, anche con i genitori. Una volta concordato il *Piano di Trattamento Individuale (PTI)* (*Scheda n. 2*) che dovrà essere multidisciplinare ed integrato, verrà attivato nelle sue diverse articolazioni.

La valutazione clinico-diagnostica deve essere multidimensionale e includere un approfondimento delle seguenti aree:

- *Valutazione della natura e della gravità del disturbo dell'alimentazione.* L'obiettivo principale di questa valutazione è analizzare lo sviluppo e lo stato attuale del disturbo;
- *Valutazione delle dinamiche familiari.* Esiste un ampio consenso clinico sulla necessità che i familiari siano coinvolti nel processo riabilitativo, soprattutto nel caso di minori;
- *Valutazione dello stato fisico.* I pazienti devono ricevere una valutazione accurata del loro stato clinico-nutrizionale, perché molti di loro sono in una condizione di instabilità medica.

La valutazione dello stato fisico include l'anamnesi e un accurato esame obiettivo, integrato dalla prescrizione di esami bioumorali e strumentali.

Piano di Trattamento Individuale (PTI)

Il trattamento ambulatoriale multidisciplinare integrato prevede che i pazienti siano seguiti contemporaneamente da più figure specialistiche. È necessario che i membri dell'equipe terapeutica si riuniscano periodicamente per una supervisione tra pari, che consenta di:

- Monitorare l'andamento delle terapie in corso
- Ridefinire ciclicamente la strategia terapeutica multiprofessionale sulla base dei risultati raggiunti
- Verificare periodicamente i punti di forza e di debolezza dei protocolli terapeutici in uso presso l'ambulatorio

La presa in carico ambulatoriale prevede le seguenti prestazioni:

- Psicoterapia individuale
- Visite psichiatriche di controllo
- Psicoterapia familiare
- Gruppi psicoterapeutici
- Gruppi psicoeducativi
- Psicofarmacoterapia
- Visite dietistiche (definizione del piano alimentare e familiarizzazione con il cibo)
- Visite di controllo medico-nutrizionali o internistico-nutrizionali
- Visite internistiche/pediatriche
- Valutazione psicodiagnostica di follow-up ogni 12 mesi (per almeno 4/5 anni)

Psicoterapia Individuale

- Obiettivi a breve termine: riduzione della pervasività del disturbo alimentare (restrizione, condotte bulimiche e di abbuffata). Impegno stimato: 18 mesi
- Obiettivi a medio termine: miglioramento della regolazione emotiva e interpersonale, con ristrutturazione delle convinzioni patologiche che sottendono il disturbo alimentare. Impegno stimato: ulteriori 18 mesi
- Obiettivi a lungo termine: mirano al superamento dei conflitti relativi alla dipendenza e all'autonomia e al raggiungimento di migliori livelli di integrazione personale e interpersonale

Psicoterapia Familiare

Il trattamento fondato sulla famiglia costituisce, secondo le linee Guida Internazionali e le Raccomandazioni del Ministero della Salute, il trattamento d'elezione nell'AN in età pediatrica, e presenta buone prove di efficacia clinica anche nei giovani adulti.

Anche nel trattamento della BN in età pediatrica e nei giovani adulti la terapia fondata sulla famiglia presenta prove di efficacia clinica, anche se meno evidenti. Il focus terapeutico è il ripristino di un adeguato comportamento alimentare del paziente, attraverso il sostegno attivo dei familiari.

Il lavoro con la famiglia è fondamentale per ridurre il clima di ipercoinvolgimento, criticismo e impotenza (durata 12/18 mesi) che caratterizza le dinamiche familiari nel DA in età pediatrica; obiettivo della terapia familiare è quello di favorire la ripresa del normale processo di separazione e individuazione dell'adolescente, bloccato dal DA.

Gruppi Psicoterapeutici e/o Psicoeducativi

L'intervento di gruppo costituisce un utile strumento nel trattamento di alcuni gruppi nosografici (BN e DAI) e nel trattamento dei pazienti cronici. Appare utile alla costruzione e al sostegno della motivazione alle cure. L'uso del trattamento di gruppo consente di soddisfare le esigenze di più pazienti, con un risparmio di risorse; inoltre, l'approccio psicoeducativo, utile per l'acquisizione di specifiche abilità, non richiede un'elevata specializzazione psicologicopsichiatrica, ma solo una formazione nelle specifiche tecniche d'intervento.

Il trattamento psicoeducativo di gruppo appare particolarmente utile al sostegno dei genitori, favorendo un miglioramento delle relazioni intrafamiliari a seguito di una migliore comprensione dei DA e della riduzione del senso di isolamento, dell'ansia e dell'impotenza, che spesso caratterizzano i vissuti dei familiari dei giovani pazienti con DA.

Intervento Psicofarmacologico

Il trattamento psicofarmacologico è possibile nel trattamento di sintomi psichiatrici (ansia, flessione dell'umore, disturbi del pensiero, discontrollo degli impulsi, intense oscillazioni emotive) che spesso accompagnano il decorso clinico dei pazienti con DA. Al di sotto dei 14 anni il trattamento psicofarmacologico deve essere sempre limitato ai casi di particolare gravità con una attenta valutazione e segnalazione di eventuali eventi avversi o indesiderati.

Intervento Dietistico

Tale intervento è finalizzato:

- Al controllo periodico del peso con definizione del piano alimentare e dello stato di denutrizione
- Alla correzione dei dati biologici alterati e all'indicazione di stili alimentari alternativi, che verranno implementati dai *controlli dietistici* (Tecniche di Familiarizzazione con il Cibo – T.F.C.)

Intervento Internistico-Nutrizionale

È finalizzato al controllo periodico di:

- Condizioni organiche
- Condizioni cardiache
- ECG
- Parametri ematologici e biochimici

L'intervento psicoterapeutico costituisce il cardine del trattamento ambulatoriale multiprofessionale integrato dei DA.

È utile e auspicabile che l'attività ambulatoriale sia definita attraverso protocolli d'intervento, che possano essere aggiornati periodicamente sulla base dell'esperienza del singolo servizio e dei dati emergenti dalla letteratura scientifica. A titolo orientativo possiamo indicare 3 itinerari terapeutici prototipici per ciascun gruppo nosografico (AN, BN e DAI), riassumibili schematicamente nella tabella seguente:

I diversi livelli di intensità assistenziale e i criteri di passaggio

Per confrontarsi con i diversi livelli di gravità del quadro clinico e dei bisogni assistenziali, il network assistenziale si compone di diverse strutture che operano in maniera integrata con l'attività ambulatoriale.

Pur demandando alla valutazione dell'équipe che segue il caso, il livello di intervento assistenziale ritenuto più opportuno, sulla base della letteratura internazionale, si segnalano di seguito alcuni indicatori la cui presenza deve far optare per un inserimento presso una struttura semiresidenziale (Centro Diurno DA) (*Tabella n. 1*) o residenziale o (*Tabella n. 2*).

Anche la possibilità di ricovero presso un DH o Unità Psichiatrica h24 dedicata deve essere valutata sulla base degli indicatori presenti nelle *Tablelle n. 5 e n.6*.

Di fondamentale importanza per la continuità delle cure dei pazienti che soffrono di DA è stabilire dei criteri di passaggio tra i diversi livelli assistenziali che possano orientare la scelta verso un percorso più idoneo. Non è affatto raro che si debba ricorrere al principio di priorità delle cure più strettamente necessarie per poi prevedere il passaggio successivo ad un differente contesto di cura.

Le caratteristiche dei DA li rendono passibili di trattamenti multipli e diversificati, la cui maggiore difficoltà è costituita soprattutto dalla necessità di istituire sinergie e integrazioni reciproche.

Perché si possa predisporre per ogni singolo paziente il percorso di cura più appropriato, è opportuno predisporre una serie di protocolli di passaggio da una struttura all'altra, che siano il più possibile condivisi, per ridurre al minimo il rischio di rallentamento o interruzione delle cure che tende a verificarsi proprio nelle fasi di transizione tra differenti contesti di cura.

AN BN DAI

1. Psicoterapia individuale 1. Psicoterapia individuale o di gruppo
1. Psicoterapia individuale o di gruppo
2. Terapia familiare in età pediatrica e nei giovani adulti
2. Terapia familiare in età pediatrica e nei giovani adulti
2. Terapia familiare in età pediatrica e nei giovani adulti
3. Riabilitazione nutrizionale 3. Riabilitazione nutrizionale 3. Gruppi di riabilitazione psicocorporea (inclusa attività motoria guidata)

4. Controlli dietistici 4. Controlli dietistici 4. Riabilitazione nutrizionale

5. Controlli internistici/pediatrici 5. Controlli internistici/pediatrici 5. Controlli dietistici

6. Controlli internistici/pediatrici

Tale rischio tende a minimizzarsi riducendo sensibilmente l'insorgenza di possibili criticità quando le procedure di passaggio risultano ben definite e quando le strutture sono in grado di sviluppare una buona consuetudine e collaborazione.

In ogni caso a livello ospedaliero deve essere garantita la consulenza urgente nelle diverse fasi di decorso del ricovero da personale specializzato nel settore dei DA e un continuo passaggio di informazioni specifiche sia tra le strutture ospedaliere di ricovero che con l'ambulatorio di riferimento del paziente e il MMG/PLS, segnalando in fase di dimissioni anche un eventuale rischio suicidario emerso nel corso del ricovero.

La lista d'attesa

Un lungo periodo di attesa (>12 settimane), in qualsiasi punto del percorso assistenziale avvenga, può avere effetti negativi sul paziente, soprattutto se ha già manifestato la disponibilità al trattamento. Una lunga lista d'attesa può demotivare i pazienti ad affrontare il trattamento. Una breve lista d'attesa, al contrario, può contribuire a ridurre la durata del disturbo e migliorare l'esito della cura.

I centri ambulatoriali di riferimento devono predisporre un piano per gestire il periodo di attesa e i criteri di accesso, perché la psicopatologia del disturbo dell'alimentazione, le circostanze di vita e la comorbilità psichiatrica tendono a evolvere nel tempo.

La gestione della lista d'attesa può includere una o più delle seguenti procedure e strategie:

- Stimolare il paziente ad iniziare il percorso di cambiamento già con il trattamento ambulatoriale ed evitare il ricovero riabilitativo (l'esperienza clinica ha evidenziato che l'attesa per il ricovero riabilitativo può indurre alcuni pazienti ad attuare un cambiamento già con il trattamento ambulatoriale)
- Monitorare l'evoluzione delle condizioni mediche e psicosociali con periodiche valutazioni cliniche, di laboratorio e strumentali
- Programmare, in caso di necessità, brevi periodi di ospedalizzazione in reparti internistici/pediatrici per gestire le condizioni di instabilità medica

Programmare visite periodiche presso i posti letto dedicati per i DA (riabilitazione subintensiva nutrizionale "rescue"), per valutare ed eventualmente rinforzare la motivazione del paziente al ricovero durante la permanenza in lista d'attesa.

2.2. LIVELLO SEMIRESIDENZIALE

2.2.1. CENTRO DIURNO PER IL TRATTAMENTO DEI DA

Il trattamento in struttura semiresidenziale o Centro Diurno (C.D.) per DA è indicato per pazienti che hanno difficoltà a modificare le loro abitudini alimentari con la terapia ambulatoriale standard e che hanno un ambiente familiare collaborativo con la terapia. Esempi includono:

- Pazienti sottopeso che non riescono a recuperare peso
- Pazienti non sottopeso con elevata frequenza di episodi di abbuffate e vomito autoindotto
- Mancata risposta alle normali cure ambulatoriali
- Pazienti con lunga durata del DA che non hanno risposto a numerosi trattamenti ambulatoriali ben condotti

In rari casi il trattamento in struttura semiresidenziale può essere indicato come prima forma di cura. Esempi includono:

- Pazienti adolescenti sottopeso che non possono ricevere un supporto genitoriale durante i pasti
- Pazienti con grave riduzione dell'autostima i quali, durante gli incontri di valutazione diagnostica, affermano apertamente che non saranno in grado di affrontare i pasti senza assistenza

La terapia riabilitativa semiresidenziale è controindicata nei pazienti con condizioni di rischio fisico moderato-grave, uso improprio e continuativo di sostanze, depressione maggiore con rischio suicidario e psicosi acuta.

La struttura semiresidenziale dovrà compilare il *Progetto Terapeutico Riabilitativo*

Personalizzato (PTRP) per ogni singolo paziente, tenendo conto del Piano di Trattamento Individuale (PTI) redatto dall'Ambulatorio di riferimento del paziente, al quale andrà consegnata copia dello stesso PTRP compilata in ingresso e in uscita, aggiornata con tutte le valutazioni effettuate nel periodo di permanenza del paziente presso la struttura.

Il focus del trattamento semi-residenziale è diretto a:

- a. affrontare in modo più intensivo gli specifici ostacoli al trattamento ambulatoriale standard (es. incapacità di affrontare il recupero del peso o di ridurre la frequenza degli episodi bulimici, del vomito autoindotto e dell'esercizio fisico eccessivo)
- b. proseguire e stabilizzare il programma di riabilitazione psiconutrizionale residenziale come livello di cura propedeutico al trattamento ambulatoriale standard

Il trattamento può durare fino a un massimo di 12 settimane, ma può terminare molto prima se il paziente affronta con successo i fattori-chiave responsabili della difficoltà di intraprendere una terapia ambulatoriale standard. I pazienti dovrebbero frequentare il centro diurno durante i giorni feriali per un periodo di 6-12 ore (dalle 8.00 alle 20.00) e il trattamento include una combinazione delle seguenti procedure:

- Tre pasti assistiti al giorno (allo scopo di aiutare il paziente a esporsi a cibi di incerto contenuto calorico e a situazioni che prevedono l'alimentazione sociale, può essere utile accompagnarlo a consumare il pasto in pizzeria, al fast-food o al ristorante in alcuni casi durante la settimana)
- Due sedute di psicoterapia individuale a settimana
- Due sedute con il dietista a settimana
- Una visita medica a settimana
- Incontri con i familiari o il coniuge (sempre nel caso degli adolescenti, se il paziente acconsente, nel caso degli adulti), per favorire una maggiore consapevolezza delle dinamiche psicologiche sottese al sintomo
- Attività di gruppo
- Attività psico-corporee

Nelle fasi finali del trattamento semi-residenziale, il paziente dovrebbe essere incoraggiato a consumare sempre più pasti al di fuori dalla struttura e il trattamento dovrebbe gradualmente evolvere nella terapia ambulatoriale standard. Il trattamento semi-residenziale ha il vantaggio di consentire al paziente di continuare ad affrontare il DA all'interno di una condizione più vicina a quella della vita ordinaria, a volte con gli stessi terapeuti che hanno praticato la terapia ambulatoriale (nel caso di centri diurni afferenti agli ambulatori territoriali pubblici), evitando così anche l'interruzione della relazione terapeutica.

CRITERI DI BASE

Nessun miglioramento o peggioramento dopo 6 mesi di cura ambulatoriale e ambiente familiare collaborativo con il trattamento proposto

CRITERI CLINICI E SOMATICI

(Indicatori)

Moderata compromissione dei parametri ematochimici e clinici tale da non comportare rischio *quoad vitam*

Recente ma non ripetuta frequenza di episodi di autolesionismo grave

Depressione grave senza rischio suicidario che non risponde al trattamento ambulatoriale

Occasionale impulsività

Occasionale uso di sostanze/alcol

Isolamento sociale (secondario allo stato di sottopeso e di malnutrizione, alla psicopatologia specifica del DA o alla psicopatologia psichiatrica associata)

Interruzione dell'attività scolastica o lavorativa (un problema comunemente osservato nei DA più gravi)

Ambiente familiare problematico

Presenza in famiglia di una o più persone con DA o dipendenza da sostanze o altro disturbo psichiatrico

Moderata o assente frequenza di uso improprio di lassativi e/o diuretici

Moderata o assente frequenza di esercizio fisico eccessivo e compulsivo in una condizione di indice di massa corporea < 17,5 kg/m².

Moderata o assente frequenza di vomito autoindotto

TABELLA 1

INDICAZIONI PER L'INVIO PRESSO UNA STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE

CRITERI PSICHIATRICI

(Indicatori comportamentali)

2.3. LIVELLO RESIDENZIALE

2.3.1. STRUTTURA RESIDENZIALE PER IL TRATTAMENTO DEI DA

La riabilitazione psico-nutrizionale

Considerando che per l'età evolutiva andrebbe sempre privilegiato un intervento h12, la riabilitazione dei DA prevede un intervento multidisciplinare integrato ad alta intensità di cura.

La riabilitazione psico/nutrizionale rappresenta un nodo cruciale nella rete assistenziale quando:

- Il livello di gravità e comorbidità è elevato
- L'impatto sulla disabilità e sulla qualità di vita del paziente è gravoso
- Gli interventi da mettere in atto diventano numerosi ed è opportuno, per ragioni sia cliniche che economiche, concentrarli in tempi relativamente brevi secondo un progetto coordinato
- I precedenti percorsi a minore intensità non hanno dato i risultati sperati e il rischio per lo stato di salute del paziente tende ad aumentare

Tenuto conto di quanto previsto per i livelli assistenziali precedenti, nello specifico livello residenziale vi sono cinque situazioni che indicano la necessità di un trattamento residenziale:

- a) la mancata risposta a un trattamento ambulatoriale condotto secondo le attuali linee di indirizzo
- b) la presenza di rischio fisico derivante da comportamenti inappropriati che rende inappropriato il trattamento ambulatoriale/semiresidenziale/DH
- c) la presenza di rischio psichiatrico che rende inappropriato il trattamento ambulatoriale/semiresidenziale/DH
- d) la presenza di difficoltà psicosociali che rendono inappropriato il trattamento ambulatoriale/semiresidenziale/DH
- e) prosecuzione del trattamento riabilitativo dopo ricovero ospedaliero (passaggio a livello inferiore d'intensità di cure) nei casi in cui i trattamenti ambulatoriale/semiresidenziale/DH siano ancora prematuri sulla base della valutazione clinica integrata

a) Mancata risposta a un trattamento ambulatoriale condotto secondo le attuali linee di indirizzo

Numerosi dati indicano che l'entità del cambiamento nelle prime settimane di cura è predittivo dei risultati a lungo termine e che se non si verifica un miglioramento nei primi mesi di cura raramente il paziente lo otterrà prolungando il trattamento ambulatoriale. Non si dispone ancora di dati definitivi sulla durata del trattamento ambulatoriale da definirsi ottimale. A titolo orientativo da adattare al singolo caso clinico, si può considerare l'indicazione di ***nessun miglioramento o peggioramento dopo 6 mesi di cura ambulatoriale***.

b) Rischio fisico derivante da comportamenti inappropriati che rende inappropriato il trattamento ambulatoriale

Esistono condizioni che, determinando un rilevante rischio fisico non critico, possono rendere inappropriato il trattamento ambulatoriale (a questo proposito si veda il Capitolo 2.1.1.

Ambulatorio multidisciplinare integrato - Linee di attività).

Vengono considerati a questo fine i seguenti parametri:

- Peso corporeo molto basso (indice di massa corporea ≤ 14 kg/m²)
- Rapida perdita di peso corporeo (> 1 kg a settimana per almeno 6 settimane)
- Ipotassiemia
- Iposodiemia
- Ipoglicemia
- Marcata ipotermia

- Elevata frequenza di vomito autoindotto;
- Ipotensione
- Ipotensione posturale
- Elevata frequenza di uso improprio di lassativi e/o diuretici
- Elevata frequenza di esercizio fisico eccessivo e compulsivo in una condizione di indice di massa corporea $< 17,5 \text{ kg/m}^2$

c) Rischio psichiatrico che rende inappropriato il trattamento ambulatoriale/CD/DH

C'è ampio consenso clinico sul fatto che la presenza di alcuni disturbi psichiatrici coesistenti con il DA possa rendere inappropriato il trattamento ambulatoriale. Esempi includono:

- Elevata frequenza di episodi di autolesionismo grave
- Depressione grave con o senza rischio suicidario che non risponde al trattamento ambulatoriale
- Elevata impulsività
- Uso continuativo di sostanze/alcol

d) Difficoltà psicosociali che ostacolano il trattamento ambulatoriale/CD/DH

C'è un consenso diffuso sul fatto che la presenza di alcune difficoltà psicosociali ostacoli il trattamento ambulatoriale e possa rendere necessario un trattamento in una struttura residenziale. Le più comuni difficoltà psicosociali che possono ostacolare il trattamento ambulatoriale sono le seguenti:

- Isolamento sociale (secondario allo stato di sottopeso e di malnutrizione, alla psicopatologia specifica del DA o alla psicopatologia psichiatrica associata)
- Interruzione dell'attività scolastica o lavorativa (un problema comunemente osservato nei DA più gravi)
- Ambiente familiare problematico
- Presenza in famiglia di una o più persone con DA o dipendenza da sostanze/alcol o altro disturbo psichiatrico
- Presenza di comportamenti di abuso fisico, emotivo o sessuale da parte di un membro della famiglia nei confronti del/della paziente
- Presenza di frequenti comportamenti di critica e ostilità da parte di uno o più membri della famiglia nei confronti del paziente

e) Prosecuzione del trattamento riabilitativo dopo ricovero ospedaliero (passaggio a livello inferiore d'intensità di cure)

Il trattamento residenziale può costituire la necessaria prosecuzione della cura successiva al ricovero ospedaliero.

Trattamento: obiettivi e Aree di intervento

All'ingresso nella struttura deve essere effettuata una valutazione diagnostica che deve tener conto del *Piano di Trattamento Individuale (PTI)* (Allegato n. 2) redatto dalla struttura ambulatoriale inviante. Questa valutazione deve essere confluire nella stesura del *Progetto*

Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP) (Allegato n. 3) che deve includere i seguenti parametri:

- *Situazione attuale*: sintesi degli elementi salienti relativi alla patologia
- *Outcome globale*: esiti complessivi attesi oltre il termine del trattamento residenziale (es. raggiungere la remissione del DA; raggiungere una condizione clinica associata a danni fisici e psicosociali minimi)
- *Outcome funzionale*: esito atteso al termine del trattamento residenziale, relativo all'insieme dei parametri oggetto dei trattamenti erogati (es. ottenere un miglioramento della gravità clinica e delle disabilità correlate con il DA, che permetta il reinserimento sociale, lavorativo/scolastico del paziente e l'attuazione di una terapia ambulatoriale)
 - Outcome specifici*: esiti attesi a breve e medio termine, relativi a parametri minori o più discreti. Per esempio recuperare un corretto stato di nutrizione in termini di composizione e funzione corporea (l'andamento del peso può essere un riferimento a uso del paziente):
 - Incremento dell'indice di massa corporea di almeno 2 punti

- Mantenere il peso nell'intervallo di 3 kg per i pazienti normopeso
- Migliorare la psicopatologia specifica del disturbo alimentare (valutabile ad esempio attraverso la riduzione del 10% del punteggio all'EDE-Q somministrato all'inizio e alla fine del trattamento)
- Migliorare la gravità clinica del DA (valutabile attraverso la riduzione del 10% del punteggio al CIA)
- Riduzione delle condotte di compenso
- Riduzione dei comportamenti d'abbuffata
- Migliorare la sintomatologia psichiatrica generale

Gli obiettivi e le procedure del trattamento riabilitativo psico-nutrizionale residenziale devono essere adattati ai bisogni assistenziali del singolo paziente.

Gli obiettivi terapeutici vengono raggiunti, in genere, in un periodo di 3 mesi prolungabile di volta in volta e fino ad un massimo di 12 mesi per i casi più gravi sulla base della valutazione clinica e di concerto con l'ambulatorio inviante, che autorizza anche le eventuali prosecuzioni ritenute necessarie. Ogni qual volta si ritenga necessario prorogare la permanenza nella struttura residenziale, l'équipe dovrà ridefinire il *Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP)* sempre concordandolo con l'ambulatorio territoriale di riferimento.

Aree di intervento specifico:

Psicoterapia individuale

Gli obiettivi è quello di affrontare i principali fattori di mantenimento del disturbo:

- frequenza: almeno 2 sedute individuali di 50 minuti a settimana
- operatori: psicoterapeuti

Trattamento Familiare

Gli obiettivi in ordine di priorità sono quelli di aumentare nei familiari la consapevolezza del disturbo dell'alimentazione e di affrontare i principali fattori di mantenimento del disturbo:

- frequenza: almeno un incontro familiare quindicinale di un'ora
- un incontro di gruppo psicoeducativo con i familiari a cadenza quindicinale o mensile

Psicoterapia di gruppo

Gli obiettivi in ordine di priorità sono quelli di affrontare gli eventi e le emozioni che influenzano l'alimentazione, di affrontare le distorsioni mentali che mantengono la restrizione dietetica e di affrontare l'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo:

- frequenza: almeno due incontri di 60 minuti a settimana

Gruppi psicoeducazionali

L'obiettivo è quello di acquisire conoscenze sui DA, sui meccanismi di mantenimento dei disturbi e sulle strategie per affrontarli:

- frequenza: almeno due incontri a settimana

Riabilitazione nutrizionale

Gli obiettivi della riabilitazione psico-nutrizionale, in ordine di priorità, sono quelli di affrontare la restrizione dietetica e di normalizzare lo stato di nutrizione attraverso il ricorso a pasti assistiti. È da preferire la riabilitazione nutrizionale con cibi naturali, ma non può essere escluso l'utilizzo di formule d'integrazione alimentare.

È necessario stabilire tra équipe curante e paziente un "contratto terapeutico" chiaro e comprensibile che stabilisca procedure e obiettivi condivisi. Se il paziente non aderisce al programma nutrizionale stabilito, va valutata la possibilità di trasferimento in un reparto per acuti.

È necessario che l'intervento sia compreso dal paziente – e in caso di minori dai genitori – come fondamentale per recuperare uno stato di nutrizione adeguato a evitare complicanze organiche e per beneficiare al meglio degli interventi farmacologici e/o psicoterapeutici.

Riabilitazione fisica

L'obiettivo è quello di ottimizzare il recupero della massa magra attraverso la ginnastica medica per 30 minuti 2 volte a settimana.

Attività Riabilitativo-Esperienziali

L'obiettivo è quello di migliorare le competenze sociali e le abilità espressive comportamentali, emotive e relazionali attraverso attività di gruppo (a titolo esemplificativo: attività motorie, attività espressive ed artistiche) e attività personalizzate.

Gestione degli aspetti medici e psichiatrici

L'obiettivo è quello di gestire le complicità mediche/psichiatriche associate al disturbo dell'alimentazione attraverso una valutazione medica giornaliera che include la terapia farmacologica.

Valutazione dell'andamento del trattamento

L'équipe deve informare periodicamente (preferibilmente con una cadenza mensile) il centro ambulatoriale di residenza del paziente, sull'andamento del trattamento. Oltre a contatti informali periodici, l'équipe deve eseguire due valutazioni formali (dopo 4 settimane di cura e 2 settimane prima della fine del trattamento), da inviare e discutere con il centro ambulatoriale di riferimento.

Programmazione del post-dimissione: l'inclusione sociale

La ricaduta dopo la dimissione è uno dei problemi principali associati al trattamento riabilitativo residenziale dei DA. Ciò è dovuto a vari fattori, tra cui la natura stessa del ricovero, che non espone il paziente agli stimoli ambientali di mantenimento del DA, la natura persistente della psicopatologia del disturbo dell'alimentazione e la scarsa preparazione del paziente al postdimissione.

Per quanto riguarda quest'ultimo punto, dati della ricerca indicano che una ricaduta ha più probabilità di verificarsi; se il paziente non riceve un trattamento dopo la dimissione, se il trattamento post-dimissione; è d'impostazione concettuale molto diversa da quello ricevuto durante il trattamento residenziale; se non si verificano cambiamenti importanti nell'ambiente dove il paziente vive; se la permanenza nella struttura residenziale non ha una durata idonea a svolgere il programma previsto e adeguata alle necessità del paziente.

Questi dati indicano come prioritario programmare in modo accurato il passaggio dalla terapia residenziale riabilitativa a quella nel centro ambulatoriale di riferimento (a cui andrà riconsegnata copia del *Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP)* compilata in ingresso e in uscita aggiornata con tutte le valutazioni effettuate nel periodo di permanenza del paziente presso la residenza). L'ambulatorio successivamente valuterà l'eventuale necessità dello svolgimento di un nuovo programma terapeutico presso una struttura semiresidenziale.

L'équipe deve prendere contatto con il centro ambulatoriale affinché il paziente possa avere il primo appuntamento possibilmente nella settimana successiva alla data di dimissione. Poiché i dati della ricerca indicano che la maggiore frequenza di ricadute si osserva nel primo e secondo mese dopo la dimissione, il centro ambulatoriale di riferimento deve pianificare visite con maggiore frequenza nel primo mese dopo la dimissione e contatti telefonici o via e-mail tra una visita e l'altra. Anche nel caso in cui dovessero rendersi necessari interventi in urgenza (ricovero ospedaliero, ecc.) l'ambulatorio di riferimento del paziente deve essere tempestivamente informato e coinvolto nella gestione del caso.

Valutazioni

Una valutazione periodica sull'andamento della cura deve avvenire con intervalli non inferiori a 1 mese. Ogni 3 mesi deve essere effettuata una valutazione congiunta con l'ambulatorio di riferimento del paziente mentre la valutazione dell'efficacia del trattamento va effettuata all'inizio e alla fine dello stesso.

Ricovero riabilitativo degli adolescenti: specificità

Come già indicato, il trattamento residenziale h24 per i minori andrebbe riservato a casi particolari in cui l'intervento ambulatoriale/semiresidenziale/DH non abbiamo dati i risultati attesi o nel caso in cui nel contesto di riferimento non vi siano sufficienti risorse per garantire un efficace intervento h12 al minore.

Gli adolescenti (età compresa tra 14 e 18 anni) devono alloggiare in stanze separate dagli adulti e deve essere garantito lo svolgimento di attività di gruppo idonee all'età del paziente e ai suoi bisogni. Durante i permessi di uscita devono essere sempre accompagnati da un operatore della

struttura. Il trattamento degli adolescenti, oltre alle procedure terapeutiche descritte per i pazienti adulti, deve prevedere le tre seguenti procedure aggiuntive: incontri con la famiglia, gruppo adolescenti e scuola nell'ospedale.

Coinvolgimento della famiglia

I familiari dei pazienti minorenni devono partecipare ad alcuni incontri che hanno l'obiettivo di educarli sui DA, di creare un ambiente che influenzi positivamente il comportamento alimentare del figlio quando tornerà a casa, di migliorare la comunicazione tra i membri della famiglia e di sviluppare strategie funzionali per gestire le eventuali crisi.

Gruppo adolescenti

Gli adolescenti dovrebbero affrontare, nelle sedute di psicoterapia, le varie problematiche adolescenziali associate ai DA, come la costruzione del senso d'identità, l'acquisizione di un maggior grado di autonomia, lo sviluppo di migliori capacità relazionali e l'adattamento ai cambiamenti. Gli adolescenti dovrebbero anche essere aiutati ad apprendere abilità/competenze specifiche per migliorare la comunicazione sociale, l'assertività e la capacità di risolvere positivamente i conflitti.

Prosecuzione degli studi durante il trattamento Residenziale

Nell'ottica di favorire una continuità del percorso di studio dei pazienti in trattamento, è auspicabile l'attivazione di programmi specifici e differenziati per età, mirati a favorire il reintegro dei pazienti nel tradizionale contesto scolastico.

CRITERI DI BASE

Nessun miglioramento o peggioramento dopo 6 mesi di cura ambulatoriale

BMI < 14Kg/m²

Moderata compromissione dei parametri ematochimici e clinici tale da non comportare rischio quoad vitam

Elevata frequenza di episodi di autolesionismo grave

Depressione grave con o senza rischio suicidario che non risponde al trattamento ambulatoriale

Elevata impulsività

Uso continuativo di sostanze/alcol

Isolamento sociale (secondario allo stato di sottopeso e di malnutrizione, alla psicopatologia specifica del DA o alla psicopatologia psichiatrica associata)

Interruzione dell'attività scolastica o lavorativa (un problema comunemente osservato nei DA più gravi)

Ambiente familiare problematico

Presenza in famiglia di una o più persone con DA o dipendenza da sostanze o altro disturbo psichiatrico

Presenza di comportamenti di abuso fisico, emotivo o sessuale da parte di un membro della famiglia nei confronti del/della paziente

Presenza di frequenti comportamenti di critica e ostilità da parte di uno o più membri della famiglia nei confronti del paziente

Elevata frequenza di uso improprio di lassativi e/o diuretici

Elevata frequenza di esercizio fisico eccessivo e compulsivo in una condizione di indice di massa corporea < 17,5 kg/m²

Elevata frequenza di vomito autoindotto

TABELLA 2

INDICAZIONI PER L'INSERIMENTO PRESSO UNA STRUTTURA RESIDENZIALE

CRITERI CLINICI E SOMATICI

(Indicatori)

CRITERI

PSICHIATRICI

(Indicatori

comportamentali)

2.4. LIVELLO OSPEDALIERO

Il ricovero in ambiente ospedaliero può assumere diverse forme in relazione al livello di gravità della sintomatologia, alla prevalenza psichiatrica o internistico/nutrizionale delle sue manifestazioni sintomatiche e alla fase di presentazione della malattia.

I percorsi che possono essere seguiti, da quelli più intensivi che si attivano quando il paziente è a rischio di vita dal punto di vista organico o psichiatrico, fino all'intervento in Day Hospital dedicato, possono essere i seguenti:

- 1) Ricovero in ambiente internistico/nutrizionistico o pediatrico o presso posti letto dedicati per i DA (riabilitazione subintensiva nutrizionale "rescue" per adulti e per minori);
- 2) Ricovero in ambiente psichiatrico/neuropsichiatrico infantile – posti letto dedicati
- 3) Ricovero in DH dedicato per i DA (in caso di adulti)
- 4) Ricovero in DH dedicato per i DA (in caso di minori)

Laddove le manifestazioni di natura psichiatrica rappresentino l'aspetto clinico più rilevante e determinante il maggior impegno assistenziale, è possibile che si verifichi una condizione nella quale la persona necessiti di trattamenti sanitari urgenti e rifiuti il trattamento. Qualora non sia possibile prendere adeguate misure extraospedaliere e il paziente sia stabilizzato dal punto di vista dei parametri organici, può essere in questi casi proposto il ricovero in TSO presso un SPDC (o nel caso di minori altro provvedimento analogo attraverso il ricorso al Giudice tutelare) secondo quanto previsto dalle normative vigenti.

2.4.1. RICOVERO IN AMBITO INTERNISTICO-NUTRIZIONALE O PRESSO POSTI LETTO DEDICATI PER I DA (RIABILITAZIONE SUBINTENSIVA NUTRIZIONALE "RESCUE")

Problematiche internistico/nutrizionali nei DA

I DA sono patologie di interesse psichiatrico che possono presentare gravi compromissioni organiche, tali da richiedere un intervento internistico/nutrizionale in urgenza in trattamento sub intensivo, in grado di far fronte alle necessità assistenziali specialistiche⁶. In particolare anoressia e bulimia nervosa costituiscono le entità nosografiche per cui appare necessaria l'istituzione di una struttura dedicata al trattamento delle emergenze-urgenze come nodo essenziale della rete dei DA.

L'AN nelle sue due varianti è un grave disturbo psichiatrico con elevato tasso di morbilità e mortalità per estrema malnutrizione, alterazioni elettrolitiche e suicidio. Il disturbo colpisce ragazze adolescenti di età compresa prevalentemente tra i 12 ed i 15 anni, con esordio sempre più precoce.

Il trattamento dell'AN è un processo complesso e prolungato, che coinvolge un approccio multidisciplinare con diversi setting di assistenza sanitaria. Il tasso di mortalità è fino a 12 volte superiore quello atteso per simili gruppi per età e sesso.

Per quanto riguarda la BN la prevalenza è dello 0,88% in donne di età ≥ 18 anni (Preti et al., 2009)⁷.

Il rapporto standardizzato di mortalità (RSM) nello studio di Crow et al. (2009)⁸ (1885 pazienti) è stato pari a 1,57 per tutte le cause di morte (da 8 a 25 anni dopo la diagnosi). Il tasso di mortalità grezzo per BN è stato in questo studio pari al 3,9%. In una recente rassegna (Arcelus et al. 2011)⁹ è stato riportato un RSM di 1,93. Il RSM per suicidio in pazienti affetti da BN è risultato pari a 7,5 (Preti et al., 2011)¹⁰.

6 Carta MG et al., *Eating disorders as a public health issue: prevalence and attributable impairment of quality of life in an Italian community sample*. Int Rev Psychiatry. 2014 Aug;26(4):486-92.

7 Preti A, Girolamo Gd, Vilagut G, Alonso J, Graaf Rd, Bruffaerts R, Demyttenaere K, Pinto-Meza A, Haro JM, Morosini P; ESEMeD-WMH Investigators. *The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project*, J Psychiatr Res 2009;43(14):1125-32.

La bulimia nervosa (BN) ha una prevalenza dello 0,6-08% ed una incidenza di 12 casi/100.000 l'anno per le donne e 0,8/1000.000 per i maschi. Il vomito autoindotto, l'abuso di diuretici e di lassativi con disturbi elettrolitici gravi, l'esercizio fisico eccessivo costituiscono dei fattori di rischio gravi. Il tasso grezzo di mortalità varia tra lo 0,32%, ed il 3,9% , con RSM di 1,93.

La sorveglianza nutrizionale nel paziente

È opportuno tenere presente che il tentativo di condurre una psicoterapia formale con pazienti gravemente sottopeso e con pensieri ossessivi e negativistici può essere inefficace (APA 2006 livello II).

La valutazione nutrizionale, sia per la AN, che per la BN è uno degli elementi fondamentali per stabilire il *setting* di intervento terapeutico ed è appannaggio di nutrizionisti clinici esperti.

È indispensabile che la riabilitazione nutrizionale sia preceduta da una rigorosa valutazione nutrizionale che non tenga conto solo del BMI, ma che si avvalga di indici di malnutrizione biochimici (ad es. transferrinemia, albuminemia, ecc.) e strumentali al fine di valutare il grado di idratazione e il metabolismo a riposo (impedenziometria e calorimetria indiretta), utilizzabili anche nel follow-up nutrizionale del paziente.

La riabilitazione nutrizionale è indicata a tutti i livelli di trattamento per il recupero ponderale, la ristrutturazione dei pattern alimentari, il raggiungimento di una percezione normale delle sensazioni di fame e sazietà e la correzione di tutte le conseguenze biologiche e psichiche della malnutrizione.

Il ricovero in emergenza

In tutta la Regione Lazio il trattamento in regime di ricovero ordinario (ospedaliero), in un contesto che sia in grado di garantire una competenza specifica per la rialimentazione, con monitoraggio delle condizioni di salute fisica e specifici interventi psicosociali, deve essere considerato per i pazienti con AN e BN in condizioni di rischio elevato (si veda *tabella n. 3*). Gli esiti sono migliori quando i pazienti sono ricoverati in strutture specializzate nel trattamento dei DA rispetto a quando sono ricoverati in contesti privi di esperienza specifica (APA 2006 livello II). In particolare, è necessario che nel *setting* di ricovero siano disponibili una competenza specifica per la rialimentazione con attento monitoraggio delle condizioni di salute fisica e interventi psicosociali (NICE 2004 grado C; Long *et al.*, 2012)11.

Quando il paziente rifiuta di alimentarsi, può essere necessario ricorrere ad un "intervento salvavita". Esso deve essere valutato da clinici esperti in DA. Per attivare un'alimentazione forzata il clinico deve considerare attentamente tutti i parametri clinici, l'opinione dei familiari e le dimensioni etiche e legali (APA 2006 livello I). Se il paziente è minore, il consenso dei genitori, o di chi esercita la potestà genitoriale è obbligatorio.

Nei pazienti con BN con vomito provocato e purging si deve considerare che questi comportamenti possono causare problemi fisici rilevanti che devono essere monitorati e, ove

8 Crow SJ, Peterson CB, Swanson SA, Raymond NC, Specker S, Eckert ED, Mitchell JE., *Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders*, Am J Psychiatry 2009;166(12):1342-6.

9 Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, & Nielsen S., *Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies*, Arch Gen Psychiatry 2011;68(7):724-31.

10 Preti A, Rocchi MB, Sisti D, Camboni MV, Miotto P., *A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders*, Acta Psychiatr Scand 2011;124(1):6-17.

11 Long CG, Fitzgerald KA, Hollin CR., *Treatment of chronic anorexia nervosa: a 4-year follow-up of adult patients treated in an acute inpatient setting*, Clin Psychol Psychother 2012;19(1):1-13.

necessario, corretti (NICE 2004 grado C). L'intervento dell'Internista/Nutrizionista clinico o Pediatra è importante, sia per la correzione di eventuali stati di disidratazione e diselettrolitici con possibile insufficienza renale associata, che per riconoscere prontamente aritmie cardiache e patologie digestive esofago-gastriche o coliche, legate al vomito e all'abuso di lassativi.

In qualsiasi punto della rete assistenziale il paziente si trovi (ambulatorio, pronto soccorso, ecc.) deve essere valutata la possibilità di effettuare un ricovero salvavita: basandosi sui criteri individuati dalla letteratura internazionale, si segnalano di seguito alcuni indicatori la cui presenza (anche singola) deve essere un segnale di allerta per un possibile ricovero (*Tabella n. 3*).

Il regime di ricovero internistico/nutrizionale

La maggior parte degli esperti ritiene che il refeeding¹² orale con del comune cibo ed un pasto assistito siano l'approccio migliore per il recupero ponderale, tuttavia in situazioni in cui i pazienti rifiutano di mangiare, o in pazienti con estrema malnutrizione, è indicata una procedura di nutrizione artificiale. Se l'apparato digerente è funzionale, la via enterale con un sondino nasogastrico è preferibile. Anche la nutrizione parenterale può essere efficace, soprattutto se per la gravità delle condizioni cliniche è necessario tenere una linea di infusione centrale, anche se le complicanze sono maggiori, specie se il paziente tende a manipolare le linee di infusione.

Nei diversi studi la gamma di prescrizione calorica varia da 1.000 kcal a >1.900 kcal/giorno con un aumento progressivo nel corso del ricovero. Soprattutto al principio è necessario monitorizzare le dinamiche elettrolitiche metaboliche e cardiache per evitare gli effetti avversi della sindrome da refeeding.

Quando il paziente adulto rifiuta di alimentarsi si rende necessario il ricorso ad un trattamento nutrizionale obbligatorio, solo se esistano alterazioni organiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici. Il trattamento richiede, inoltre, il coinvolgimento di psichiatri esperti di DA (APA 2006; NICE 2004 grado C) che devono possedere una conoscenza specifica sulle modalità con cui affrontare i comportamenti oppositivi/elusivi messi in atto dal paziente per rendere inefficace il supporto nutrizionale¹³.

Differentemente per quanto avviene in età adulta, in età evolutiva il consenso dei genitori è sufficiente per poter avviare tutte le cure ritenute necessarie, ricovero e alimentazione artificiale compresi. Viceversa, nei casi in cui i familiari colludano in modo acritico con la gravità della patologia alimentare e si oppongano alle cure, la legislazione italiana prevede l'obbligo, per le figure sanitarie che vengono a conoscenza di tali situazioni, di segnalare l'atteggiamento di incuria o discuria genitoriale ai Servizi Sociali se non direttamente al Tribunale dei Minori. A seguito di tale segnalazione, la tutela legale e il successivo monitoraggio delle cure della paziente può passare, su mandato dell'Autorità Giudiziaria, direttamente ai Servizi Sociali territoriali con conseguente possibilità di avviare il percorso sanitario più opportuno.

Il supporto nutrizionale in pazienti gravemente malnutriti ha come obiettivi:

- Ripristinare la massa magra
- Preservare o ripristinare la funzione immunitaria
- Contrastare o prevenire le complicanze metaboliche
- Attenuare il danno ossidativo cellulare e risposta metabolica a stress o di fame
- Prevenire l'insufficienza cardiaca e insufficienza respiratoria

Nei pazienti gravemente malnutriti, l'obiettivo della riabilitazione nutrizionale dovrebbe essere quello di ottenere un aumento di peso settimanale di 0,5-1 kg, il che significa un eccesso di circa 3500-7000 kcal in una settimana. Il monitoraggio continuo di assunzione di liquidi è necessario per evitare un eccesso di fluido con conseguente edema da rialimentazione e insufficienza cardiaca. I pazienti dovrebbero essere pesati almeno una volta al giorno, controllando i tessuti per l'edema e monitorando l'assunzione di acqua per via orale.

12 Rialimentazione.

13 Si vedano anche le pagg. 81-82 dei Quaderni del Ministero della Salute - *Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione* - QMS n. 17/22, luglio-agosto 2013.

Ogni qualvolta un paziente viene ricoverato in ambito internistico, nutrizionistico e/o di medicina generale, tale intervento deve essere orientato a consentire al paziente il passaggio ad un minore livello assistenziale e deve essere sempre garantita la consulenza di personale dell'ambulatorio per i DA.

All'atto della dimissione deve essere contattato e informato l'ambulatorio per i DA di residenza del paziente, il quale informerà anche il MMG o il PLS, per la successiva presa in carico (o per la continuazione del percorso terapeutico nel caso di paziente già conosciuto).

Ricovero obbligato con BMI ≤ 12

Ove non siano disponibili i posti letto dedicati per i DA (riabilitazione subintensiva nutrizionale "rescue") il ricovero deve essere effettuato in ambiente internistico-nutrizionale

Rapida perdita di peso ($>1\text{kg}$ a settimana)

Intake nutrizionale inadeguato ($<1000\text{kcal/die}$)

Perdita di peso durante il percorso ambulatoriale (1000kcal/die)

Pressione sistolica ($<80\text{ mmHg}$)

PA Posturale (abbassamento $>20\text{ mmHg}$ in posizione eretta)

Frequenza cardiaca ($<40\text{ bpm}$; $>120\text{ bpm}$; tachicardia posturale $>20/\text{min}$)

Temperatura ($<35,5\text{ C}^\circ$ o estremità cianotiche e fredde)

ECG (Prolungamento QTC; Alterazioni onda T; Alterazioni tratto ST)

Glicemia $<60\text{ mg/dl}$

Sodio $<125\text{ mEq/L}$

Potassio $<3\text{ mEq/L}$

Magnesio $<$ al range normale

Fosfati $<$ al range normale

Albumina $<30\text{ gr/L}$

Funzionalità epatica SGOT e SGPT >500

Neutrofili $<1,0 \times 10^9/\text{L}$

Emoglobina $<10\text{ g/dl}$

TABELLA 3

CRITERI DI INDICAZIONE RICOVERO h24 IN AMBIENTE INTERNISTICO/NUTRIZIONALE O PRESSO POSTI LETTO DEDICATI PER I DA (RIABILITAZIONE SUBINTENSIVA NUTRIZIONALE "RESCUE")

Ricovero obbligato con

$12 \leq \text{BMI} \leq 14$ e almeno uno dei seguenti parametri

Rapida perdita di peso

Intake nutrizionale inadeguato all'età

Rifiuto di bere

Lipotimia ortostatica

Evidente o riferita affaticabilità

BMI ≤ 14 dai 17 anni in su

BMI ≤ 13.2 per soggetti di 16 e 15 anni

BMI ≤ 12.7 per soggetti di 14 e 13 anni

Ideazione ed eloquio rallentati, confusione

Estrema bradicardia: frequenza $<40/\text{min}$, in ogni ora del giorno

Tachicardia

Bassa pressione arteriosa sistolica ($<80\text{mmHg}$)

Pressione Arteriosa $<80/50\text{mmhg}$, ipotensione ortostatica con incremento frequenza $>20/\text{min}$ o riduzione pressione arteriosa di $>10\text{-}20\text{ mmHg}$

Ipotermia <35.5°C

Ipertermia

Acetonuria

Ipoglicemia <60 mg/dl

Importante scompenso idroelettrolitico o metabolico, in particolare:

Ipocaliemia, iponatremia, ipofosforemia, ipomagnesemia

Incremento della Creatinina (>100mmol/L)

Citolisi (>4xN)

Leuconetropenia (<1000/mm³)

Trombocitopenia(<60 000/mm³)

TABELLA 4

CRITERI SOMATICI DI BAMBINI E ADOLESCENTI PER RICOVERO IN AMBIENTE PEDIATRICO, CON ÈQUIPE SPECIALIZZATA NEL TRATTAMENTO DA O PRESSO POSTI LETTO DEDICATI PER I DA (RIABILITAZIONE SUBINTENSIVA NUTRIZIONALE "RESCUE")

CRITERI

ANAMNESTICI

CRITERI CLINICI

DATI DI LABORATORIO

2.4.2. POSTI LETTO DEDICATI AI DA IN PSICHIATRIA/NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

L'accesso al ricovero ospedaliero avviene preferibilmente attraverso l'ambulatorio territoriale dedicato ai DA e può rendersi necessario nelle fasi acute del disturbo o nella riacutizzazione di condizioni croniche, quando esistano condizioni psichiatriche e psicosociali di elevata gravità o in grado di produrre, se non adeguatamente trattate, anche un elevato rischio somatico.

Anche in tale regime di degenza è indicato un intervento integrato sia dal punto di vista psichiatrico e psicologico, che internistico-nutrizionale, da condurre con personale qualificato per far fronte ai diversi aspetti della acuzie e per motivare il paziente alle fasi successive del trattamento. Tale intervento è orientato a consentire al paziente il passaggio ad un minore livello assistenziale.

La durata del ricovero deve essere appropriata alle specificità di queste patologie, coerente con la tempistica dei ricoveri per acuti e idonea a consentire al paziente il passaggio ad un minore livello assistenziale con una dimissione protetta prevalentemente verso un regime ambulatoriale o verso un regime semiresidenziale o di DH.

In tutti quei casi in cui vi sia un minor rischio biologico, che non comporti rischio di vita per il paziente, che non abbiano necessità di un monitoraggio h24 dei parametri vitali, e vi siano una serie di indicatori comportamentali sul versante del rischio psichiatrico (si veda la tabella n. 5) è consigliabile un ricovero presso posti letto dedicati per i DA in Psichiatria/Neuropsichiatria infantile.

Per i pazienti adulti, nei casi in cui sussistano le condizioni necessarie, può essere proposto un TSO presso il SPDC competente.

Nell'ottica di favorire una continuità del percorso di studio dei pazienti in trattamento, è auspicabile l'attivazione di programmi specifici e differenziati per età, mirati a favorire il reintegro dei pazienti nel tradizionale contesto scolastico.

All'atto della dimissione deve essere contattato e informato l'ambulatorio per i DA di residenza del paziente, il quale informerà anche il MMG o il PLS, per la successiva presa in carico (o per la continuazione del percorso terapeutico nel caso di paziente già conosciuto).

Depressione Maggiore con rischio suicidario

Episodi psicotici e condizioni deliranti

Convinzioni deliranti relative al cibo, al peso, o alle proprie caratteristiche corporee

Forme ossessive gravi e incontrollabili

Grave disregolazione degli impulsi

Rifiuto di alimentazione naturale, parenterale e nasogastrica quando sono da ritenersi trattamento insostituibile

Attività fisica eccessiva, incessante e irrefrenabile

Condotte di eliminazione (vomito, lassativi e diuretici), ricorrenti che hanno prodotto o stanno per produrre una o più forme di scompenso

Bulimia Multimpulsiva

Improvviso aumento dell'impulsività collegato al viraggio da forma Restrittiva a forma Bulimica

Mancata adesione al progetto terapeutico riscontrata ripetutamente nei precedenti contesti di cura (ambulatoriale, DH, semiresidenziale o residenziale) che tende a generare o aggravare una condizione somatica rischiosa

Paziente oppositivo che collabora solo parzialmente, manipolando le cure e rendendo inefficace l'assunzione di nutrienti

Completa assenza di motivazione alle cure

Problemi familiari o assenza della famiglia che, sommati alla mancata compliance al trattamento, rendono inagibile un regime ambulatoriale o semiresidenziale

Famiglia che è priva di risorse o le ha esaurite

Famiglia che ostacola il trattamento

Gravi conflitti familiari, o situazioni familiari pericolose

Criticismo familiare elevato

Condizioni di grave trascuratezza (neglect) familiare e/o sociale

Grave isolamento sociale

Lunga storia di trattamenti in contesti di cura diversi senza risultati

Improvviso aggravamento nel corso di trattamento presso strutture con cure meno intensive

STRESS AMBIENTALE

TRATTAMENTI PRECEDENTI

TABELLA 5

CRITERI PSICHIATRICI E AMBIENTALI PER IL RICOVERO IN AMBITO PSICHIATRICO

SPECIALISTICO PER I DA

COMORBILITA'

(disturbi psichiatrici in comorbilità, in base alla cui gravità è preferibile il trattamento in ricovero)

ANORESSIA E BULIMIA NERVOSA

COLLABORAZIONE ALLE CURE

DISPONIBILITA' DELL'ENTOURAGE FAMILIARE ALLE CURE

2.4.3. DAY HOSPITAL (DH) PER I DA

Ruolo del Day Hospital

Nelle linee guida attualmente utilizzate a livello internazionale il ruolo del Day Hospital è considerato centrale per l'intervento sub intensivo medico-psichiatrico e come possibile alternativa al ricovero ordinario per i Disturbi Alimentari.

In particolare in età evolutiva l'attività assistenziale del DH andrebbe privilegiata rispetto a quella residenziale anche per le finalità riabilitative proprie di questo tipo di intervento.

Al DH si accede prevalentemente attraverso l'ambulatorio di riferimento del paziente.

Il DH dedicato svolge le seguenti molteplici funzioni differenziate:

- Intervento nelle situazioni sub-acute emergenti
- Effettuare percorsi diagnostici multidisciplinari
- Avviare un trattamento specifico in casi di media o elevata gravità, che consenta di prevenire il ricovero h24
- Avviare un percorso valutativo approfondito sul piano internistico, psico-comportamentale e relazionale
- Trattamento precoce
- Definizione del Piano di Trattamento Individuale (PTI)

- Avvio o recupero del progetto terapeutico inserito nel PTI (anche ambulatoriale)

Inoltre può svolgere anche altre funzioni quali:

- “Filtrare” i pazienti che, pur presentando problematiche alimentari non rientrano nel novero dei DA
- Possibilità di scegliere il trattamento di elezione per ogni singolo caso sulla base dei dati emersi dal percorso valutativo
- Consentire, anche durante il ricovero, la prosecuzione delle attività scolastiche e lavorative
- Permettere la prosecuzione del programma alimentare anche nell’ambiente domestico
- Mantenere, durante le cure i rapporti con i familiari e con il contesto sociale di appartenenza
- Abbreviare la degenza e favorire la tempestività della dimissione da ricovero ospedaliero o residenziale
- Agevolare il reinserimento sociale, lavorativo e familiare dopo la dimissione da ricovero ospedaliero o residenziale
- Effettuare la nutrizione artificiale o di assistenza ai pasti

Fase iniziale del trattamento: percorso valutativo, avviamento delle cure

Il DH effettua percorsi diagnostici multidisciplinari e una accurata analisi della motivazione al trattamento e soprattutto dei fattori di rischio e avvia un trattamento specifico in casi di media o elevata gravità, che consenta di prevenire il ricovero h24.

Costituisce un’ulteriore fase della valutazione diagnostica, completando quella ambulatoriale anche con una valutazione internistica più approfondita.

Garantisce inoltre il monitoraggio clinico internistico dei pazienti in regime di residenzialità e semiresidenzialità.

Fase centrale del trattamento

Il DH è una struttura le cui funzioni non sono solamente quelle di accompagnare i pazienti nel percorso di entrata o di uscita da una situazione di scompenso e favorirne il reingresso nella contesto familiare e sociale, ma anche quello di realizzare strutturalmente e funzionalmente un’area terapeutica in cui accesso ed uscita sono particolarmente facilitate.

Consente il trattamento di casi acuti, con interventi psicoterapeutici, dietologici e se necessario farmacologici, quando lo scompenso non raggiunge i criteri che impongono la necessità di ricovero in regime ordinario.

Gamma estesa di risposte possibili

Il trattamento per i DA in Day Hospital offre la possibilità di una gamma particolarmente estesa di risposte assistenziali, tanto sul versante medico che su quello psichiatrico, che possono essere utilizzate da un’ampia casistica di pazienti con disturbi alimentari che non hanno la necessità di una cura estesa alle 24 ore.

Situazioni complesse

Inoltre, grazie alla estesa varietà dei servizi che possono essere offerti, il DH si presta a forme di trattamento individualizzate, che possono soddisfare situazioni **particolarmente complesse** anche se non di gravità estrema, compresa la nutrizione artificiale e terapie infusive assistite.

Interventi individualizzati

Si raccomanda una utilizzazione estremamente flessibile del DH con programmi differenziati in base alle particolarità del trattamento richieste dal singolo caso.

Il contesto ospedaliero e l’ampio ventaglio delle possibili consulenze di tipo specialistico, permette un intervento integrato sia dal punto di vista internistico-nutrizionale che da quello psicologico e psichiatrico.

È necessario garantire la partecipazione, l’informazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di intervento e il coinvolgimento delle persone che hanno relazioni significative con il paziente, mantenendo, al tempo stesso, la continuità assistenziale nella delicata fase di postdimissione dalla struttura.

Le attività e le prestazioni, rivolte ai *pazienti in età evolutiva ed alle loro famiglie*, comprendono un collegamento funzionale con i servizi territoriali competenti del distretto sociosanitario di

pertinenza per la presa in carico e una collaborazione operativa con i servizi socio assistenziali ed educativi, collegamenti funzionali con gli altri servizi dell'area materno infantile, del Distretto sanitario, comprese le strutture residenziali e di ricovero, la medicina legale, i servizi di Salute Mentale, con il pediatra di libera scelta/medico di medicina generale, e longitudinali per progetti per la continuità terapeutica, la socializzazione e la presa in carico nelle età successive con i servizi di Salute Mentale.

L'intervento centrale del DH per i minori è quello sul gruppo.

L'intervento sulle famiglie, una stretta collaborazione con i genitori di giovani adolescenti, l'adozione di interventi manualizzati si sono dimostrati particolarmente utili, non solo per i migliori dati di outcome, ma anche per la durata dei risultati ottenuti.

Fase avanzata del trattamento

Il DH può ridurre la durata del ricovero in degenza ordinaria e consentire un reingresso graduale nella vita quotidiana.

Prevenzione delle ricadute

Dopo la dimissione da un ricovero ordinario o nel corso di un intervento ambulatoriale, il DH consente un intervento tempestivo e, se possibile breve, che in caso di riacutizzazione della sintomatologia permette di evitare ulteriori ricoveri e di scongiurare il rischio della cronicizzazione.

Destinatari

Nella fase iniziale del trattamento, il DH può svolgere la funzione di percorso valutativo e di avviamento alle cure presso altre strutture. Nelle fasi successive, l'accesso è indicato per pazienti con parziale compromissione della autonomia personale e sufficiente motivazione al cambiamento.

Prestazioni

Tra gli interventi più frequenti nella fase iniziale, centrale ed avanzata della permanenza:

- Percorso valutativo iniziale e approfondimenti diagnostici (così come indicati da pag. 8 e sgg.)
- Psicoterapia individuale
- Programma nutrizionale
- Psicoterapia in/di gruppo
- Psicoterapia della famiglia
- Trattamento farmacologico

Durata del trattamento

Nella fase valutativa da 4 a 12 settimane

Nella fase centrale da 12 a 18 settimane

Nella fase avanzata e nella prevenzione delle ricadute da 4 a 12 settimane

Si considera una media di 3 accessi settimanali per un massimo di n. 72 accessi per gli adulti e n. 48 per i minori durante tutto il trattamento in DH, tenendo conto che gli accessi sono a intensità decrescente e che possono essere maggiori nella fase diagnostica e minori nelle fasi centrale e avanzata del trattamento.

- Pazienti che necessitano di controlli particolarmente frequenti

TABELLA 6

CRITERI PER L'AMMISSIONE IN DAY HOSPITAL

- $12 \leq \text{BMI} \leq 14$ con moderata compromissione dei parametri ematochimici e clinici tale da non comportare rischio *quoad vitam*
- $\text{BMI} > 14 \text{ Kg/m}^2$ con moderata compromissione dei parametri ematochimici e clinici tale da non comportare rischio *quoad vitam*
- Accertata diagnosi di Disturbo della Alimentazione
- Condotte di eliminazione che vengono attuate ma che non producono scompenso
- Iniziale o parziale indipendenza economica, gestionale e logistica dei pazienti
- Possibilità di collaborazione da parte di almeno un familiare
- Pazienti che necessitano di valutazione diagnostica approfondita del Disturbo dell' Alimentazione, delle eventuali comorbilità e delle condizioni di rischio
- Parametri ematochimici compensati o solo lievemente scompensati

- Parametri internistici nella norma o solo lievemente scompensati
- Rapido incremento ponderale in un Disturbo Alimentare (DAI o DANAS)
- Prevenzione del ricovero
- Gestione del post-ricovero e reintegrazione graduale in famiglia

SCHEDA n 1 - La valutazione multidimensionale

La valutazione multidimensionale

- A. Breve inquadramento socio-anagrafico attuale; storia personale, familiare, sociale
- B. Motivo della segnalazione / invio
- C. Aspettative e bisogni del paziente (e dei genitori nel caso di minori), motivazione al cambiamento
- D. Anamnesi clinica, psicopatologica, internistico-nutrizionale, Peso (BMI) e principali quadri ematochimici
- E. Trattamenti precedenti (anamnesi ed esiti)
- F. Profilo psicologico: competenze cognitive, modalità comunicative, relazioni, senso di responsabilità, auto percezione dei propri problemi e risorse, ecc. evidenziando tendenza all'autolesionismo ed eventuali tentativi di suicidio/pensieri suicidi
- G. Comportamento del paziente nella vita, interazioni con gruppo dei pari, funzionamento globale (personale, sociale), risorse e competenze residue e potenziali
- H. Consuetudini, abitudini, modalità di divertimento; stile educazione e modello di apprendimento; stile abitativo
- I. Risorse familiari ed ambientali; profilo familiare
- L. Modalità relazionale con il clinico/servizio (alleanza terapeutica)

Valutazione diagnostica:

1. Sintesi finale e Valutazione Globale di

Funzionamento.....

2. Diagnosi nosografica (ICD 9) :

.....

Note.....

SCHEDA n. 2 - Il Piano di Trattamento Individuale (PTI)

Piano di Trattamento Individuale (PTI)

Paziente.....

Case manager: Nome/Cognome/Ruolo/Riferimenti (telefono, fax, indirizzo mail)

- A. Quadro clinico complessivo e Peso (BMI)
- B. Compromissione del funzionamento personale e sociale del paziente in ambito familiare, scolastico o sociale
- C. Fase evolutiva: Risorse e potenzialità esistenti
- D. Necessità terapeutiche, riabilitative ed assistenziali
- E. Stabilità clinica (*Valutazione della natura e della gravità del disturbo dell'alimentazione*)
- F. Punti di forza e criticità della famiglia (dinamiche familiari) e del contesto di riferimento
- G. Eventuali trattamenti farmacologici utilizzati, i risultati raggiunti e le criticità rilevate

Diagnosi nosografica (ICD 9) :

.....

È stato possibile sottoscrivere un "accordo/impegno di cura" (in caso di paziente minorenni):

SI - NO

Se NO specificare perché:

Partecipazione della famiglia: SI - NO

Coinvolgimento dei competenti servizi sociali: SI - NO

Coinvolgimento della rete educativa/scolastica/sociale, al fine di favorire l'adesione al trattamento SI - NO

Se NO specificare perché:

Piano di trattamento e relativo percorso di cura

a. Interventi necessari:

.....

.....

b. Eventuali interventi di integrazione sociosanitaria:

.....

.....

c. Elementi prognostici per la successiva inclusione sociale

SCHEMA n. 3 - Scheda di Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP)

Scheda di Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP)

Case manager della struttura: Nome/Cognome/Ruolo/Riferimenti (telefono, fax, indirizzo mail).....

A. Dati anagrafici

B. Diagnosi clinica e funzionale

C. Informazioni anamnestiche rilevanti

D. Motivo dell'invio da parte del Servizio territoriale tratto dal Piano di Trattamento Individuale (che viene allegato) e situazione attuale (sintesi degli elementi salienti relativi alla patologia)

E. Osservazione dei punti di forza e criticità relativi a:

Area psicopatologica

Area della cura di sé / ambiente

Area della competenza relazionale

Area del funzionamento scolastico

Area delle autonomie e delle abilità sociali

F. Osservazione dei punti di forza e criticità relativi alla famiglia (ad es. il livello di tenuta/supporto familiare e ambientale), alla scuola, ai contesti di riferimento, agli appuntamenti evolutivi legati al ciclo vitale

G. Obiettivi dell'intervento

a).....

b).....

c)

H. Aree di intervento - descrivere la tipologia e il tipo di interventi previsti, con riferimento alle seguenti categorie:

Interventi psicoeducativi

Interventi abilitativi e riabilitativi

Psicoterapia

Terapia familiare

Terapia farmacologica

Interventi sugli apprendimenti

Interventi sul contesto familiare

Interventi di risocializzazione e di rete per l'inclusione scolastica e/o socio-lavorativa

I. Indicazione degli operatori coinvolti negli interventi, ivi compresi, quando presenti, gli operatori di reti informali e del volontariato

L. Durata del programma:.....

Verifiche periodiche: aggiornamento dell'andamento del PTRP, con indicazione delle date di verifica (almeno con cadenza mensile).....

Outcome globale: esiti complessivi attesi oltre il termine del ricovero (es. raggiungere la remissione del disturbo dell'alimentazione; raggiungere una condizione clinica associata a danni fisici e psicosociali minimi).....

Outcome funzionale: esito atteso al termine del ricovero, relativo all'insieme dei parametri oggetto dei trattamenti erogati (es. ottenere un miglioramento della gravità clinica correlata con il disturbo dell'alimentazione, che permetta il reinserimento sociale, lavorativo/scolastico del paziente e l'attuazione di una terapia ambulatoriale).....

Outcome specifici: esiti attesi a breve e medio termine, relativi a parametri minori o più discreti. Ad esempio recuperare un corretto stato di nutrizione in termini di composizione e funzione corporea (l'andamento del peso può essere un riferimento a uso del paziente)

.....
A conclusione del progetto terapeutico e, in ogni caso almeno con cadenza trimestrale durante il progetto stesso, deve essere somministrato nuovamente almeno uno strumento standardizzato confrontando il punteggio di partenza contenuto nel PTRP e il punteggio finale.

LOSSARIO DEGLI ACRONIMI

AN = Anoressia Nervosa

AO = Azienda Ospedaliera

BED = Binge Eating Disorder o Disturbo d'Alimentazione Incontrollata (**DAI**)

BLS = Basic Life Support

BMI = Body Mass Index o Indice di Massa Corporea (**IMC**)

BN = Bulimia Nervosa

CD = Centro Diurno

CUP = Centro Unico di Prenotazione

DA = Disturbi Alimentari

DAI = Disturbo d'Alimentazione Incontrollata o Binge Eating Disorder (**BED**)

DANAS = Disturbi dell'Alimentazione non Altrimenti Specificati o Eating Disorder Not Otherwise Specified (**EDNOS**)

DEA = Dipartimento di Emergenza e Accettazione

DH = Day Hospital

DSM = Dipartimento di Salute Mentale

DSM-5 = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders o Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – 5a edizione

EDNOS = Eating Disorder Not Otherwise Specified o Disturbi dell'Alimentazione non Altrimenti Specificati (**DANAS**)

ICD-9 = International Classification of Diseases o Classificazione internazionale delle malattie – 9a edizione

IMC = Indice di Massa Corporea o Body Mass Index (**BMI**)

IRCSS = Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

MMG = Medici di Medicina Generale

NPI = Neuropsichiatra Infantile

OSS = Operatore Socio Sanitario

PAC = Pacchetto Ambulatoriale Complesso

PIC = Percorsi Integrati di Cura

PDTA = Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale

PLS = Pediatri di Libera Scelta

PS = Pronto Soccorso

PTI = Piano di Trattamento Individuale

PTRP = Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato

RSM = Rapporto Standardizzato di Mortalità

SPDC = Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

SR = Struttura Residenziale

SSR = Sistema Sanitario Regionale

TSMREE = Tutela della Salute Mentale e Riabilitazione in Età Evolutiva

TSO = Trattamento Sanitario Obbligatorio

UO = Unità Operative

UOC = Unità Operativa Complessa

UOS = Unità Operativa Semplice

UOSD = Unità Operativa Semplice Dipartimentale

ALLEGATO 2

STIMA DEL FABBISOGNO DI SERVIZI E STRUTTURE DEDICATI AI DA NELLA REGIONE LAZIO

1. PREMESSA

Scopo del presente documento è la definizione della stima del fabbisogno di servizi e strutture dedicati ai DA nella Regione Lazio. Per realizzare questo obiettivo la Regione Lazio, dopo avere effettuato una ricognizione dei servizi dedicati al trattamento dei DA, ha effettuato la scelta di valorizzare le risorse già operanti nel proprio territorio, costruendo il **percorso di riferimento**, utilizzando le fonti di letteratura *evidence-based* e le linee guida esistenti e adeguando la dotazione di presidi ove necessario.

Particolare attenzione è stata applicata alla realizzazione di un **network** all'interno del quale il percorso di riferimento potesse effettivamente corrispondere alla migliore sequenza temporale e spaziale possibile delle attività da svolgere nel contesto di una determinata situazione organizzativa e di risorse. Il programma, così come definito nel presente documento, verrà periodicamente monitorato (anche rispetto alle liste di attesa) attraverso apposite schede predisposte dall'Area competente e valutato nell'applicazione dei percorsi di cura e nella definizione del fabbisogno al termine del 1° e del 2° anno di attività dei servizi previsti. Inoltre dalle risultanze della valutazione di cui sopra verranno eventualmente apportate variazioni e/o correzioni al fine di migliorare l'appropriatezza assistenziale.

2. ASPETTI EPIDEMIOLOGICI E DOMANDA DI TRATTAMENTO NELLA REGIONE LAZIO

2.1. Ricognizione sulle strutture, sul personale e sulle attività dei servizi dedicati ai DA

Nel Lazio sono stati censiti 17 Presidi dedicati ai DA, dei quali uno solo è privato (OPBG); non erano presenti strutture dedicate ai DA nei territori delle ASL RMB e RMH. Quattro dei 17 presidi sono disponibili tutti i giorni h24; altri 8 sono disponibili per almeno 5 giorni a settimana. I presidi fanno riferimento a contesti diversi quali quello ospedaliero, universitario, IRCSS, il Dipartimento di Salute Mentale, il Distretto territoriale; uno solo dei 17 presidi è espressamente dedicato a minori. Una lista di attesa gestita è presente per 11 dei 17 presidi; circa la metà dei servizi che usano una lista di attesa fanno uso di un CUP.

2.2. Ricoveri e trattamenti ambulatoriali

Allo scopo di fornire elementi utili per la stima del fabbisogno delle risorse organizzative e di personale dedicate, è stato verificato l'impegno di risorse richiesto da patologie specifiche e quadri sindromici riconducibili all'ambito dei Disturbi Alimentari (DA). Tale verifica ha riguardato le dimissioni ospedaliere (in regime ordinario e di day hospital) e gli accessi in Pronto Soccorso che hanno avuto luogo nella regione Lazio nel corso dell'anno 2014.

Sono state indagate le condizioni cliniche diagnosticate come DA (ICD-9-cm), che comprendono:

Descrizione Codice

ANORESSIA NERVOSA 307.1

Altri e non specificati disturbi dell'alimentazione 307.5

DISTURBO DELL'ALIMENTAZIONE, NON SPECIFICATO 307.50

BULIMIA NERVOSA 307.51

PICA 307.52

DISTURBO DA RUMINAZIONE 307.53

VOMITO PSICOGENO 307.54

Dimissioni ospedaliere in regime ordinario

Sul totale di dimissioni in regime ordinario da tutti gli Istituti, per tutte le specialità di dimissione, tutte le età, **299 soggetti** con diagnosi principale o secondaria di DA hanno prodotto **431 dimissioni** (diversi soggetti hanno avuto più di un ricovero), con una netta prevalenza del genere femminile (348 vs 83 dimissioni). Tale differenza non era presente per le 76 dimissioni di soggetti con età < 14 aa.

La specialità del reparto di dimissione era per il **40,4% Psichiatria**, seguita dalla **Medicina Generale (14,8%)**, dalla **Pediatria (12,3%)**, dalle **Mal. Endocrine del Ricambio e della Nutrizione (8,4%)**, dalla **Neuropsichiatria Infantile (6,3%)**, dalla **Gastroenterologia** e dalla **Astanteria (entrambe 2,6%)**. Tutte le rimanenti specialità assommavano al 12,8%.

Le **dimissioni con diagnosi principale di DA** rappresentavano l'**1,4%** (233/16.202) di tutte le dimissioni da qualsiasi reparto riferite a disturbi psichici (Cod ICD-9-cm 290-319). La **degenza media** osservata per le 397 dimissioni è stata pari a **15,1 giorni**. Per quanto riguarda il tipo di dimissione, a fronte del 81,7% di dimissioni a domicilio occorre rilevare il 7,4% di dimissioni contro il parere dei sanitari (N=32), e l'1,2% di decessi (N=5).

Dimissioni ospedaliere in regime di day hospital:

Sul totale di dimissioni in regime di day hospital da tutti gli Istituti, per tutte le specialità di dimissione, tutte le età, **874 soggetti** con diagnosi principale o secondaria di DA hanno prodotto **1.008 dimissioni** (diversi soggetti hanno avuto più di un ricovero), con una **netta prevalenza del in principale in secondaria N %**

40 - Psichiatria 118 56 174 40,4

26 - Medicina generale 32 32 64 14,8

39 - Pediatria 32 21 53 12,3

19 - Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione 11 25 36 8,4

33 - NPI 19 8 27 6,3

51 - Astanteria 3 8 11 2,6

58 - Gastroenterologia 6 5 11 2,6

Altre specialità 12 43 55 12,8

Totale 233 198 431 100,0

Codice e Specialità di dimissione

Diagnosi DA (valori assoluti) **Totale dimissioni genere maschile** (760 vs 248). In misura meno rilevante, tale differenza era comunque presente anche per le **142 dimissioni di soggetti con età < 10 aa**.

La specialità del day hospital di dimissione era per il 33,5% Psichiatria, seguita dalla Neuropsichiatria Infantile (26,6%), dalla Pediatria (18,1%), e dalle Mal. Endocrine del Ricambio e della Nutrizione (12,7%). Tutte le rimanenti specialità assommavano al 9,1%. Le dimissioni con diagnosi principale di DA rappresentavano il 5,0% (698/14.013) di tutte le dimissioni da qualsiasi day hospital riferite a disturbi psichici (Cod ICD-9-cm 290-319). Il numero medio di accessi osservato per le 1.008 dimissioni è stata pari a 9,5 accessi. Per quanto riguarda il tipo di dimissione, queste erano per il 97,3% dimissioni a domicilio.

Accessi in Pronto Soccorso (fonte: Sistema Informativo per l'Emergenza Sanitaria (SIES))

Poiché i DA non vengono individuati esaustivamente attraverso un singolo codice diagnostico, sono stati dapprima rilevati gli accessi che hanno ricevuto una diagnosi principale o secondaria di DA (N=338). All'interno dei soli casi individuati come disturbo psichico (ICD-9-cm 290-319), i DA costituivano lo 0,7% (307/42.406). Una diagnosi secondaria di DA è stata formulata per 31 dei 338 accessi complessivi, quasi esclusivamente a partire da diagnosi principali non psichiatriche. Occorre rilevare che la diagnosi di DA in PS risulta usata nella maggioranza dei casi in situazioni attinenti alla prima e seconda infanzia, e all'età di latenza: ben il 62,4% degli accessi (N=211) risulta infatti riferito a soggetti di età < di 10 aa.

Dimissioni e accessi in DH con DA in diagnosi principale o secondaria , Lazio 2014.

Tutti gli istituti, tutte le età, tutte le specialità di dimissione**M F M F M F****0-9 anni** 80 62 **142** 56,3 43,7 32,3 8,2 **197****10-13 anni** 61 97 **158** 38,6 61,4 24,6 12,8 **661****14-17 anni** 35 198 **233** 15,0 85,0 14,1 26,1 **1.435****18-21 anni** 15 67 **82** 18,3 81,7 6,0 8,8 **1.247****22-26 anni** 7 69 **76** 9,2 90,8 2,8 9,1 **973****27 + anni** 50 267 **317** 15,8 84,2 20,2 35,1 **5.096****Tutte le età** **248 760 1.008 24,6 75,4 100,0 100,0 9.609****874 soggetti****Totale****Accessi 2014****Classe Genere (% col)****di età****Genere (valori assoluti) Totale****Dimissioni****Genere (% riga)****in principale in secondaria N %****0-9 anni** 191 20 **211 62,4****10-13 anni** 17 1 **18 5,3****14-17 anni** 31 4 **35 10,4****18-21 anni** 8 2 **10 3,0****22-26 anni** 12 2 **14 4,1****27 + anni** 48 2 **50 14,8****Tutte le età** **307 31 338 100,0****Classe di età****Diagnosi DA (valori assoluti) Totale dimissioni**

Per quanto riguarda l'**Invio**, si rileva come il "trasporto urgente" sia molto più frequente per i soggetti di età > 18 aa., mentre la "decisione propria" (delle famiglie) sia più frequente per i soggetti di età < 14 aa. Rispetto alla modalità di arrivo, il ricorso all'Ambulanza riguarda in modo quasi esclusivo la classe di età > 18 aa.

Anche il **Triage** fa rilevare come il codice Rosso (N=4) sia stato utilizzato solo per soggetti di età > 14 aa., mentre il codice Verde e il codice Bianco sono più spesso utilizzati per soggetti di età < 14 aa. In merito all'**Esito**, si rilevano 119 casi (35,2% dei 338 accessi) seguiti da Ricovero in reparto di degenza. Per questi si osserva come si tratti prevalentemente di casi che hanno una diagnosi principale di DA, e che questo provvedimento riguarda più spesso i soggetti di età < 18 aa.

Valutazioni descrittive effettuate in Pronto Soccorso (fonte: GIPSE-online anno 2013)

Il paragrafo che segue riporta i risultati di una indagine riferita al 2013, verosimilmente del tutto prossimi per consistenza numerica rispetto a quanto evidenziabile per il 2014.

Allo scopo di evidenziare quelle condizioni attinenti ai DA, ma individuate solo attraverso una valutazione qualitativa del quadro clinico presente all'accesso in PS, sono stati considerati 3 campi descrittivi compilati in PS dal Medico a completamento della valutazione: la Diagnosi Testuale, le Note e l'Anamnesi. I 3 campi sono stati ispezionati relativamente alla comparsa nel testo di uno o più dei termini che seguono, possibilmente attinenti alla presenza di DA non individuati da una diagnosi specifica: "**DCA**", "**Disturbi Alimentari**", "**Bulimia**", "**Disordini elettrolitici**", "**Anoressia**", "**Vomito autoindotto**", "**Calo ponderale**", "**Malnutrizione**".

Infine, sono stati valutati tutti i record che presentavano uno o più dei termini elencati e che non presentavano una diagnosi principale o secondaria di DCA, per escludere i casi certamente non attinenti ai DA (ad es, il termine "anoressia" viene spesso utilizzato per riferirsi al deperimento organico causato da neoplasie o dall'età avanzata). Sono inoltre esclusi i casi nei quali la presenza

in anamnesi di DA è irrilevante rispetto all'accesso in PS (ad es. incidenti, patologie acute di rilevanza chirurgica, etc.).

Ulteriori accessi nei Pronto Soccorso del Lazio con riferimento specifico a DA

Rispetto al **numero di accessi in PS recanti una diagnosi di DCA (N=387 nel 2013 – N=338 nel 2014)** appare possibile considerare pertanto **ulteriori casi (153 nel 2013, + 39,5%) per i quali la diagnosi di DCA era esplicita ma non codificata** (ad es. formulando solo quella oggetto di un "trattamento", come per es. un "*disturbo elettrolitico grave in pazienti con disturbo alimentare*").

3. INDICATORI EPIDEMIOLOGICI

Incidenza (per 100.000 abitanti)

L'incidenza di una patologia è il tasso con cui i nuovi casi si manifestano nella popolazione in un dato periodo di tempo. Rappresenta la velocità di comparsa della malattia nella popolazione. È dato dal *numero di nuovi casi diagnosticati in un dato periodo (un anno) diviso la popolazione a rischio di contrarre la malattia nello stesso periodo*. È una misura epidemiologica molto utile per tutte quelle malattie la cui insorgenza nel tempo è ben definita (esempio, nuova diagnosi di tumore) ovvero malattie ad insorgenza acuta (esempio, sindrome coronarica acuta, ictus ecc).

Prevalenza (per 100 abitanti)

La prevalenza di una patologia è la proporzione di una data popolazione che ha la malattia in un certo momento. Rappresenta il livello di malattia presente in una popolazione e si calcola come *numero di casi di malattia presenti diviso l'ammontare della popolazione in un dato momento*. È un indicatore che può essere applicato anche ad un arco temporale definito (un anno, cinque anni) e si parla in questo caso di *prevalenza di periodo*. Le stime di prevalenza sono molto utili nel caso di malattie ad insorgenza lenta ed insidiosa e che si mantengono con caratteristiche di stabilità, è un indicatore meno utile nel caso di malattie acute per le quali l'incidenza è una misura più appropriata.

La popolazione di riferimento

La popolazione usata come denominatore per il calcolo dei tassi di ospedalizzazione e mortalità è la popolazione residente nel Lazio al 1/1/2014, fonte ISTAT. Il dato è stato suddiviso per sesso, età e ASL di residenza.

I concetti di prevalenza puntuale, prevalenza di periodo, incidenza e incidenza cumulativa possono essere meglio compresi attraverso lo schema che segue:

1 1

2 2

3 3

4 4

5 5

6 6

7 7

8 8

T0 T1 Tempo

Lo schema rappresenta lo stato sanitario di 8 soggetti che compongono una popolazione chiusa (nel periodo di osservazione non ci sono state uscite di persone né nuovi arrivi). Sull'asse orizzontale viene rappresentato il tempo. **Ogni riga orizzontale, numerata da 1 a 8, rappresenta un soggetto**: quando la riga è sottile, la persona è in salute, mentre le barre più spesse indicano la presenza della malattia. Pertanto:

Prevalenza puntuale al tempo T0 = 2/8 = 0.25 (soggetti n. 2 e n.4);

Prevalenza puntuale al tempo T1 = 3/8 = 0.375 (soggetti n. 2, 3 e 6);

Incidenza cumulativa nel tempo T0-T1 = 4/6 = 0.67 (soggetti n. 3, 5, 6, 8). I soggetti 2 e 4 sono stati esclusi dalla popolazione in esame, che non conta più 8 soggetti bensì 6. Infatti i soggetti 2 e 4 erano già ammalati all'inizio del periodo di osservazione, e quindi non devono entrare nel conteggio dei *nuovi* casi;

□□ Se anziché il monitoraggio *continuo* della popolazione durante il periodo T0-T1 viene semplicemente confrontata la situazione sanitaria esistente al tempo T0 con quella esistente al tempo T1, l'incidenza cumulativa T0-T1 corrisponde a $2/6 = 0.33$ (soggetti n. 3 e 6, che erano sani in T0 e malati in T1). Si tratta di una valutazione meno precisa: i soggetti n. 5 e 8 si sono ammalati e sono guariti durante il periodo, sfuggendo quindi all'osservazione!

Limiti degli indicatori utilizzati

Il presente lavoro intende fornire al governo regionale elementi utili per il processo programmatico. Tuttavia, nell'interpretazione dei dati relativi agli indicatori di occorrenza presentati è necessario tenere in considerazione alcuni possibili limiti. Il problema più importante è rappresentato dalla disponibilità dei dati di incidenza o prevalenza. La stima della incidenza e della prevalenza di malattia prevede la disponibilità di registri di patologia, ma tale condizione non si realizza frequentemente. In alternativa, per quelle condizioni la cui gravità impone un ricovero ospedaliero, l'incidenza può essere approssimata utilizzando i tassi di ospedalizzazione. Per altre condizioni si utilizzano, in particolare per la stima della prevalenza, indagini campionarie di popolazione (ad es Rapporti ISTISAN) o dati di letteratura, potendo essere però questi ultimi non direttamente generalizzabili.

I dati relativi ai ricoveri, invece, risentono fortemente della eterogeneità nelle modalità di codifica. Per tale motivo, sebbene l'utilizzo dei tassi di ricovero per patologia definita come diagnosi principale dovrebbe rappresentare il miglior indicatore di ospedalizzazione, questo risente in realtà di problemi relativi alle modalità di codifica che possono essere più o meno accurate a seconda del reparto in cui il paziente si ricovera (reparti specialistici rispetto ai reparti di medicina generale) e della gravità del paziente stesso (gerarchia di diagnosi dipendente dalla gravità).

Come ricordato di recente nella Consensus Conference sui DCA tenuta dall'Istituto Superiore di Sanità, il numero di studi validi per ricavare queste misure sono in numero limitato e presentano una grande variabilità nelle classificazioni e negli strumenti diagnostici di riferimento.

Sono infine carenti studi recenti di prevalenza e incidenza dei disturbi dell'alimentazione su ampi campioni di popolazione italiana.

4. VALUTAZIONI AI FINI DEL CALCOLO DEL FABBISOGNO DI SERVIZI PER DA

Ai fini specifici del calcolo del fabbisogno di strutture dedicate, il **dato di prevalenza di uno specifico disturbo nel corso di un anno** è quello che meglio corrisponde alle richieste relative alla pianificazione delle risorse necessarie (numero di casi presenti all'inizio del periodo aggiunti a quelli incidenti nel periodo). I dati di prevalenza e incidenza relativi ai DA sono quelli desunti da dati di letteratura nazionali e internazionali.

ANORESSIA NERVOSA:

Criteri diagnostici secondo il DSM-5:

A. Restrizione dell'apporto energetico rispetto al necessario, che conduce a un peso corporeo significativamente basso tenendo conto dell'età, del sesso, della traiettoria evolutiva e dello stato di salute fisica. Si intende per peso significativamente basso un peso che è inferiore al minimo normale o, per i bambini e gli adolescenti, inferiore a quello minimo atteso

B. Intensa paura di acquistare peso o di diventare grasso, o comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche in presenza di un peso significativamente basso

C. Alterazione del modo in cui il soggetto vive il proprio peso o la forma del proprio corpo, eccessiva influenza del peso o della forma del corpo sui livelli di autostima, o persistente rifiuto di ammettere la gravità della attuale condizione di sottopeso

Specificare il sottotipo:

Tipo restrittivo: durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo non ha avuto ricorrenti crisi bulimiche o condotte di eliminazione (cioè vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi). Questo sottotipo descrive quei casi in cui la perdita di peso è ottenuta primariamente attraverso la dieta, il digiuno e/o l'esercizio fisico eccessivo

Tipo con crisi bulimiche/condotte di eliminazione: durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo ha avuto ricorrenti crisi bulimiche o condotte di eliminazione (cioè vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi)

Specificare il livello attuale di gravità: il livello minimo di gravità è basato, per gli adulti, sull'attuale indice di massa corporea (vedi sotto) o, per i bambini e gli adolescenti, sul percentile dell'indice di massa corporea. Il livello di gravità può essere aumentato tenendo conto dei sintomi clinici, del grado di disabilità funzionale e del bisogno di supervisione

- Lieve: Indice di massa corporea ≥ 17 kg/m²
- Moderato: Indice di massa corporea 16-16,99 kg/m²
- Grave: Indice di massa corporea 15-15,99 kg/m²
- Estremo: Indice di massa corporea < 15 kg/m²

I dati riportati in questo documento hanno considerato quando possibile quelli riferiti alla definizione "allargata" di AN ("broad"), in linea con i criteri utilizzati nel DSM-5, e includono pertanto "AN con o senza amenorrea" (DSM-5) e "AN atipica" (ICD-10). La frequenza del disturbo è circa 3 volte più elevata nelle donne rispetto agli uomini, e tale differenza si manifesta a partire dalla tarda adolescenza. Uno studio europeo ha evidenziato inoltre come la grande maggioranza di pazienti con questo disturbo non faccia riferimento ai servizi per la salute mentale, nonostante altri disturbi psichici – in particolare i Disturbi d'Ansia – siano un correlato quasi costante. Non vi sono evidenze di un aumento significativo del dato di prevalenza negli ultimi anni, ma occorre considerare che il dato potrebbe essere sottostimato stante la scarsa ricerca di cure mostrato da larga parte delle persone affette.

Attualmente la prevalenza un anno (% di persone affette in un anno) a cui fare riferimento per la nostra regione può essere stimata in **0,3%**

BULIMIA NERVOSA

Criteri diagnostici secondo il DSM-5:

A. Crisi bulimiche ricorrenti. Una crisi bulimica è caratterizzata da entrambi gli aspetti seguenti:

1. Mangiare, in un periodo definito di tempo (es. un periodo di 2 ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili
2. Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (es. sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o di non controllare che cosa o quanto si sta mangiando)

B. Ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno o esercizio fisico eccessivo

C. Le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano entrambe in media almeno una volta a settimana per 3 mesi

D. I livelli di autostima sono influenzati dalla forma e dal peso del corpo in modo inappropriato

E. Il disturbo non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di AN

Occorre inoltre specificare il livello attuale di gravità, basandosi sulla frequenza delle condotte compensatorie inappropriate. Il livello di gravità può essere aumentato tenendo conto degli altri sintomi e del grado di disabilità funzionale:

- Lieve: Una media di 1-3 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana
- Moderato: Una media di 4-7 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana
- Grave: Una media di 8-13 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana
- Estremo: Una media di 14 o più episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana

Attualmente la prevalenza un anno (% di persone affette in un anno) a cui fare riferimento per la nostra regione può essere stimata in **1,3%**

BINGE EATING DISORDER (Disturbo da Alimentazione Incontrollata):

Nel più recente sistema di classificazione nosografica internazionale, l'inquadramento dei DA è stato parzialmente rivisto, essendo divenuto evidente come alcuni quadri dotati di una propria specificità venivano necessariamente classificati come "Eating Disorders Not Otherwise Specified" (EDNOS). Questa iniziativa ha comportato la riqualificazione di un terzo componente nosografico

rispetto alla Anoressia Nervosa (AN) e alla Bulimia Nervosa (BN), il Binge Eating Disorder (BED). Il Binge Eating Disorder (letteralmente, “Disturbo da abbuffate ricorrenti”) è definito da *episodi ricorrenti di alimentazione eccessiva (abbuffate) durante i quali vengono assunte quantità di cibo significativamente superiori a quelle che la maggior parte delle persone assumerebbe nelle stesse circostanze, accompagnati dal sentirsi privi di un controllo*. Chi presenta un Binge Eating Disorder può mangiare troppo rapidamente, pur non avendo fame. La persona può provare sentimenti di colpa, imbarazzo o disgusto, e abbuffarsi da sola per nascondere questo comportamento. Il disturbo si associa a un profondo disagio e si produce, in media, almeno settimanalmente in un periodo di 3 mesi. A differenza della Bulimia Nervosa, il Binge Eating Disorder è caratterizzato dalla mancanza di “condotte compensatorie” ed è pertanto molto più spesso associata a condizioni di obesità.

La modificazione introdotta intende aumentare la consapevolezza delle differenze sostanziali esistenti fra il Binge Eating Disorder e il fenomeno comune della sovralimentazione.

Mentre quest’ultima è una sfida per molti statunitensi, il disturbo da abbuffate ricorrenti è molto meno frequente, di gran lunga più grave, e si associa a problemi fisici e psicologici significativi.

Peraltro il BED è fortemente associato a livelli marcati di obesità, e conosce pertanto spesso gli stessi rischi di salute e complicanze quali il diabete mellito non-insulino dipendente, ipertensione e cardiopatie. Rilevante è anche la più marcata associazione con disturbi psichiatrici di BED quando associato a obesità, rispetto alla sola condizione di obesità.

Criteri diagnostici secondo il DSM-5:

A. Crisi bulimiche ricorrenti. Una crisi bulimica è caratterizzata da entrambi gli aspetti seguenti:

1. Mangiare, in un periodo definito di tempo (es. un periodo di 2 ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili
2. Sensazione di perdere il controllo durante l’episodio (es. sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o di non controllare che cosa o quanto si sta mangiando)

B. Le abbuffate sono associate con 3 (o più) dei seguenti aspetti:

1. Mangiare molto più rapidamente del normale
2. Mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieno
3. Mangiare grandi quantità di cibo quando non ci si sente fisicamente affamati
4. Mangiare da solo perché ci si sente imbarazzati dalla quantità di cibo che si sta mangiando
5. Sentirsi disgustato di se stesso, depresso o assai in colpa dopo l’abbuffata

C. È presente un marcato disagio in rapporto alle abbuffate

D. Le abbuffate si verificano, in media, almeno una volta a settimana per 3 mesi

E. Le abbuffate non sono associate con l’attuazione ricorrente di condotte compensatorie inappropriate come nella Bulimia Nervosa e non si verificano esclusivamente durante il decorso della BN o dell’AN

Specificare il livello attuale di gravità:

Il livello minimo di gravità è basato sulla frequenza delle crisi bulimiche (vedi sotto). Il livello di gravità può essere aumentato tenendo conto degli altri sintomi e del grado di disabilità funzionale

- Lieve: 1-3 crisi bulimiche per settimana
- Moderato: 4-7 crisi bulimiche per settimana
- Grave: 8-13 crisi bulimiche per settimana
- Estremo: 14 o più crisi bulimiche per settimana

Attualmente la prevalenza un anno (% di persone affette in un anno) a cui fare riferimento per la nostra Regione può essere stimata in **2%**.

5. STIMA DEL FABBISOGNO

Considerato quanto affermato nei capitoli precedenti e tenendo conto dei dati sulla popolazione della Regione Lazio (anno 2014), si è proceduto a stimare il fabbisogno per i 4 livelli assistenziali: ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale e ospedaliero (DH e Posti letto).

L’offerta di servizi che ha trattato i DA in questi anni nella nostra Regione ha evidenziato una scarsa omogeneità per quanto riguarda sia la distribuzione territoriale, sia l’offerta assistenziale ai

cittadini. In questo periodo, peraltro, alcuni servizi hanno raggiunto un'alta specializzazione in questo campo.

L'eziologia psichiatrica di questi disturbi deve confrontarsi con il riscontro consueto della molteplicità di ambiti specialistici coinvolti nel trattamento. Inoltre, i servizi che comunemente trattano questi disturbi ne includono anche altri riconducibili ad un ambito nutrizionale ma la cui eziologia non è di natura psichiatrica.

Pertanto, nella presente stima di fabbisogno si fa riferimento esclusivamente ai disturbi individuati come DA nei più recenti sistemi di classificazione nosografica e collocati nell'ambito psichiatrico. Si tratta, in particolare, di Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa, Disturbi da Alimentazione Incontrollata (BED nella nosografia anglosassone), oltre a un più ristretto numero di Disturbi Alimentari non altrimenti classificati (non viene pertanto considerata la sola condizione di obesità). Il presente documento indica nella Tabella 1 l'attuale offerta assistenziale (risultante dall'esito del monitoraggio effettuato nel 2014) con tutti i servizi ad oggi esistenti che vengono mantenuti attivi, mentre nella Tabella 2 è definita la stima del fabbisogno regionale di servizi e strutture che si occupano di DA.

In quest'ultima Tabella sono indicati i posti esistenti che saranno mantenuti e quelli di prossima realizzazione. I presidi esistenti che si occupano in modo non esclusivo dei DA non sono compresi in questo documento e continueranno ad espletare le proprie attività.

L'offerta prevede che ciascun servizio ambulatoriale territoriale abbia come riferimento un bacino territoriale di ca. 500.000 abitanti, prevedendo che nelle province venga istituito comunque un ambulatorio per ogni ASL al fine di permetterne un migliore accesso ai pazienti dei territori. Tali ambulatori, come evidenziato nell'Allegato 1, hanno un ruolo centrale nel network regionale, rappresentando dei centri che svolgono funzione di *primo accesso* al sistema, di *accoglienza* e di *inizio della relazione terapeutica* con i pazienti, di filtro diagnostico e terapeutico nei confronti dei successivi livelli assistenziali, ma soprattutto l'ambito di trattamento specifico per la maggioranza degli stessi pazienti. Quale centro di primo riferimento, coordina nell'ambito territoriale tutti gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione dei cittadini che presentano disturbi alimentari.

Inoltre è prevista la presenza di strutture residenziali dedicate, con moduli di 10 posti, con la seguente distribuzione territoriale:

- 30 posti nell'area di Roma centro (compresa nei territori delle ASL RM1, ASL RM 2 e ASL RM3)
- 20 posti nell'area della provincia di Roma (ASL RM4, ASL RM 5, ASL RM6)
- 20 posti nell'area di Viterbo e Rieti
- 10 posti nell'area di Frosinone e Latina

Per quanto concerne l'assistenza ospedaliera sono previsti, con bacino di utenza regionale:

- 4 posti di DH dedicato ai DA per adulti (+ 2 posti già attivi presso la UOC Scienza dell'alimentazione dietetica non esclusivamente dedicati ai DA)
- 6 posti di DH dedicato ai DA per minori
- 4 posti letto dedicati ai DA in ambiente psichiatrico*
- 2 posti letto *rescue* dedicati ai DA per adulti collocati presso l'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata, dove è presente un DEA di 2° livello (si tratta di pl non esclusivi ma disponibili presso la Terapia intensiva – cod. 49, che prevede la presenza di ulteriore personale dedicato ai DA)
- 4 posti letto dedicati ai DA per minori situati presso il Reparto di degenza di epatologia gastroenterologia e nutrizione dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù, dove è presente un DEA pediatrico di 2° livello

Per situazioni di particolare impegno assistenziale si ricorre al ricovero presso ambienti internistico/nutrizionali che si avvalgono dell'apporto continuo di personale specializzato nei Disturbi Alimentari.

* Nelle more della realizzazione e attivazione della rete dei servizi di cui al presente Decreto, si mantengono attivi i 5 posti letto dedicati presenti presso l'AO Policlinico Umberto I a cui, per

emergenze assistenziali, possono essere considerati fino ad un massimo di ulteriori 3 posti letto (ad oggi funzionalmente già attivi), mantenendone la capacità organizzativa, fino alla messa a regime dell'intera rete assistenziale.

1 Si tratta di posti letto monitorati che garantiscono assistenza specialistica h24 con personale dedicato.

ASL / AO /

Policlinico Universitario /

IRCSS

Tipologia struttura / Servizio Ambulatorio

Centro diurno

Day Hospital

Strutture

Residenziali Posti Letto dedicati

ASL RMA

ASL RMB

ASL RMC

UOC DCA (DSM) - Presidio

Ospedaliero C.T.O. "A. Alesini"

1

ASL RMD Ambulatorio per i DCA (DSM) 1

ASL RME

UOSD Disturbi del Comportamento

Alimentare

1

ASL RMF

Centro Disturbi della Condotta

Alimentare - Casa della Salute di

Palombara Sabina

1

Villa Pia (Struttura Residenziale

Privata Accreditata per il trattamento

dei DCA

40 posti 20 posti

ASL RMH

ASL Viterbo

Ambulatorio dei Disturbi del Comportamento Alimentare -

Ospedale Belcolle

1

ASL Rieti

Ambulatorio per i DCA e Modello

Aziendale Diagnostico -Terapeutico

DCA

1

ASL Frosinone

Ambulatorio per i DCA - S. S.

Dipartimentale DCA e Psicopatologia

di Genere (DSM)

1

ASL Latina

UOSD di Psicopatologia Clinica e

Psicoterapia DCA Adulti (DSM)

1

AO Policlinico**Umberto I****UOC Psichiatria e Disturbi del****Comportamento Alimentare**

1 4 posti

Dispone di pl psichiatrici (cod 40)

AO Sant'Andrea**Servizio Ambulatoriale****Multidisciplinare Integrato per lo studio, la prevenzione, la diagnosi e il trattamento dei DCA**

1

AO San Giovanni Addolorata**UOC Scienza dell'Alimentazione Dietetica**

2 posti

Fondazione Policl. Univ. "Agostino Gemelli"**Area dedicata ai Disturbi del****Comportamento Alimentare - UOC di consultazione psichiatrica**

1

Fondazione Policl. Univ. "Tor Vergata"**UOSD Servizio di Nutrizione Clinica,****Terapia Parenterale e Anoressia****Nervosa**

1

IRCCS Osp.**Pediatico****"Bambino Gesù"****Unità di Neuropsichiatria Infantile,****Dipartimento delle Neuroscienze**

1 6 posti

Dispone di pl psichiatrici (cod 33)

Tabella 1 - Dimensione dell'offerta esistente (2014)**ASL RMG**** Agli ambulatori ubicati presso AO/Policlinico Universitario/IRCSS non viene attribuita una specifica competenza territoriale.**** I posti letto sono individuati presso l'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata dove è già attivo un DH internistico/nutrizionale al quale afferiscono prevalentemente pazienti con DA, e in cui è presente un DEA di 2° livello.*****Posti già attivi presso la UOC Scienza dell'alimentazione dietetica non esclusivamente dedicati ai DA.******Posti letto già attivi situati presso il reparto di degenza di epatologia gastroenterologia e nutrizione.*

2 Posti residenziali accreditati - Presidio sanitario Villa Pia di cui al DCA U00211/2013.

3 Posti accreditati - Presidio sanitario Villa Pia di cui al DCA U00218/2013.

Tabella 2 - Stima del fabbisogno per area territoriale**Adulti***Ambulatorio**dedicato DA**N. Strutture**Centro Diurno dedicato DA**N. posti**Day Hospital dedicato DA*

N. posti

Strutture Residenziali dedicate DA

N. posti

Posti letto ospedalieri

Psichiatrici dedicati DA

Posti letto ospedalieri

"Rescue" dedicati DA ASL / AO /

Policlinico Universitario /

IRCSS

Popolaz. Residente

ALLEGATO 3

NB

Si rinvia alla lettura integrale del testo

3.12. SERVIZIO AMBULATORIALE TERRITORIALE PER I DISTURBI ALIMENTARI - CON POSSIBILITÀ DI "PASTI ASSISTITI"

Finalità e Destinatari

Il servizio ambulatoriale territoriale per i DA è una struttura pubblica, ad accesso diretto, che svolge funzione di *primo ingresso* al sistema, di *accoglienza* e di *inizio della relazione terapeutica* con i pazienti, di filtro diagnostico e terapeutico nei confronti dei successivi livelli assistenziali, ma soprattutto l'ambito di trattamento specifico per la maggioranza degli stessi pazienti. Quale centro di primo riferimento, coordina nell'ambito territoriale tutti gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione dei cittadini che presentano disturbi alimentari.

Tutte le strutture operanti, pubbliche e private, che prendono in carico pazienti affetti da DA punto di vista psicologico che da quello internistico-nutrizionale e che opera in stretto collegamento anche con gli altri servizi dell'area materno infantile (TSMREE, Consultori, ecc.), del Distretto sanitario, comprese le strutture residenziali e di ricovero, con i Sert, con i Servizi di Salute Mentale, con i pediatri di libera scelta/medici di medicina generale.

Le attività e prestazioni, rivolte agli utenti in età evolutiva ed alle loro famiglie, comprendono una stretta collaborazione operativa anche con i servizi socio-assistenziali ed educativi.

Nel percorso diagnostico-terapeutico devono essere garantite la partecipazione, l'informazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di intervento e il coinvolgimento delle persone che hanno relazioni significative con il paziente.

L'ambulatorio svolge le seguenti funzioni:

- effettua una prima valutazione dei pazienti attraverso una valutazione multidimensionale, utilizzando strumenti standardizzati di valutazione e analisi cliniche specifiche
- svolge attività di diagnosi e cura dei pazienti che soffrono di DA e definisce il Piano di Trattamento Individuale (PTI)
- favorisce la completa reintegrazione nel nucleo familiare e nelle attività di studio e/o lavorative, successive alla dimissione da qualsiasi punto della filiera assistenziale (ospedaliero/DH, semiresidenziale e residenziale) e garantisce la continuità terapeutica con le strutture e i servizi territoriali della rete dei DA, inclusi i rapporti e la consulenza ai MMG/PLS dei pazienti
- cura la comunicazione e la relazione con il medico di medicina generale/pediatra di libera scelta e con le strutture territoriali, residenziali/semiresidenziali e ospedaliere;
- effettua controlli periodici per i soggetti che non hanno rivelato elementi clinici tali da richiedere trattamenti intensivi, o hanno già superato questa fase, ma che manifestano ancora disagi, elementi psicopatologici e/o disturbi comportamentali in questa sfera che richiedono un'attenzione clinica
- effettua valutazioni di follow-up, successive alle dimissioni e agli altri trattamenti, utili per confermare o modificare le scelte adottate
- svolge attività di documentazione e comunicazione con gli Uffici regionali competenti.

I trattamenti ambulatoriali prevedono interventi psicoterapeutici individuali, familiari e di gruppo; interventi di valutazione psichiatrica e di psicologia clinica con eventuale trattamento psicofarmacologico; interventi di valutazione e trattamento internistico, nutrizionale e dietologico, inclusa la possibilità di “pasti assistiti”; interventi psicoeducazionali; gruppi di auto aiuto, fisioterapia, ecc..

L'ambulatorio di residenza del paziente dopo idonea valutazione autorizza, con apposito atto formale, l'accesso alle strutture residenziali e semiresidenziali e monitora l'andamento del programma terapeutico-riabilitativo.

Il trattamento ambulatoriale è indicato in presenza di un disturbo conclamato e diagnosticabile per la presenza di specifici sintomi alimentari, laddove non sussistano le seguenti condizioni (*fase di compenso*):

- alterazioni di parametri ematochimici
- alterazioni di parametri internistici
- presenza di ideazione suicidaria, comportamenti suicidari o autolesivi recenti
- comorbilità con patologie gravi o difficilmente gestibili in regime ambulatoriale
- presenza di comportamenti antisociali
- opposizione alle cure e delle valutazioni diagnostiche ritenute indispensabili

Inoltre:

- *non* deve essere necessaria alimentazione assistita (sondino o alimentazione parenterale)
- deve essere presente buon grado di autonomia funzionale o disponibilità di almeno un familiare

3.12.1. Requisiti Strutturali

Il numero locali e degli spazi deve essere dimensionato in relazione alla popolazione servita.

Ciascun Ambulatorio dispone almeno di:

- locale per accoglienza utenti, segreteria e informazioni
- locali per attività diagnostiche, trattamenti psicoterapeutici, interventi sociali, interventi infermieristici, terapeutico-riabilitativi
- locale visita medica
- locale per somministrazione di “pasti assistiti”
- locale per riunioni
- spazi di attesa, accettazione, attività amministrative
- servizi igienici distinti per utenti e personale di cui almeno uno accessibile alle persone disabili
- locale spogliatoio per il personale
- locale/spazio per deposito materiale pulito e locale/spazio per deposito materiale sporco
- spazio archivio per la conservazione dei dati sensibili
- locale medicheria con armadio farmaceutico

Ogni Ambulatorio deve essere dotato di almeno 2 PC (per le attività relative ai sistemi informativi e per le attività clinico-amministrative), di almeno 2 linee telefoniche e di un fax e, ove necessario, di un'autovettura di servizio.

In tutti i locali, devono essere di regola assicurate l'illuminazione e la ventilazione naturali o artificiali, secondo la normativa vigente e:

- numero di locali adeguati alla presenza di medici, psicologi, assistenti sociali, personale di riabilitazione, educatori, tra cui almeno uno adeguato per terapie di gruppo (media 5 utenti)
- dotazione di attrezzature e materiali specifici per le attività svolte, adeguate alle diverse fasce di età.

3.12.2. Requisiti Organizzativi

È assicurata:

- la presenza di medici o psicologi per tutto l'orario di apertura
- l'apertura giornaliera prevista è di almeno 8 ore dal lunedì al sabato, con accoglienza a domanda
- il collegamento con le altre strutture territoriali e ospedaliere
- la presenza di una figura amministrativa per ogni presidio

L'équipe multidisciplinare con presenza minima di personale con specifica competenza nell'area dei DA comprendente:

- 3 Psicologi specialisti in psicoterapia (di cui 1 con specifica competenza per l'età evolutiva)
- 1 Medico specialista in Psichiatria
- 1 Medico specialista in Neuropsichiatria infantile (18 h/sett.)
- 1 Medico dietologo o Nutrizionista clinico
- 1 Assistente sociale (18 h/sett.)
- 1 Tecnico della riabilitazione psichiatrica
- 1 Infermiere
- 1 Dietista
- Personale di accoglienza e amministrativo con competenza specifica nell'uso del personal computer

Inoltre deve essere garantita la consulenza a fasce orarie almeno 2 volte a settimana di un Medico specialista in medicina interna e/o endocrinologia.

Nel caso di presa in carico di minori deve essere garantita la consulenza da parte del Medico Pediatra.

Il Responsabile della struttura ambulatoriale può essere un Medico Psichiatra o uno Psicologo (specialista in psicoterapia), con specifica competenza nel campo dei DA.

Le attività e prestazioni, rivolte agli utenti in età evolutiva ed alle loro famiglie, comprendono una collaborazione operativa con i servizi socio-assistenziali ed educativi, collegamenti funzionali con gli altri servizi dell'area materno-infantile (TSMREE, Consultori, ecc.), del Distretto sanitario, comprese le strutture residenziali e di ricovero, la medicina legale, i Servizi di Salute Mentale, con il Pediatra di libera scelta/Medico di medicina generale, e longitudinali per progetti per la continuità della presa in carico nelle età successive con i Servizi di Salute Mentale e quelli per i disabili adulti. Inoltre devono essere sempre garantite la partecipazione, l'informazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di trattamento e il coinvolgimento delle persone che hanno relazioni significative con il paziente.

4.13. CENTRO DIURNO (CD) PER IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI ALIMENTARI

Finalità e Destinatari

Il Centro Diurno (CD) è una struttura di riabilitazione semiresidenziale nella quale si svolgono interventi terapeutici, riabilitativi risocializzanti rivolti a persone affette da DA.

È un luogo di accoglienza per pazienti, spesso molto giovani, costituito al fine di evitare l'interruzione delle abituali attività quotidiane e la separazione dal contesto di vita dei pazienti che necessitano di un sostegno durante la giornata e che necessitano di interventi specifici di tipo terapeutico, riabilitativo e di reinserimento sociale.

Il CD può in molti casi porsi quale alternativa al programma residenziale per evitare l'interruzione delle abituali attività quotidiane e la separazione dal contesto di vita, con attività terapeutiche multiple offerte nell'arco della giornata e "pasti assistiti".

I programmi semiresidenziali possono essere differenziati ma il centro deve essere aperto per almeno 6 ore al giorno su 5 o 6 giorni a settimana. Tale struttura è deputata essenzialmente all'attuazione di un programma riabilitativo psicoterapeutico e nutrizionale e si pone i seguenti *obiettivi specifici*:

- favorire un miglioramento rispetto alla psicopatologia specifica del disturbo e alla sintomatologia ad esso associata
- promuovere l'autonomia personale, attraverso attività individuali e di gruppo che permettano un maggior inserimento nel tessuto sociale
- proporre attività riabilitative che permettano agli utenti di sviluppare o recuperare le competenze necessarie all'inserimento nel mondo della scuola e/o del lavoro e ad un recupero di una vita di relazione
- permettere l'acquisizione di un maggior livello di consapevolezza delle proprie difficoltà emotive, comportamentali e relazionali

- sostenere nella quotidianità e con gruppi specifici le famiglie degli utenti
- favorire la normalizzazione del comportamento alimentare e del peso

4.13.1 Requisiti Strutturali

La realizzazione del programma del CD prevede la presenza minima delle seguenti caratteristiche:

- il centro deve essere localizzato in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, oppure in zone ben collegate mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano, e dotata di spazi interni ed esterni ben organizzati, al fine di favorire la continuità dei rapporti sociali e la vita di relazione
- il centro deve essere organizzato in moduli costituiti da minimo 10 utenti e massimo 20 utenti, in un clima emotivo e relazionale favorente la convivenza comunitaria e in un ambiente il più possibile simile alla vita quotidiana e ad un contesto familiare
- 1 sala da pranzo allestita anche per i “pasti assistiti”
- 1 ufficio di direzione
- 1 segreteria (funzioni archivio e *front office*)
- 1 sala d’attesa, utilizzabile anche per incontri/riunioni con familiari ed esterni
- 1 spazio cucina (solo per colazione e merende)
- studi medici
- 1 locale per psicoterapie, anche familiari e/o di gruppo, per max 5 pazienti dalla superficie minima di 30 mq (con idonea insonorizzazione e protezione della privacy)
- 1 sala comune per le attività occupazionali e alternative (laboratori, ecc.). Nel caso siano presenti minori prevedere uno spazio riservato.
- 1 sala attività motorie o palestra
- uno spazio all’aperto (parco)
- locale di servizio per gli operatori
- servizi igienici e spogliatoi per operatori
- almeno 2 servizi igienici per i visitatori e/o pazienti esterni, di cui 1 attrezzato per la non autosufficienza

4.13.2 Requisiti Organizzativi

Il programma terapeutico prevede la collaborazione fra più figure professionali e più servizi territoriali che affrontano i molteplici aspetti del problema collaborando costruttivamente secondo un modello integrato di intervento e deve essere garantita la consulenza del neuropsichiatra infantile in caso di presenza di minori.

Presenza di personale di équipe multidisciplinare con specifica competenza nell’area dei Disturbi Alimentari composta da:

- 1 Medico psichiatra
- 2 Psicologi specialisti in psicoterapia
- 1 Dietista
- 2 Infermieri
- 1 Tecnico della riabilitazione psichiatrica/educatore professionale
- Personale di assistenza in relazione alle attività previste
- 1 Istruttore per attività specifiche

Il Responsabile della struttura può essere un medico psichiatra o uno psicologo (specialista in psicoterapia) con specifica competenza nel campo dei DA.

È prevista la presenza di almeno un medico psichiatra/neuropsichiatra infantile e/o di uno psicologo che deve essere garantita durante tutto l’orario di apertura.

La presenza dei tecnici della riabilitazione/educatori può essere articolata e variare nelle varie fasce di professionalità a seconda della patologia e dei bisogni assistenziali degli ospiti.

La struttura, in accordo con l’ambulatorio territoriale di residenza del paziente, deve redigere un *Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP)* che tenga conto del Piano di Trattamento Individuale del paziente.

Nel caso di pazienti minorenni devono essere garantite la partecipazione, l'informazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di intervento e il coinvolgimento attivo delle persone che hanno relazioni significative con il paziente stesso.

Aperta minimo 6 ore al giorno nella fascia 8/19, per un minimo di 5 giorni alla settimana.

Il periodo di chiusura programmata non può superare le 2 settimane consecutive. Deve essere garantito un collegamento funzionale con le altre strutture territoriali (sociali, educative, ecc.) ed ospedaliere per garantire sia la continuità terapeutica che la socializzazione.

Deve essere garantita la possibilità di offrire di studiare ai giovani favorendo il reintegro dei pazienti nel tradizionale contesto scolastico, dopo la dimissione.

Ogni struttura deve mantenere un registro con la presenza giornaliera degli ospiti e la documentazione clinica e sociale di ciascun ospite, tutelata ai sensi della normativa vigente.

Il Centro Diurno svolge attività di documentazione e comunicazione con gli Uffici regionali competenti.

4.12. STRUTTURA RESIDENZIALE PER IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI ALIMENTARI

Finalità e Destinatari

La struttura residenziale è deputata essenzialmente all'attuazione di un programma terapeutico-riabilitativo psiconutrizionale indispensabile quando si determinano le seguenti condizioni:

- gravità del quadro clinico internistico e/o psicologico, tale da richiedere lo svolgimento del programma di trattamento in un ambiente protetto;
- inefficacia del programma ambulatoriale, per alte interferenze ambientali;
- condizioni familiari e/o di contesto non adeguate alla gestione del paziente a casa

La struttura consente un trattamento di tipo residenziale ma con caratteristiche molto diverse dal ricovero ospedaliero in acuzie o in ambito psichiatrico. Pertanto, sulla base delle indicazioni al trattamento residenziale e dei conseguenti criteri di accesso, i pazienti con DA ammessi al trattamento residenziale devono rispondere ai seguenti requisiti:

- assenza di grave comorbidità psichiatrica in asse I del DSM-5
- assenza di abuso e/o dipendenza da sostanze psicotrope e alcool (da almeno 6 mesi)
- condizioni generali non talmente compromesse, instabili e in acuzie da necessitare una preventiva fase di ospedalizzazione
- accettazione del programma e delle regole della struttura da parte del paziente o consenso informato da parte dei genitori nel caso di minorenni

La durata dell'ospitalità residenziale ha normalmente termine entro 3 mesi. Laddove una documentata valutazione clinica ne rappresenti l'assoluta necessità, tale durata può essere prorogata sino a un massimo complessivo di 5 mesi, previo autorizzazione formale dell'ambulatorio territoriale di residenza del paziente. La permanenza nella struttura residenziale è orientata a consentire un recupero ponderale e/o di compenso dell'equilibrio comportamentale che possa essere accettato dalla paziente. Gli obiettivi specifici dell'intervento terapeutico sono:

- la normalizzazione del comportamento alimentare e del peso
- il miglioramento delle condizioni cliniche generali
- il miglioramento della psicopatologia specifica del disturbo e della sintomatologia ad esso associata

Il trattamento residenziale è altamente strutturato con attività quotidiane settimanalmente programmate e prevede un programma riabilitativo le cui attività comprendono:

- promozione del cambiamento e delle capacità di insight attraverso colloqui psicologici e trattamenti psicoterapeutici individuali, familiari e di gruppo
- trattamento della psicopatologia specifica del disturbo e della sintomatologia ad esso associata
- compilazione di una scheda di assessment iniziale
- analisi della motivazione al trattamento
- colloqui iniziali per la valutazione diagnostica multidimensionali
- valutazione di laboratorio e strumentale

- esame fisico (peso, statura, P.A., esame della pelle, tiroide, neurologico, ecc.)
- auto-aiuto guidato e terapeutico, anche mediante utilizzo di test specifici
- riabilitazione nutrizionale e correzione del pattern alimentare
- pasti giornalieri assistiti
- monitoraggio continuo dei parametri clinici (tra cui il piano alimentare e del peso)
- monitoraggio dell'attività fisica
- colloqui nutrizionali
- attività artistiche, espressive e pedagogiche personalizzate (ad es. arti visive, corsi di lingua, attività artigianali, fotografia, danza, musica, canto ecc.)
- supporto, informazione e coinvolgimento dei familiari
- intervento educativo
- attività riabilitative di fisioterapia, psicomotricità e di medicina integrata (ad es. tecniche di rilassamento, meditazione, ecc)
- assistenza infermieristica continuativa

Deve essere garantita la possibilità di offrire di studiare ai giovani ricoverati per un periodo superiore ai 30 giorni favorendo il reintegro dei pazienti nel tradizionale contesto scolastico, dopo la dimissione.

Per essere ammesse al trattamento residenziale, le persone con DA devono rispondere ai seguenti requisiti:

- assenza di grave comorbilità psichiatrica in asse I del DSM-5
- assenza di abuso e/o dipendenza da sostanze psicotrope e alcool (da almeno 6 mesi)
- condizioni generali non talmente compromesse, instabili e in acuzie da necessitare una preventiva fase di ospedalizzazione
- accettazione del programma e delle regole della struttura da parte del paziente o consenso informato da parte dei genitori nel caso di minorenni

4.12.1. Requisiti Strutturali

La realizzazione del programma residenziale di riabilitazione intensiva prevede la presenza minima delle seguenti caratteristiche:

- il centro deve essere localizzato in zone già urbanizzate, integrate con il preesistente contesto, oppure in zone ben collegate mediante mezzi pubblici con un agglomerato urbano, e dotata di spazi interni ed esterni ben organizzati, al fine di favorire la continuità dei rapporti sociali e la vita di relazione
- il centro deve essere organizzato in moduli minimo 10 utenti e massimo 20 utenti, in un clima emotivo e relazionale favorente la convivenza comunitaria e in un ambiente il più possibile simile alla vita quotidiana e ad un contesto familiare
- stanze per il soggiorno residenziale dei pazienti, attrezzate come stanze preferibilmente singole oppure doppie con servizi igienici assistiti
- 1 sala da pranzo allestita anche per i "pasti assistiti"
- 1 ufficio di direzione
- 1 segreteria (funzioni archivio e front office)
- 1 locale comune per ogni area in cui ci sono stanze di degenza
- 1 sala d'attesa, utilizzabile anche per incontri/riunioni con familiari ed esterni
- 1 spazio cucina (solo per colazione e merende)
- studi medici
- 1 locale per psicoterapie, anche familiari e/o di gruppo, per massimo 5 pazienti dalla superficie minima di 15 mq (con idonea insonorizzazione e protezione della privacy)
- 1 sala comune per le attività occupazionali e alternative (laboratori, ecc.)
- 1 sala TV/gioco
- 1 sala attività motorie o palestra
- uno spazio all'aperto (parco)
- locale di servizio per gli operatori anche esterni

- servizi igienici e spogliatoi per operatori
- almeno 2 servizi igienici per i visitatori e/o pazienti esterni, di cui 1 attrezzato per la non autosufficienza

4.12.2. Requisiti Organizzativi

Il programma terapeutico prevede la collaborazione fra più figure professionali che interdisciplinare integrato. L'équipe per una struttura di 10 posti di residenzialità deve comprendere un Responsabile (un Medico Psichiatra o uno Psicologo specialista in psicoterapia) con almeno 5 anni di esperienza specifica nel campo dei DA e il seguente personale con specifica competenza nel campo dei DA:

- 2 Psicologi specialisti in psicoterapia
- 1 Medico psichiatra
- 1 Medico dietologo o Nutrizionista clinico (18 ore/sett. - 3 accessi)
- 1 Dietista
- 1 Fisioterapista (18 ore/sett. - 3 accessi)
- 1 Infermiere coordinatore (36 ore/sett. - 6 accessi)
- 2 Infermieri (36 ore/sett. - 6 accessi ciascuno)
- 5 Educatori professionali/tecnici di psicologia (copertura sulla 24 ore - 1 operatori a turno durante il giorno, feriali e festivi, ed 1 operatore per la notte)
- 1 Assistente sociale (12 ore/sett. - 3 accessi)
- 1 Impiegato amministrativo (36 ore/sett. - 6 accessi)

La struttura, in accordo con l'ambulatorio territoriale di residenza del paziente, deve redigere un *Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP)* che tenga conto del Piano di Trattamento Individuale del paziente.

Il parere clinico dell'équipe dell'ambulatorio territoriale inviante è dirimente rispetto alla opportunità di inserimento di un minore presso una struttura per adulti. In tal caso l'équipe valuterà attentamente i bisogni assistenziali del paziente, il livello di gravità della patologia e le possibili criticità dell'inserimento; dovrà essere garantita inoltre la consulenza continuativa di un Neuropsichiatra infantile/Psicologo esperto dell'età evolutiva e di un Pediatra.

Il personale indicato va integrato con la dotazione di personale addetto alla cucina e alle pulizie generalmente impiegato in strutture di questa dimensione. Inoltre, devono essere previste consulenze specialistiche a richiesta: Fisiatra, Ginecologo, Endocrinologo, Cardiologo, ecc.

Ulteriore personale a quote di orario per laboratori creativi ed espressivi (teatro, danza, musica, psicodramma, ecc.) e attività motorie.

Nella struttura deve essere garantita la presenza di un Medico o di uno Psicologo durante le 24 ore anche attraverso la reperibilità notturna e festiva.

Per le strutture autorizzate con meno di 20 posti letto le figure professionali (tranne la presenza del Responsabile che deve essere sempre garantita) saranno ridotte in proporzione. Deve essere garantito un collegamento funzionale con le altre strutture territoriali (anche sociali ed educative) ed ospedaliere per garantire sia la continuità terapeutica che la socializzazione. Devono essere garantite, in particolare nel caso di pazienti minorenni, la partecipazione, l'informazione e la responsabilizzazione della famiglia al piano di trattamento e il coinvolgimento attivo delle persone che hanno relazioni significative con il paziente stesso.

Ogni struttura deve mantenere un registro con la presenza giornaliera degli ospiti e la documentazione clinica e sociale di ciascun ospite, tutelata ai sensi della normativa vigente.

La struttura svolge attività di documentazione e comunicazione con gli Uffici regionali competenti.

1.3a. DAY HOSPITAL (DH) PER I DISTURBI ALIMENTARI

Finalità e Destinatari

Il Day Hospital (DH) è una struttura semiresidenziale di tipo ospedaliero a complessità medico-specialistica a permanenza diurna, per più ore, in genere con accesso h6 o h12. È funzionalmente collegata alle strutture mediche dell'ospedale e ai servizi territoriali nella quale vengono articolati programmi terapeutici e riabilitativi a breve e medio termine. Nel caso di minori è una valida alternativa al trattamento residenziale o al ricovero ospedaliero.

Come tutte le strutture che si occupano dei DA, è un elemento funzionale che fa parte di una rete che deve operare in stretta integrazione con le strutture di degenza del sistema ospedaliero e con le strutture distrettuali territoriali, sia nella fase sub-acuta per i pazienti provenienti dai reparti per acuti, sia per pazienti provenienti dal territorio.

Deve essere garantita la possibilità di studiare ai giovani ricoverati favorendo il reintegro dei pazienti nel tradizionale contesto scolastico, dopo la dimissione.

Il ricovero ospedaliero in acuzie è necessario, di norma, nei casi in cui vi siano condizioni cliniche che per la gravità del quadro rappresentato possono compromettere la sopravvivenza del paziente.

Anche in questo caso deve venir garantito un intervento integrato sia dal punto di vista psicologico che da quello internistico-nutrizionale.

Svolge le seguenti funzioni:

- intervento nelle situazioni sub-acute emergenti
- effettuare percorsi diagnostici multidisciplinari
- avviare un trattamento specifico in casi di media/elevata gravità, che consenta di prevenire il ricovero h24
- abbreviare la degenza e favorire la tempestività della dimissione da ricovero ospedaliero o residenziale
- trattamento precoce
- effettuare la nutrizione artificiale
- avvio o recupero del progetto terapeutico inserito nel PTI

1.3a.1. Requisiti Strutturali

Prevede la presenza di locali idonei per i trattamenti, che possono andare da quelli farmacologici infusivi a quelli psicoterapeutici di gruppo e individuali. La sua configurazione ha come riferimento i requisiti del Day Hospital Psichiatrico (punto 4.4.3 allegato C del DCA U0008/2011).

La tipologia del DH deve essere adattata ed integrata in rapporto alle specifiche funzioni ed alle caratteristiche operative e strutturali di cui al D.P.R. 7 aprile 1994, con locali e spazi in relazione alla popolazione servita.

1.3a.2. Requisiti Organizzativi

Apertura non inferiore a 36 ore settimanali, che possono essere divise in 5 o 6 giorni. Il DH è situato in Aziende Ospedaliere o presidi ospedalieri, garantisce l'esecuzione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative specifiche, ed il personale necessario.

Collegamento funzionale con una struttura di ricovero e con altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al D.P.R. 7 aprile 1994 e per la tutela della salute mentale in età evolutiva, e con la rete dei servizi/strutture che si occupano di DA.

Considerando che il DH è in collegamento funzionale con i posti letto dedicati per i DA e che pertanto condividono il personale, la dotazione minima di personale (con specifica competenza nell'area dei DA) per un DH fino a 6 posti letto è:

- 1 Psichiatra con formazione psicoterapeutica (o Neuropsichiatra infantile nel caso di strutture per minori)
- 1 Psicologo (con formazione psicoterapeutica e competenza per l'età evolutiva nel caso di strutture per minori)
- 2 Infermieri

È richiesta anche la presenza di un Medico dietologo o nutrizionista clinico (o pediatra nel caso di minori) per almeno 2 giorni a settimana.

Le dotazioni strutturali e di personale del DH possono essere ampliate in relazione a programmi e funzioni specifiche assunti dal DH in relazione a specifici bisogni della popolazione del bacino di utenza, come ad esempio la presenza di un Dietista.

Il Day Hospital svolge attività di documentazione e comunicazione con gli Uffici regionali competenti.

1.2b. POSTI LETTO DEDICATI PER I DA (RIABILITAZIONE SUBINTENSIVA NUTRIZIONALE “RESCUE”)

Finalità e Destinatari

Nell'ambito delle strutture eroganti prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per acuzie, i posti letto dedicati per i DA (riabilitazione sub intensiva nutrizionale "rescue") sono dedicati alla gestione clinico-assistenziale del paziente con malnutrizione per difetto e/ o alterazioni metaboliche derivate da DA di particolare gravità e che ne mettono direttamente in pericolo la vita. Il ricovero ospedaliero in acuzie è necessario, ed assume funzioni di "salva-vita", nei casi in cui vi siano condizioni cliniche che per la gravità del quadro rappresentato possono compromettere la sopravvivenza del paziente. Durante il ricovero deve essere garantito un intervento integrato sia dal punto di vista psichiatrico che da quello internisticonutrizionale.

I posti letto hanno un bacino di utenza regionale.

1.2b.1 Requisiti Strutturali

Nei posti letto dedicati per i DA (riabilitazione subintensiva nutrizionale "rescue") vengono seguiti pazienti che richiedono trattamento intensivo mirato, in quanto affetti da gravi e potenzialmente fatali alterazioni organiche tali da comportare pericolo di vita o insorgenza di complicanze maggiori; possono essere collocati organizzativamente e funzionalmente nell'ambito di una terapia intensiva o subintensiva o in una medicina d'urgenza. I posti letto hanno un bacino di utenza regionale e devono essere collocati in una struttura ospedaliera con DEA di 2° livello (pediatrico nel caso di minori).

La configurazione ambientale deve essere preferibilmente a degenza comune (2 letti) con servizi igienici in ciascuna stanza e porta non chiudibile a chiave. Dispone della seguente dotazione di ambienti:

- area di degenza con letti attrezzati e configurata in modo tale da operare agevolmente intorno al letto, permettere l'accesso della barella e la movimentazione delle apparecchiature
- spazio controllo dei pazienti, attrezzato con consolle monitor, esterno all'area strettamente di degenza ma ad essa direttamente connesso
- locale lavoro–medicheria infermieri
- locale riservato a colloquio psicologo/psichiatra
- locale dedicato al pasto assistito
- area colloquio e spazio attesa familiari

Si tratta di un'area di degenza a ciclo continuativo che prevede la presenza di locali e servizi per le diverse forme di trattamento più locali specifici per colloqui/visite/psicoterapie e incontri con familiari/esterni così come normati nel DCA n. U0008/2011 (punti 1.2.1 e 1.2.2).

I seguenti spazi possono essere in comune con il reparto di appartenenza in caso di contiguità:

- deposito materiale sporco, dotato di vuotatoio
- servizi igienici e spogliatoio per il personale
- stanza per medico di guardia
- deposito attrezzature
- deposito materiale pulito
- locale coordinatore infermieristico
- locale medici
- locale cucinetta

Requisiti per specifici ambienti

- zoccolo lavabile di altezza pari a 2 metri
- pavimenti lavabili e disinfettabili
- colore chiaro con indici di riflessione dell'80-90% per il soffitto, 50% per le pareti, 15-30% per i pavimenti
- vetri antisfondamento, specchi infrangibili

Requisiti Tecnologici

Dispone dei seguenti impianti:

- impianto di condizionamento ambientale che assicuri:

- temperatura interna invernale ed estiva 20-24 °C
- umidità relativa estiva e invernale 40-60%
- ricambio aria (aria esterna senza ricircolo) 6 vol/h
- impianto di gas medicali
- impianto di chiamata con segnalazione acustica luminosa
- impianto elettrico caratterizzato da:
 - continuità con alimentazione di sicurezza
 - alimentazione di emergenza
 - impianto rilevazione incendi

Devono essere garantite, inoltre, le condizioni previste dalla normativa vigente relativamente a impianti e tecnologie e in merito alla sicurezza di pazienti e operatori.

Dotazione strumentale

- trave testaleto sorgente luminosa, 2 prese per ossigeno, vuoto, aria compressa; 6 o più prese di corrente 220 V; 1 presa interbloccata per apparecchi RX portatili; prese di terra equipotenziali
- letti elettrici per terapia intensive con funzione di emergenza CPR con sistema di articolazione e materassi antidecubito
- 1 monitor multiparametrico a posto letto per il controllo della F.C.-P.A.-E.C.G.-Saturimetria: con analizzatore tratto ST-T ed aritmie, con allarmi e memoria di 24 ore
- 1 misuratore di pressione arteriosa non invasiva a posto letto, con allarmi e bracciali di diversa misura
- 1 aspiratore a posto letto
- 1 elettrocardiografo a tre-sei canali
- 1 pompa di infusione per un totale di 2 vie a posto letto
- 1 pompa per erogazione nutrizione enterale a posto letto
- 1 respiratore a pressione positiva intermittente
- 1 carrello di emergenza dotato di: defibrillatore, pace maker esterno, materiale per assistenza respiratoria
- presidi per la prevenzione delle piaghe da decubito
- 1 sollevapazienti
- 1 barella attrezzata con monitoraggio ed O₂ per trasporto pazienti
- 2 bilance pesapersone
- 1 bioimpedenziometro
- 1 apparecchio per emogasanalisi (attrezzatura non necessaria nel caso di disponibilità immediata del laboratorio centrale)
- 1 diafanoscopio
- 1 frigorifero per farmaci con allarme temperatura
- 1 carrello per terapia

Requisiti Strutturali e Tecnologici dell'Area di Sorveglianza, Centrale di Controllo

Si tratta di un'area logisticamente distinta all'interno dell'area dei Posti letto dedicati, sita in prossimità delle degenze, che deve permettere il controllo visivo diretto dei pazienti e dei relativi monitoraggi. In quest'area deve essere prevista l'installazione di ripetitori dei segnali monitorati con relativi allarmi, terminali di reti informatiche, monitor di eventuali TV a circuito chiuso, telefoni, citofoni, interfoni, ecc. Deve essere parzialmente isolata dall'ambiente circostante da una vetrata in grado di attutire la trasmissione dei suoni e garantire la riservatezza dei colloqui tra sanitari. È raccomandabile l'installazione di un sistema TV a circuito chiuso ad amplificazione di luce con monitor di controllo nella centrale di sorveglianza.

1.2b.2 Requisiti Organizzativi

Dato che dal punto di vista metodologico, l'attività della riabilitazione sub intensiva nutrizionale "rescue" si caratterizza per il coordinamento tra le diverse professionalità afferenti, al fine di assicurare la necessaria interdisciplinarietà operativa, i posti letto sono funzionalmente integrati e

collegati con la Medicina d'Urgenza e con la Rianimazione, con cui condividono il personale. Il personale che vi opera è costituito da:

- Medici in servizio attivo che costituiscono il team fisso, assicurano la presenza continua nell'area e rispondono, dal punto di vista funzionale e gerarchico, al direttore delle UOC di P.S. -Medicina d'urgenza o dalla UO Rianimazione
- Medici "dedicati": trattasi di medici appartenenti ad altre Unità Operative, chiamati a garantire gli interventi specialistici connessi alle esigenze e che per tali attività, rispondono funzionalmente al responsabile della propria unità operativa
- Medici che operano in regime di consulenza: appartenenti ad Unità Operative diverse da quelle afferenti al Pronto Soccorso, dal direttore delle quali dipendono funzionalmente e gerarchicamente. Detti medici consulenti sono tenuti al rispetto del regolamento funzionale del DEA e delle procedure condivise

Considerando che i posti letto sono in collegamento funzionale con la Medicina d'Urgenza e con la Rianimazione e che pertanto ne condividono il personale, la dotazione minima di medici in servizio per 2 posti letto dedicati è:

- 1 Anestesista-Rianimatore o un internista specialista in medicina d'urgenza con esperienza di almeno 5 anni nel trattamento di pazienti acuti critici
- 1 Medico Dietologo o Nutrizionista Clinico o in assenza un Medico Internista o Endocrinologo o Pediatra (nel caso di minori) con comprovata esperienza in nutrizione enterale e parenterale e trattamento delle comorbilità organiche dei DA

Inoltre:

- 1 Infermiere, esperto in B.L.S. (Basic Life Support), ogni 2 pazienti. Il team infermieristico deve essere specificamente formato nel trattamento dei pazienti affetti da DA in fase di scompenso
- 1 Ausiliario o personale equivalente di pulizia

Deve essere garantita l'assistenza specialistica h24.

L'unità si avvale anche della consulenza sistematica di 1 Psichiatra (o Neuropsichiatra infantile nel caso di posti letto per minori) con almeno 5 anni di comprovata esperienza del trattamento dei pazienti affetti da DA.

Sono inoltre definiti e formalizzati rapporti di collaborazione e di immediata consulenza con: Psicologi specialisti in psicoterapia, cardiologi, ginecologi, endocrinologi gastroenterologi, internisti, pediatri, dietisti, ecc.

Svolge attività di documentazione e comunicazione con gli Uffici regionali competenti.

1.2c POSTI LETTO DEDICATI AI DA IN PSICHIATRIA

Finalità e Destinatari

I Posti letto dedicati ai DA in Psichiatria sono destinati al trattamento di fasi acute del disturbo o nella riacutizzazione di condizioni croniche, laddove le manifestazioni di natura psichiatrica rappresentino l'aspetto clinico più rilevante e determinante il maggior impegno assistenziale. Sono ubicati in un presidio ospedaliero per la degenza a ciclo continuativo in regime di volontarietà e forniscono cure per pazienti provenienti sia da strutture a minore intensità assistenziale, sia da reparti di medicina che trattano problematiche di tipo internistico correlate ai DA, sia per pazienti con DA provenienti dal territorio.

I posti letto hanno un bacino di utenza regionale e, stante le caratteristiche di massima integrazione con i servizi specialistici presenti nell'ospedale, devono essere funzionalmente collegati ed operare in stretta integrazione con la rete dei servizi ambulatoriali e Day Hospital dedicati al trattamento dei DA nella Regione Lazio. In particolare, devono essere stipulati protocolli di collaborazione con le strutture di interesse operanti nello stesso presidio (quali quelle di Pronto Soccorso, Medicina Interna, Neurologia, Scienze della Nutrizione, Endocrinologia e altri) e con i DSM e i Servizi territoriali della regione dai quali riceve invii o avvia programmi terapeutici e riabilitativi articolati da realizzarsi a breve e medio termine.

Deve essere garantita la possibilità di offrire programmi di studio ai giovani ricoverati favorendo il reintegro dei pazienti nel tradizionale contesto scolastico, dopo la dimissione.

Vengono svolte le seguenti funzioni:

- attivazione di percorsi diagnostici multidisciplinari e trattamento delle situazioni acute di emergenza psichica non gestibili in ambito extraospedaliero
- interventi volti alla risoluzione o riduzione delle comorbidità che accompagnano i DA e dei loro effetti collaterali, al recupero della capacità di controllo in forme con grave discontrollo degli impulsi, strategie di superamento della resistenza all'alimentazione e al trattamento ove presenti
- integrazione e collegamento con le strutture e i servizi territoriali competenti al fine di garantire la continuità terapeutica
- interventi volti a consentire appena possibile, nei casi a più elevata gravità, il trasferimento del paziente in strutture a minore intensità assistenziale
- assicurare contatto, assistenza e informazioni alle famiglie dei pazienti ricoverati con particolare attenzione alle condizioni di più elevata criticità sul piano relazionale e dell'accudimento
- attività di documentazione e comunicazione con gli Uffici regionali competenti.

1.2c.1 Requisiti Strutturali

Si tratta di un'area di degenza a ciclo continuativo per capacità ricettiva minima di 5 posti letto che prevede la presenza di locali e servizi per le diverse forme di trattamento più locali specifici per colloqui/visite/psicoterapie e incontri con familiari/esterni così come normati nel DCA U0008/2011 (punti 1.2.1 e 1.2.2).

L'area di degenza deve essere strutturata in modo da garantire il rispetto della privacy dell'utente ed un adeguato comfort di tipo alberghiero, in un ambiente quanto più possibile simile a quello della vita quotidiana e di un contesto familiare. La configurazione ambientale deve essere preferibilmente a degenza comune (2 letti) con servizi igienici in ciascuna stanza.

Gli ambienti devono essere dotati di vetri antisfondamento, specchi infrangibili ed eventuali altri requisiti strutturali coerenti alla sicurezza dei pazienti ospitati.

La dotazione di ambienti deve essere la seguente:

- 1 sala da pranzo allestita anche per i "pasti assistiti"
- 1 ufficio di direzione con segreteria (funzioni archivio e *front office*) con idonee attrezzature informatiche
- 1 sala d'attesa, utilizzabile anche per incontri/riunioni con familiari ed esterni
- 1 spazio cucina (solo per colazione e merende)
- studi medici
- 1 locale per psicoterapie, anche familiari e/o di gruppo
- 1 sala comune per le attività occupazionali e alternative (laboratori, ecc.)
- 1 sala con divisori per le lezioni scolastiche personalizzate delle degenti
- 1 sala attività motorie
- locale di servizio per gli operatori
- servizi igienici e spogliatoi per operatori
- servizi igienici per i visitatori e/o pazienti esterni.

1.2c.2 Requisiti Organizzativi

Considerando che i posti letto sono in collegamento funzionale con il DH per i DA e che pertanto ne condividono il personale, la dotazione minima di 5 posti letto dedicati si avvale di personale con specifica competenza nell'area dei DA ed è la seguente:

- 2 Medici Psichiatri con adeguata formazione psicoterapeutica
- 1 Psicologo con adeguata formazione psicoterapeutica
- 1 Infermiere Coordinatore
- 6 Infermieri
- 1 OSS

Deve essere garantita la guardia psichiatrica notturna. Inoltre l'assistenza infermieristica notturna può essere garantita anche in condivisione con reparti limitrofi, se presenti.

L'unità si avvale anche della consulenza sistematica di un Medico dietologo o Nutrizionista clinico per almeno 3 giorni alla settimana.

**REQUISITI ULTERIORI PER L'ACCREDITAMENTO
ATTIVITÀ IN REGIME RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE
ASSISTENZA AI PAZIENTI CON DISTURBI ALIMENTARI**

RSDA2 1 Presa in carico

RSDA 1.1 Progetto riabilitativo

RSDA 1.1.1 Sono definite, disponibili e applicate procedure che definiscono la modalità di accoglienza dell'utente e la sua permanenza nella struttura

RSDA 1.1.2 Sono definite, disponibili e applicate procedure relative ai trattamenti da svolgersi nella struttura (programmi terapeutici, programmi riabilitativi)

RSDA1.1. 3 E' predisposto per ciascun utente un progetto terapeutico riabilitativo individualizzato

RSDA 1.1.4 Sono definite, disponibili e applicate procedure relative all'inserimento che prevedano il confronto tra gli operatori dell'ambulatorio dedicato ai DA inviante e gli operatori della struttura

RSDA 1.1.5 Le schede di accettazione, sottoscritte dagli ospiti, esplicitano gli obiettivi del trattamento, i tempi, il regolamento interno della struttura

RSDA 1.1.6 Sono definite, disponibili e applicate le procedure per una valutazione delle abilità e disabilità specifiche e del livello di relazione interpersonale, al fine di formulare il progetto riabilitativo individualizzato

RSDA 1.1.7 Nella cartella clinica sono monitorate periodicamente le diverse aree dell'intervento riabilitativo attraverso strumenti standardizzati, che registrano le modifiche nelle condizioni cliniche e nei livelli di funzionamento dei singoli pazienti.

RSDA 1.1.8 Sono definite, disponibili e applicate procedure per l'integrazione progettuale con i servizi territoriali dedicati ai DA di riferimento

RSDA1.1.9 Sono attivati protocolli che assicurino un collegamento con i medici di medicina generale/pediatri di libera scelta ed i servizi distrettuali, sulla base delle necessità degli utenti

RSDA1.1.10 Sono attivati protocolli che regolino i rapporti con gli altri servizi (servizi sociali, servizi di accompagnamento al percorso scolastico, di inserimento lavorativo) le cui attività sono utili alla realizzazione del programma riabilitativo

RSDA 1.1.11 Vi è evidenza che la struttura organizza attività ricreative, di socializzazione per gli ospiti

RSDA 1.1.12 Sono definite, disponibili e applicate procedure per il coinvolgimento degli utenti nell'organizzazione della vita quotidiana

RSDA 1.1.13 Esiste evidenza del coinvolgimento dei familiari nei processi di socializzazione degli utenti

RSDA 2. Gestione del rischio

RSDA 2.1 Procedure

RSDA 2.1.1 Sono definite, disponibili e applicate procedure specifiche per la gestione del rischio autolesivo e suicidario, delle condotte aggressive e della somministrazione dei farmaci

RSDA 2.2 Rischio professionale

RSDA 2.2.1 Esiste evidenza di un sistema di supervisione del team assistenziale

RSDA 3. Dimissione

RSDA 3.1 Continuità assistenziale

2 RSDA : Residenziale Semiresidenziale Disturbi Alimentari

RSDA 3.1.1 Sono attivati protocolli che regolino i contatti con le istituzioni scolastiche e con le agenzie formative per sostenere i progetti terapeutico riabilitativi individuali, in integrazione con le azioni dell'ambulatorio di riferimento del paziente

RSDA 3.1.2 Sono attivi protocolli che regolino i contatti con i datori di lavoro dei pazienti al fine del mantenimento del posto di lavoro o della realizzazione dei programmi di inserimento lavorativo in integrazione con le azioni dell'ambulatorio di riferimento del paziente

RSDA 3.1.3 Sono definiti e messi in atto protocolli per la comunicazione e la relazione con il medico di medicina generale/pediatra di libera scelta e con l'ambulatorio territoriale di riferimento durante il percorso di cura e al termine dell'intervento riabilitativo

Determinazione 17 marzo 2016, n. G02533 . Determinazione dirigenziale n. G01918 del 4 marzo 2016: "Offerta di servizi nefro - dialitici nella città di Roma per il Giubileo della Misericordia 2015/2016. Adozione del documento tecnico." Modificazione ed integrazione dell'elenco delle strutture sanitarie di riferimento. (BUR n. 24 del 24.3.16)

Note

Viene modificato ed integrato l'elenco delle strutture sanitarie di riferimento per l'assistenza nefro – dialitica nel Giubileo straordinario della Misericordia 2015/2016 di cui alla determinazione dirigenziale n. G01918 del 4 marzo 2016, che risulta come di seguito evidenziato:

- Presidio Ospedaliero S. Eugenio - UO di Nefrologia e Dialisi, quale Centro di coordinamento
- Roma SUD – Ospedale Sant'Eugenio, UDD Via Noventa
- Roma NORD – Policlinico Universitario Agostino Gemelli
- Roma OVEST – Azienda Ospedaliera San Camillo - Forlanini
- Roma EST – Ospedale Sandro Pertini
- Roma Centro – Presidio Ospedaliero Santo Spirito in Sassia

LIGURIA

DGR 26.2.16, n. 161 . Indirizzi operativi per le attività sanitarie e socio-sanitarie per l'anno 2016.

Note

- Di approvare gli indirizzi operativi per le attività sanitarie e socio-sanitarie per l'anno 2016 di cui all'allegato A al presente provvedimento che ne costituisce parte integrante e sostanziale;
- Di riservarsi l'adozione, con successivi provvedimenti, di ulteriori direttive e indirizzi per le Aziende, Enti ed Istituti Sanitari, anche in relazione al processo di ridefinizione del sistema sanitario e socio-sanitario della Liguria recentemente avviato.

LOMBARDIA

DD 15.3.16 - n. 1865 - Approvazione del documento «Percorso diagnostico terapeutico per la valutazione dei pazienti, in età pediatrica e adulti, affetti da epilessie focali farmacoresistenti da eleggere a terapia chirurgica» (BUR n. 12 del 21.3.16)

Note

Viene approvato il documento «*Percorso diagnostico terapeutico per la valutazione dei pazienti, in età pediatrica e adulti, affetti da epilessie focali farmacoresistenti da eleggere a terapia chirurgica*», Allegato 1, parte integrante del presente atto, predisposto dai componenti del gruppo di lavoro istituito con d.d.g. salute n. 5268 del 24 giugno 2015.

MARCHE

Mozione n. 99 dell'8.3.16 “L.R. n. 1/2013 - Indirizzi procedurali ed organizzativi per l'uso terapeutico dei prodotti/derivati della cannabis”. (BUR n. 36 del 24.3.16)

“L'ASSEMBLEA LEGISLATIVA DELLE MARCHE

PREMESSO che

- la legge regionale 22 gennaio 2013 n. 1 ad oggetto “Disposizioni organizzative relative all'utilizzo di talune tipologie di farmaci nell'ambito del Servizio sanitario regionale” all'articolo 5, comma 1, dispone che la Giunta regionale, previo parere della Commissione assembleare competente in materia di sanità e sociale, emani gli indirizzi per l'attuazione della presente legge;
- la determina AIFA n. 387 del 9 aprile 2013, pubblicata sul supplemento ordinario della Gazzetta Ufficiale n. 100 del 30 aprile 2013, ha autorizzato l'immissione in commercio della specialità medicinale “Sativex”;
- Il Ministero della Salute sul sito istituzionale, in data 5 dicembre 2013, ha pubblicato la comunicazione avente ad oggetto “Prescrizioni di preparazioni magistrali contenenti Cannabis o

delta 9 - THC” relativi alle preparazioni magistrali contenenti sostanze vegetali a base di cannabis diverse da quelle presenti in medicinali di origine industriale:

CONSIDERATO che

- alcune Regioni italiane hanno già provveduto ad adottare l’atto di indirizzo procedurale ed organizzativo per l’uso terapeutico dei prodotti/derivati della cannabis;
- la legge regionale n. 1/2013 indica, oltre al Sativex, anche altri medicinali a base di cannabinoidi disponibili all’estero (Bedrocan, Bedica, Bedrobinol e Bediol), nonché preparati galenici magistrali ed estratti e prevede che gli stessi possano essere prescritti con oneri a carico del Servizio sanitario regionale dal medico specialista e dal medico di medicina generale (MMG), sulla base di un piano terapeutico redatto dallo specialista, e che, laddove il trattamento con tali medicinali sia iniziato in ambito ospedaliero, possa proseguire con oneri a carico del Servizio sanitario regionale anche al domicilio, sulla base della prescrizione del medico ospedaliero che ha in cura il paziente e la valutazione positiva circa l’efficacia e la sicurezza del trattamento;
- le modalità di importazione e acquisto per finalità terapeutiche di medicinali cannabinoidi registrati all’estero sono disciplinate secondo quanto previsto dalla normativa statale. In tal caso le aziende e gli enti del Servizio sanitario regionale coadiuvano gli assistiti nell’osservanza delle procedure previste dalle disposizioni statali. Quando la terapia a base di medicinali cannabinoidi, preparazioni galeniche magistrali o estratti viene riconosciuta, la spesa per tale terapia è a carico del Servizio sanitario regionale;

CONSIDERATO inoltre che ai fini dell’attuazione della legge regionale 1/2013 la Giunta regionale, acquisito il parere della Commissione consiliare competente, deve entro 60 giorni dall’entrata in vigore della presente, adottare dei provvedimenti finalizzati a:

- organizzare dei corsi di formazione e di aggiornamento periodici per gli operatori sanitari, finalizzati alla conoscenza degli sviluppi sperimentali e scientifici per l’impiego terapeutico della canapa e dei principi attivi cannabinoidi in tutto il territorio regionale;
- incentivare la ricerca scientifica finalizzata alla sperimentazione clinica dell’efficacia della canapa nelle patologie neurologiche, infiammatorie croniche, degenerative, autoimmunitarie e psichiatriche e al miglioramento della terapia del dolore e delle cure terminali;
- assicurare l’applicazione omogenea sul territorio regionale delle disposizioni contenute nella presente legge;

monitorare periodicamente il consumo dei medicinali cannabinoidi, distinti in medicinali importati, preparati galenici magistrali ed estratti;

IMPEGNA IL PRESIDENTE E LA GIUNTA REGIONALE DELLE MARCHE

- 1) ad adottare, entro tre mesi dall’approvazione del presente atto, la deliberazione di Giunta regionale avente ad oggetto gli indirizzi procedurali ed organizzativi per l’attuazione della legge regionale n. 1/2013;
- 2) a trasmettere entro dicembre 2016 all’Assemblea legislativa regionale la relazione sull’attuazione della suddetta legge, come disciplinato dall’articolo 6 della legge regionale 1/2013”.

DGR n. 159 del 29/02/2016 - Provvedimenti di attuazione del DM n. 70/2015 concernente la riduzione dei posti letto ospedalieri, ai sensi dell’art. 1, comma 541 della legge n. 208/2015. (BUR n. 36 del 24.3.16)

Note

Viene approvato, ai sensi dall’art. 1, comma 541, lettera a), della legge n. 208/2015, il provvedimento di attuazione del DM n. 70/2015 concernente l’adeguamento agli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera, come indicato nell’allegato A, che costituisce parte integrante alla presente deliberazione.

La presente deliberazione viene inviata al Tavolo di verifica degli adempimenti e al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA, di cui all'Intesa sancita il 23 marzo 2005 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano e al Tavolo per il monitoraggio dell'attuazione del DM n. 70/2015, di cui all'intesa sancita il 2 luglio 2015 dalla stessa Conferenza,

Viene altresì inviata, attraverso il sistema documentale Siveas, la relazione riguardante i provvedimenti di attuazione del DM n. 70/2015 al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA.

NB

La presente deliberazione costituisce direttiva vincolante per i direttori degli Enti del SSR, ai sensi dell'art. 3, comma 2, della legge regionale n. 13/2013.

PIEMONTE

DD 26.11.15, n. 900 - Rettifica determinazione dirigenziale n. 783/A1508A del 6.10.2015 "Assegnazione agli Enti gestori delle funzioni socio assistenziali delle somme per la copertura delle rette socio assistenziali delle tariffe di ricovero dei pazienti di provenienza psichiatrica per l'anno 2014". BUR n. 12 del 24.3.16)

Note

Viene rettificato l'Allegato 1 alla determinazione dirigenziale n. 783/A1508A del 6.10.2015 stabilendo che la somma di Euro 26.162,78, quale copertura delle spese effettivamente sostenute nell'anno 2014 per le rette socio-assistenziali delle tariffe di ricovero dei pazienti di provenienza psichiatrica, sia attribuita all'Unione Montana delle Valli Mongia e Cevetta Langa Cebana – Alta Valle Bormida di Ceva anziché alla Comunità Montana Alto Tanaro Cebano Monregalese di Ceva.

PUGLIA

DGR 8.3.16, n.265 - Deliberazione di Giunta regionale n.161/2016 "Regolamento Regionale:"Riordino Ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n.70/2015 e della Legge di Stabilità 28 dicembre 2015,n. 208. Modifica e integrazione del R.R. n.14/2015". Rettifica. - n. 31 del 21-3-2016 (BUR n. 32 del 22.3.16)

Note

Viene rettificato l'Allegato di cui alla citata deliberazione di Giunta regionale n. 161 del 29/02/2016, sostituendolo con l'Allegato A (a cui si rinvia), comprensivo anche dei Servizi previsti dal D.M. n. 70/2015, che, composto da n. 19 (diciannove) fogli, diventa parte integrante e sostanziale del presente schema di provvedimento;

SICILIA

CIRCOLARE 14 marzo 2016, n. 4 - Centri di dialisi privati - Modifica della circolare 23 settembre 2003, n. 1119 - Adempimenti. (GURS n. 13 del 25.3.16)

AI DIRETTORI GENERALI DELLE AZIENDE SANITARIE PROVINCIALI DELLA SICILIA

AI DIRETTORI DEL DIPARTIMENTO PREVENZIONE SALUTE DELLE AZIENDE SANITARIE PROVINCIALI DELLA SICILIA

La circolare 23 settembre 2003, n. 1119 emanata dal Dipartimento regionale IRS oggi D.A.S.O.E., pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana 17 ottobre 2003, n. 45, ha disposto per il rilascio delle autorizzazioni dei centri di dialisi privati taluni adempimenti da porre in essere in capo al servizio di Igiene degli ambienti di vita e altri al servizio di medicina di base dell'Azienda sanitaria territorialmente competente.

Orbene, si ritiene opportuno, in un'ottica di economicità ed efficienza dell'azione amministrativa, che tutti gli adempimenti connessi al rilascio delle autorizzazioni per l'apertura ed esercizio e/o ampliamento, trasferimento etc. così come le variazioni dotazione organica, trasformazione ragione sociale etc. siano intestate a un unico soggetto.

Per quanto sopra detto e tenuto conto che le suddette autorizzazioni sono gravate dal pagamento della tassa di concessione governativa regionale, si reputa più funzionale che gli adempimenti citati nella circolare n. 1119/2003 siano attribuiti al servizio Igiene degli ambienti di vita.

In ultimo, si invitano i direttori generali a dare disposizioni al servizio di medicina di base affinché inoltri al S.I.A.V. le richieste non ancora espletate nonché informare i rappresentanti legali dei centri di dialisi privati delle modifiche adottate dalla presente circolare.

Il dirigente generale del Dipartimento regionale per le attività sanitarie e osservatorio epidemiologico: TOZZO

DASS 2.3.16 - Adeguamento della Regione siciliana a quanto previsto dall'Intesa Stato-Regioni n. 259/CSR del 20 dicembre 2012 e dall'Intesa Stato Regioni del 19 febbraio 2015 rep. n. 32/CSR: elenchi dei requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'esercizio delle attività sanitarie e per l'accreditamento. Definizione dei tempi per l'adeguamento. Percorso per l'istituzione dell'organismo tecnico accreditante. (GURS n. 13 del 25.3.16)

DASS 8.3.16 - Piano regionale della prevenzione 2014-2018 e indirizzi operativi. (GURS n. 13 del 25.3.16)

Art. 1

È approvata la rimodulazione del Piano regionale approvata la rimodulazione del Piano regionale della prevenzione 2014/2018 di cui all'allegato 1 che costituisce parte integrante del presente decreto. È contestualmente revocato il D.A n. 947/2015 (a cui si rinvia).

Art. 2

È fatto obbligo ai direttori generali delle Aziende sanitarie provinciali di porre in essere tutte le attività necessarie alla puntuale e completa realizzazione dei programmi regionali che costituiscono il Piano regionale della prevenzione.

Art. 3

Sono assegnati alle distinte strutture del Dipartimento ASOE i compiti di vigilanza e controllo sulle singole linee operative ricadenti nell'ambito dei macro obiettivi di piano secondo il seguente schema: di cui al superiore articolo dovranno essere recepiti, adottati e condotti dalle Aziende sanitarie provinciali della Regione e inseriti con specifica di linee operative e responsabilità di gestione nel Piano aziendale della prevenzione di ogni singola ASP secondo lo schema proposto e in armonia con il quadro logico regionale. Il Piano aziendale della prevenzione per l'anno in corso dovrà essere adottato entro e non oltre il 30 aprile 2016 con atto deliberativo proposto dal direttore del Dipartimento di prevenzione che curerà ogni collegamento organizzativo tra i servizi sanitari interessati riferendosi anche al modello disposto dal decreto assessoriale salute n. 300 del 2012. I piani aziendali della prevenzione adottati dalle ASP riferibili alle aree metropolitane di Palermo, Catania e Messina dovranno accogliere, integrare e armonizzare anche le specifiche programmazioni deliberate per tempo dalle aziende ospedaliere e ospedaliere universitarie insistenti sul territorio di riferimento e coordinate dai responsabili delle singole UOEPSA ospedaliere e ospedaliere universitarie. Il Piano aziendale della prevenzione (P.A.P.) dovrà essere adeguatamente inserito all'interno del piano attuativo aziendale. Laddove per specifiche variabili organizzative contemplate dai singoli atti aziendali delle ASP si verificassero delle sovrapposizioni di competenze e responsabilità intestate ai diversi Dipartimenti interessati alla gestione del Piano aziendale della prevenzione sarà cura delle Direzione sanitaria aziendale armonizzare con precisione di indirizzo i vari percorsi operativi delle azioni previste dai programmi regionali della prevenzione attraverso un apposito e preliminare provvedimento, sentito ove costituito il collegio di direzione, che costituirà parte integrante dell'atto di adozione del P.A.P.

Art. 6

È fatto obbligo ai direttori generali delle ASP di rispettare tassativamente il termine di inoltro dei report relativi a tutte le azioni dei programmi regionali in ossequio agli indicatori trasmessi e a quant'altro previsto dall'allegato tecnico al presente decreto aderendo al modello proposto (allegato 2) sia in sede di programmazione e monitoraggio che di report di attività. Il direttore generale di ogni ASP, di ogni azienda ospedaliera e ospedaliera universitaria provvederà alla nomina di almeno un referente aziendale per il Piano regionale della prevenzione che opererà in collegamento sia con il Dipartimento di prevenzione che con l'UOEPSA laddove incardinato in servizi diversi.

Art. 7

È istituito il tavolo tecnico di coordinamento regionale per l'applicazione e il monitoraggio del PRP composto dai responsabili dei servizi dipartimentali competenti per lo sviluppo dei programmi di prevenzione di cui al D.A. n.2198/2014 e presieduto dal dirigente generale del DASOE. Tale tavolo tecnico verrà integrato con successivo provvedimento con l'individuazione di esperti di specifico settore in seno alle varie azioni previste dal Piano regionale della prevenzione.

Art. 8

Le risorse necessarie al raggiungimento degli obiettivi di Piano andranno a gravare sul bilancio delle singole ASP nell'ambito delle quote annualmente previste per le attività di prevenzione e sui fondi richiamati in premessa e confermati dall'art. 1, comma 4, dell'intesa sancita nella seduta del 13 novembre 2014 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, n. 156/CSR e ribaditi nell'accordo di cui alla seduta del 25 marzo 2015.

DECRETO 1 marzo 2016 - Approvazione dell'atto aziendale dell'Azienda sanitaria provinciale di Caltanissetta (GURS n. 13 del 25.3.16)

DECRETO 1 marzo 2016 - Approvazione dell'atto aziendale dell'Azienda ospedaliera ospedali riuniti Villa Sofia-Cervello di Palermo. (GURS n. 13 del 25.3.16)

DECRETO 1 marzo 2016 - Approvazione dell'atto aziendale dell'Azienda sanitaria provinciale di Trapani. (GURS n. 13 del 25.3.16)

TOSCANA

DGR1.3.16, n. 143 - Direttori amministrativi, sanitari e dei servizi sociali delle aziende e degli enti del SSR: approvazione schema-tipo dei contratti e determinazioni in materia di trattamento economico. (BUR n. 11 del 16.3.16)

Note

Per quanto riguarda i direttori amministrativi e sanitari delle aziende sanitarie, è attualmente vigente lo schema-tipo di contratto approvato dalla Giunta regionale con propria deliberazione n. 450 del 16.01.1995 (così come modificato ed integrato a seguito dell'adozione della successive deliberazione n. 1241 del 26.10.1998).

Gli schemi di contratto sopra richiamati risultano ormai obsoleti in quanto non più coerenti con l'evoluzione giuridico-normativa avvenuta dal 1998 ad oggi.

La profonda riforma che ha interessato di recente il sistema sanitario regionale a seguito dell'approvazione della legge regionale n.28, 16 marzo 2015 e della successiva legge regionale 29 dicembre 2015, n.84 che è intervenuta a modificare sostanzialmente la sopra citata legge regionale n.40/2005.

In conseguenza di tali modifiche, anche il ruolo del direttore amministrativo e del direttore sanitario risulta innovato rispetto alla situazione precedente.

Emerge quindi la necessità che gli aspetti innovativi sopra specificati vengano recepiti in un nuovo schema-tipo di contratto per il direttore amministrativo e per il direttore sanitario.

NB

Per quanto riguarda la figura del direttore dei servizi sociali lo schema-tipo non è stato ancora approvato dalla Giunta regionale.;

L' APPROVAZIONE

Vengono approvati:

- il nuovo schema-tipo di contratto del direttore amministrativo e del direttore sanitario delle aziende e degli enti del sistema sanitario regionale, allegato n. 1 e n. 2 alla presente deliberazione;
- lo schema-tipo di contratto del direttore dei servizi sociali delle aziende unità sanitarie locali, allegato n. 3 alla presente deliberazione.

Relativamente alla determinazione del trattamento economico spettante al direttore amministrativo, al direttore sanitario e al direttore dei servizi sociali, il decreto del presidente del consiglio dei ministri 19 luglio 1995, n. 502, al comma 5 dell'articolo 2, prevede che al direttore sanitario e al direttore amministrativo è attribuito un trattamento economico definito in misura non inferiore a quello previsto dalla contrattazione collettiva nazionale rispettivamente per le posizioni apicali della dirigenza medica ed amministrativa. La regione definisce il trattamento economico del direttore sanitario e del direttore amministrativo, tenendo conto sia del trattamento economico attribuito al direttore generale e sia delle posizioni in strutture organizzative complesse, in un'ottica di equilibrio aziendale. I trattamenti economici annui sono omnicomprensivi e, salvo il limite minimo di cui al primo periodo, non possono essere fissati in misura superiore all'80 per cento del trattamento base attribuito al direttore generale;

L'articolo 40, comma 6, della già richiamata legge regionale n. 40/2005 prevede che il trattamento economico del direttore dei servizi sociali è determinato con deliberazione della Giunta regionale in misura non superiore al 70 per cento del trattamento base attribuito al direttore generale;

Per quanto riguarda il direttore amministrativo e il direttore sanitario, la deliberazione della Giunta regionale n. 935 del 22 settembre 2003 prevede che:

- il trattamento economico è determinato, nella misura che sarà indicata in ogni singolo contratto in seguito alla libera contrattazione fra le controparti, nel rispetto dei criteri di cui all'articolo 2, comma 5, del decreto del presidente del consiglio dei ministri n. 502/1995 e, comunque, non potrà essere fissato in misura superiore all'80% del parametro massimo di cui al secondo periodo dell'articolo 1, comma 5, dello stesso decreto;
- l'integrazione prevista per le attività di formazione obbligatoria è stabilita nella misura di Euro 3.615,20.

Viene modificato parzialmente quanto previsto dalla sopra citata deliberazione n. 935/2003 in merito alla determinazione del trattamento economico spettante al direttore amministrativo e al direttore sanitario, prevedendo che lo stesso sia determinato, nella misura che sarà indicata in ogni singolo contratto in seguito alla libera contrattazione fra le controparti, nel rispetto dei criteri di cui all'articolo 2, comma 5, del decreto del presidente del consiglio dei ministri n. 502/1995.

Viene confermato quanto stabilito dalla stessa deliberazione n. 935/2003 in merito all'integrazione per le attività di formazione obbligatoria.

Viene previsto che, in analogia con quanto stabilito per le figure di cui al punto precedente:

- il trattamento economico spettante al direttore dei servizi sociali è determinato, nella misura che sarà indicata in ogni singolo contratto in seguito alla libera contrattazione fra le controparti, in misura non superiore al 70% del trattamento base attribuito al direttore generale, tenendo conto in particolare della complessità delle funzioni esercitate;

Per le attività di formazione obbligatoria è stabilita un'integrazione prevista nella misura di Euro 3.615,20;

SCHEMA-TIPO DI CONTRATTO DI PRESTAZIONE D'OPERA INTELLETTUALE PER LO SVOLGIMENTO DELLA FUNZIONE DI DIRETTORE AMMINISTRATIVO DI AZIENDA SANITARIA O DI ENTE DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE.

Tra _____ nato/a a _____ il _____, domiciliato/a per la carica in Firenze, il/la quale interviene e agisce in rappresentanza dell'Azienda/Ente _____

(C.F. _____) nella sua qualità di direttore generale;
 e _____, nato/a a _____ il _____, residente a _____ (C.F. _____), nominato/a direttore amministrativo dell'Azienda/Ente _____ con provvedimento del direttore generale n. ___ del _____, ai sensi di quanto disposto dall'art.3, co.1 *quinquies* del decreto legislativo 30/12/1992 n.502 e dell'art.40, co.2 della legge regionale 24 febbraio 2005, n.40:
 Si conviene e si stipula quanto segue.

Art. 1

1 – Il dott./La dott.ssa _____, a tempo pieno e con impegno esclusivo, coadiuva il direttore generale e partecipa alla direzione dell'ente svolgendo le funzioni stabilite dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, dalla legge regionale 24 febbraio 2005, n.40, dal D.P.C.M. 19 luglio 1995, n.502, dallo Statuto aziendale nonché quelle eventualmente delegategli dal direttore generale a norma dell'art. 36 della L.R. n.40/2005.

Art. 2

1 - Nel rispetto delle disposizioni e degli indirizzi prescritti dalle leggi, dal piano sanitario nazionale, dal piano sanitario e sociale integrato regionale, dalle direttive regionali e dagli atti aziendali rilevanti sotto il profilo organizzativo e gestionale, il direttore amministrativo si obbliga al raggiungimento degli obiettivi ivi indicati e di quelli determinati dal direttore generale.

3 - Il direttore amministrativo è, comunque, tenuto ad operare la corretta gestione delle risorse, nonché a garantire l'imparzialità, l'economicità, il buon andamento e la trasparenza dell'azione amministrativa.

Art.3

1 - Per lo svolgimento delle funzioni di cui al presente contratto l'ente corrisponde al direttore amministrativo un compenso annuo onnicomprensivo di Euro _____, al lordo di oneri e ritenute di legge. A tale importo, per effetto di quanto disposto dall'art.123 della legge regionale n.66/2011 e dall'art.49 della legge regionale n.77/2013, è applicata la riduzione nella misura del 10 per cento per la parte eccedente i 90.000,00 Euro annui e, pertanto, lo stesso è rideterminato in Euro _____, al lordo di oneri e ritenute di legge.

2 - Il predetto trattamento economico è comprensivo delle spese sostenute per gli spostamenti dal luogo di residenza o di dimora alla sede dell'ente ed è corrisposto in 12 (dodici) quote mensili posticipate di identico ammontare. Spetta altresì, nella misura prevista per i dirigenti apicali del servizio sanitario nazionale, il rimborso delle spese di viaggio, vitto ed alloggio sostenute dal direttore amministrativo nello svolgimento delle attività inerenti le proprie funzioni; l'ente provvede alla liquidazione delle spettanze sulla base delle spese documentate ed effettivamente sostenute. Il trattamento economico è integrato della somma di Euro 3,615,19, quale contributo per la partecipazione obbligatoria a corsi di formazione manageriale e ad iniziative di studio ed aggiornamento promosse dalla Regione.

3 - Le parti danno atto che, in ragione di quanto disposto dall'articolo 61, comma 14 del decreto legge 25 giugno 2008, n.112, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2008, n.133 e dall'articolo 6, comma 3 del decreto legge 31 maggio 2010, n.78, convertito con modificazioni dalla legge 30 luglio 2010, n.122, il trattamento economico di cui al presente articolo è suscettibile di essere ridotto nella misura determinata dagli articoli predetti, ove l'evoluzione normativa in materia renda necessario per la Regione Toscana dare applicazione a tale disposizione.

Art. 4

1 – L'incarico decorre dalla data _____ e ha durata di _____ anni salvo quanto disposto dall'art.40, comma 11 della L.R. n.40/2005.

2 – Al presente incarico si applica la disciplina del recesso prevista dall'art.2237 c.c., sia per l'azienda/ente _____, secondo il regime previsto per il "cliente", sia per il direttore amministrativo, secondo il regime previsto per il prestatore d'opera. Il direttore amministrativo, mediante la sottoscrizione del presente contratto, si obbliga ad osservare, nella ipotesi di recesso, un

termine di preavviso di almeno 60 giorni, salvo i casi di risoluzione consensuale del contratto. Il mancato rispetto del termine di preavviso comporta una penale di importo equivalente a n.2 quote mensili del trattamento economico corrisposto.

3 - Il contratto di lavoro si risolve altresì automaticamente, ai sensi dell'articolo 5, comma 9, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, in caso di collocamento a qualunque titolo in quiescenza.

Art. 5

La risoluzione del presente contratto si realizza nei casi previsti dall'art.40, comma 10 della L.R. n.40/2005.

Nessun indennizzo è dovuto al direttore amministrativo nei casi di decadenza o sospensione dall'incarico.

La stessa disposizione si applica alla cessazione dell'incarico conseguente alla sostituzione del direttore generale.

Art. 6

1 - Ove il direttore amministrativo sia sottoposto a procedimento penale per fatti che siano direttamente connessi con l'esercizio delle sue funzioni, l'ente assumerà a proprio carico, a condizione che non sussista conflitto di interessi, ogni onere di difesa fin dall'inizio del procedimento facendo assistere il direttore da un legale di sua fiducia. La relativa delibera è inviata al collegio sindacale.

2 - L'assunzione degli oneri legali da parte dell'ente è limitata ad un solo legale e comporta l'applicazione, quanto al calcolo dei compensi professionali, dei valori di cui al D.M. n.55/2014 con riferimento ai parametri medi.

3 - In caso di condanna del direttore amministrativo con sentenza passata in giudicato per fatti commessi con dolo o colpa grave, l'ente ripete tutti gli oneri sostenuti per la sua difesa in ogni grado di giudizio.

Art.7

1 - Per quanto non previsto dal presente contratto e non regolato dalla normativa statale e regionale, si applicano le norme del titolo terzo del libro quinto del codice civile.

2 - Il contratto recepirà automaticamente le disposizioni normative statali o regionali che dovessero successivamente disciplinare la materia.

Art. 8

Nel caso di controversie insorte tra le parti contraenti sull'applicazione del presente contratto il foro competente è quello di Firenze.

Art. 9

Il presente contratto è esente da imposta di bollo e sarà registrato in caso d'uso ai sensi del D.P.R. 26 aprile 1986, n.131. Le spese di registrazione saranno a carico del/della dott./dott.ssa

 IL DIRETTORE GENERALE IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 DELL'AZIENDA _____ NOMINATO

(_____) (_____)

APPROVAZIONE ESPRESSA

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa _____, preso atto dei contenuti contrattuali sopra indicati, li approva in toto ed in particolare, ai sensi del 2° comma dell'articolo 1341 del codice civile, le clausole risultanti dall'articolo 3, dall'articolo 4, dall'articolo 5 e dall'articolo 7.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO NOMINATO

(_____)

Firenze,

DGR 8.3.16, n. 170 - DM 7 maggio 2015: indirizzi operativi alle Aziende Sanitarie della Toscana circa le modalità di corresponsione degli importi arretrati della rivalutazione dell'indennità integrativa speciale sull'indennizzo ex legge 210/92 a favore dei soggetti danneggiati da

complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati. (BUR n. 11 del 16.3.16)

Note

Vengono destinati alle Aziende UU.SS.LL. i fondi necessari al pagamento delle somme dovute a titolo di arretrati sulla rivalutazione dell'indennità integrativa speciale, comprensive degli interessi legali maturati, nei limiti della prescrizione decennale e in applicazione dei criteri stabiliti nella Nota (Prot. AOOGR 231380/ Q.080.090.040 del 30 ottobre 2015) predisposta dal competente Settore "Prevenzione e Sicurezza in ambienti di vita, alimenti e veterinaria" della Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale, a valere sui fondi attribuiti dal Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 7 maggio 2015 alla Regione Toscana, per complessivi euro 37.814.490,25,

Viene destinata all'Azienda USL Toscana Nord- Ovest, all'Azienda USL Toscana Centro e all'Azienda USL Toscana Sud-Est, per il pagamento degli importi da corrispondere, entro i primi quattro mesi dell'anno, a titolo di arretrati della rivalutazione dell'indennità integrativa speciale comprensivi degli interessi legali maturati, la somma complessiva di euro 13.639.180,94

NB

In ottemperanza alla normativa vigente in materia di semplificazione della documentazione amministrativa - DPR n. 445 del 28 dicembre 2000 – ed in particolare art.47 e s.m.i., è necessario acquisire, tramite le Aziende UU.SS.LL. della Regione Toscana, una "Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà" da sottoporre alla firma dei beneficiari e/o aventi diritto alla riscossione dei benefici economici di cui sopra, riportanti le seguenti informazioni:

- di non aver percepito somme a titolo di arretrati della rivalutazione della indennità integrativa speciale sull'indennizzo di cui alla legge 210/92;
- di non avere instaurato un contenzioso giurisdizionale per ottenere una sentenza di condanna o decreto ingiuntivo avverso il Ministero della Salute e/o la Regione e/o ASL per il riconoscimento di importi a titolo di arretrati della rivalutazione dell'indennità integrativa speciale sull'indennizzo di cui alla legge 210/92.

I fondi rimanenti e/o non utilizzati ai fini del pagamento degli arretrati della rivalutazione dell'indennità integrativa speciale, quali compensazione degli indennizzi erogati dalla Regione Toscana a decorrere dal 1 gennaio 2012 al 31 dicembre 2014, verranno destinati alle necessità scaturenti dall'analisi di fattibilità dei pagamenti da effettuare a copertura delle spese ordinarie degli indennizzi ex legge 210/92.

UMBRIA

REG. REG.LE 9.3.16, n. 2 - Modificazioni ed integrazioni al regolamento regionale 17 gennaio 2006, n. 1 (Modalità di esercizio del controllo regionale sugli atti delle aziende sanitarie)/BUR n. 12 del 16.3.16)

Art. 1

(Modificazione alla rubrica del r.r. 1/2006)

1. Alla rubrica del regolamento regionale 17 gennaio 2006, n. 1 (Modalità di esercizio del controllo regionale sugli atti delle aziende sanitarie), dopo la parola: "*sanitarie*" sono aggiunte le seguenti: "*e dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche*".

Art. 2

(Sostituzione dell'art. 1)

1. L'articolo 1 del r.r. 1/2006 è sostituito dal seguente:

"Art. 1 (Oggetto)

1. Il presente regolamento disciplina ai sensi dell'articolo 83 della legge regionale 9 aprile 2015, n. 11 (Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali) le modalità di esercizio da parte della Regione delle attività di controllo sugli atti:

a) delle aziende del servizio sanitario regionale, ai sensi dell'articolo 83 della l.r. 11/2015;

b) dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche, di seguito denominato Istituto, ai sensi dell'articolo 18 dell'Accordo allegato alla legge regionale della regione Umbria 20 novembre 2013, n. 28 (Ratifica dell'accordo tra la Regione Umbria e la Regione Marche concernente il riordino dell'Istituto zooprofilattico sperimentale dell'Umbria e delle Marche) e alla legge regionale della regione Marche 25 novembre 2013, n. 40 (Approvazione dell'intesa tra la Regione Umbria e la Regione Marche concernente il riordino dell'Istituto zooprofilattico sperimentale dell'Umbria e delle Marche).

2. L'attività di cui al comma 1 si esercita nel rispetto ed in coerenza con le disposizioni di cui al 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), dell'articolo 4, comma 8 della legge 30 dicembre 1991, n. 412 (Disposizioni in materia di finanza pubblica), dell'articolo 14 del decreto legislativo 28 giugno 2012, n. 106 (Riorganizzazione degli enti vigilati dal Ministero della salute, a norma dell'articolo 2 della legge 4 novembre 2010, n. 183)."

Art. 3

(Sostituzione dell'art. 2)

1. L'articolo 2 del r.r. 1/2006 è sostituito dal seguente:

"Art. 2

(Termini e modalità di trasmissione degli atti)

1. Gli atti soggetti all'attività di controllo sono trasmessi dalle Aziende del servizio sanitario regionale e dall'Istituto, alla Direzione regionale competente in materia sanitaria, entro dieci giorni dalla loro adozione, tramite posta elettronica certificata (PEC).

2. Gli atti di cui al comma 1 devono essere corredati dalla documentazione utile a consentire l'attività di controllo e da apposito elenco contenente la descrizione dei documenti stessi.

3. Gli atti di approvazione dei documenti di bilancio sono corredati:

a) per le Aziende sanitarie, dalla relazione del Collegio Sindacale;

b) per l'Istituto, dalla relazione del Collegio dei Revisori dei Conti.

4. Le relazioni di cui al comma 3 non vanno allegare qualora le stesse siano parte integrante e sostanziale degli atti di cui al medesimo comma 3.

5. Gli atti di approvazione del bilancio pluriennale, dei relativi aggiornamenti e del bilancio preventivo economico, nonché dei documenti che attengono alla programmazione e riguardanti l'ambito socio sanitario, sono corredati:

a) per le Aziende unità sanitarie locali, dal parere della Conferenza dei sindaci di cui all'articolo 8, comma 6, lettere

b) e c) della l.r. 11/2015;

b) per le Aziende ospedaliere e per le Aziende ospedaliere universitarie, dal parere del Consiglio delle autonomie locali (CAL) di cui all'articolo 9, comma 4 della l.r. 11/2015.

6. I pareri di cui agli articoli 8, comma 6 e 9, comma 4 della l.r. 11/2015 devono essere richiesti, dalle aziende sanitarie regionali, ai sensi dell'articolo 16 della legge 7 agosto 1990, n. 241 (Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi) e, qualora resi nei termini, vanno allegati agli atti di cui al comma 5."

Art. 4

(Modificazioni ed integrazioni all'art. 3)

1. Al comma 1 dell'articolo 3 del r.r. 1/2006, dopo le parole: "verifica e controllo" sono aggiunte le seguenti: " , in analogia a quanto previsto dall'articolo 22 della legge regionale 16 settembre 2011, n. 8 (Semplificazione amministrativa e normativa dell'ordinamento regionale e degli Enti locali territoriali),".

2. Al comma 2 dell'articolo 3 del r.r. 1/2006, le parole: "trenta giorni ai sensi delle disposizioni sancite dal decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445" sono sostituite dalle seguenti: "entro il termine di venti giorni, previsto dall'articolo 22, comma 3 della l.r. 8/2011".

Art. 5

(Modificazioni all'art. 4)

1. Al comma 1 dell'articolo 4 del r.r. 1/2006, le parole: *“dal giorno successivo alla data riportata nel timbro di arrivo della Direzione regionale sanità e servizi sociali, apposto sul documento”* sono sostituite dalle seguenti: *“dalla data di ricezione degli atti da sottoporre a controllo, inviati tramite PEC.”*.

2. Il comma 2 dell'articolo 4 del r.r. 1/2006 è sostituito dal seguente:

“2. I termini sono interrotti, secondo le modalità stabilite all'articolo 83, comma 3 della l.r. 11/2015.”.

3. Il comma 3 dell'articolo 4 del r.r. 1/2006 è sostituito dal seguente:

“3. I periodi in cui sono sospesi i termini per l'esercizio del controllo sono previsti all'articolo 83, comma 5 della l.r. 11/2015.”.

Art. 6

(Modificazioni ed integrazione all'art. 5)

1. Al comma 1 dell'articolo 5 del r.r. 1/2006, le parole *“sanità e servizi sociali”* sono soppresse.

2. Il comma 2 dell'articolo 5 del r.r. 1/2006 è sostituito dal seguente:

“2. I Servizi trasmettono il parere di cui al comma 1 entro e non oltre venti giorni dalla data della richiesta.”.

3. Dopo il comma 2 dell'articolo 5 del r.r. 1/2006 è aggiunto il seguente:

“2 bis. Il Servizio della Direzione regionale competente, per l'attività di controllo sugli atti dell'Istituto, richiede alle strutture competenti della Regione Marche, osservazioni e rilievi sui medesimi atti, da rendersi entro quindici giorni dalla ricezione degli atti trasmessi dall'Istituto.”.

4. Il comma 3 dell'articolo 5 del r.r. 1/2006 è abrogato.

Art. 7

(Modificazioni all'art. 6)

1. Alla fine del comma 3 dell'articolo 6 del r.r. 1/2006, le parole: *“dall'adozione, a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento”* sono sostituite dalle seguenti: *“dall'efficacia della stessa, a mezzo PEC”*.

2. Al comma 5 dell'articolo 6 del r.r. 1/2006, le parole: *“novanta giorni”* sono sostituite dalle seguenti: *“sessanta giorni”*.

Art. 8

(Modificazione all'art. 7)

1. Al comma 1 dell'articolo 7 del r.r. 1/2006, le parole: *“dal giorno successivo alla deliberazione di approvazione dell'atto da parte della Giunta regionale”* sono sostituite dalle seguenti: *“dalla data di efficacia dell'atto di approvazione della Giunta regionale”*.

NOTE

Nota al titolo del regolamento:

— Il regolamento regionale 17 gennaio 2006, n. 1, recante *“Modalità di esercizio del controllo regionale sugli atti delle aziende sanitarie”*, è pubblicato nel B.U.R. 1 febbraio 2006, n. 6.

Nota all'art. 1:

— Il testo vigente del titolo del regolamento regionale 17 gennaio 2006, n. 1 (si veda la nota al titolo del regolamento), come modificato dal presente regolamento, è il seguente:

«Modalità di esercizio del controllo regionale sugli atti delle aziende sanitarie e dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche».

Note all'art. 2, alinea e parte novellistica:

— Per il regolamento regionale 17 gennaio 2006, n. 1, si veda la nota al titolo del regolamento.

— Il testo dell'art. 83 della legge regionale 9 aprile 2015, n. 11, recante *“Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali”* (pubblicata nel S.O. n. 1 al B.U.R. 15 aprile 2015, n. 21), è il seguente:

«Art. 83

Controllo della Regione.

1. La Giunta regionale esercita il controllo sulle aziende sanitarie regionali anche ai sensi dell'articolo 4, comma 8 della legge 30 dicembre 1991, n. 412 (Disposizioni in materia di finanza pubblica), mediante:

a) la valutazione della conformità e congruità, rispetto alle indicazioni del piano sanitario regionale di cui all'articolo 12, alle direttive vincolanti regionali e alle risorse assegnate, dei seguenti atti:

- 1) bilancio preventivo annuale e relative variazioni;
- 2) bilancio pluriennale di previsione;
- 3) bilancio di esercizio;
- 4) istituzione di nuovi servizi;
- 5) proposta di copertura delle perdite e per il riequilibrio della situazione economica;
- 6) dotazione organica complessiva del personale;
- 7) deliberazioni di programmi di spesa pluriennali, con esclusivo riferimento alle spese di investimento. Non sono considerati impegni pluriennali quelli riferiti a spese il cui impegno non ecceda i dodici mesi;
- 8) atto aziendale di cui all'articolo 22;
- 9) piano attuativo di cui all'articolo 14;
- b) l'attività ispettiva, di vigilanza e di controllo ai sensi della legge 26 aprile 1982, n. 181 [Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1982)];

c) la nomina, previa diffida a provvedere entro il termine di trenta giorni, di commissari ad acta per i provvedimenti non adottati entro i termini stabiliti e le modalità prescritte per legge e per atti amministrativi di programmazione generale.

2. Sono soggetti, altresì, al controllo della Giunta regionale i provvedimenti di acquisizione, a qualsiasi titolo, da parte delle aziende sanitarie regionali di attrezzature sanitarie. La Giunta regionale, con proprio atto, emana linee guida per l'individuazione delle tipologie di attrezzature sanitarie soggette al controllo nonché degli ambiti della valutazione di congruità.

3. Il termine per l'esercizio del controllo sugli atti delle aziende sanitarie regionali è di quaranta giorni dal ricevimento dell'atto ed è interrotto, per una sola volta, a seguito di richiesta di chiarimenti o integrazione della documentazione. Il termine ricomincia a decorrere dal giorno successivo alla produzione dei chiarimenti richiesti o alla presentazione dei documenti integrativi.

4. Nel caso di mancata pronuncia della Giunta regionale entro il termine di cui al comma 3, l'atto soggetto a controllo si intende approvato.

5. Il termine per l'esercizio del controllo è sospeso dal 1 al 31 agosto e dal 23 dicembre al 6 gennaio di ciascun anno, fatte salve le ipotesi di particolare necessità ed urgenza.

6. Le modalità per l'esercizio del controllo sugli atti delle aziende sanitarie regionali sono disciplinate dal Reg. reg. 17 gennaio 2006, n. 1 (Modalità di esercizio del controllo regionale sugli atti delle aziende sanitarie).

7. Il controllo sulle deliberazioni del Consiglio di amministrazione dell'Istituto zooprofilattico dell'Umbria e delle Marche, previsto dall'articolo 18 dell'Accordo tra la Regione Umbria e la Regione Marche, ratificato con L.R. 20 novembre 2013, n. 28 è esercitato dalla Giunta regionale con le modalità di cui al presente articolo.

8. Gli atti ed i provvedimenti assunti dal Direttore generale per le aziende sanitarie regionali e dal Consiglio d'amministrazione per l'Istituto zooprofilattico sperimentale dell'Umbria e delle Marche sono pubblicati nel sito istituzionale dell'azienda sanitaria regionale o dell'Istituto stesso, secondo le modalità e i limiti previsti dall'ordinamento vigente in materia di pubblicità degli atti.

Gli atti non soggetti a controllo sono esecutivi dal giorno della loro pubblicazione nel sito istituzionale, salvo diversa espressa disposizione. L'esecutività degli atti di cui al comma 1, lettera a), è subordinata all'esito positivo del controllo regionale ovvero alla mancata pronuncia della Giunta regionale entro il termine di cui al comma 3.».

— Il testo dell'art. 18 dell'Accordo allegato alla legge regionale 20 novembre 2013, n. 28, recante “Ratifica dell'accordo tra la Regione Umbria e la Regione Marche concernente il riordino

dell'Istituto zooprofilattico sperimentale dell'Umbria e delle Marche" (pubblicata nel B.U.R. 27 novembre 2013, n. 53), è il seguente:

«Allegato

Accordo tra la regione Umbria e la regione Marche concernente il riordino dell'Istituto zooprofilattico sperimentale dell'Umbria e delle Marche

Omissis.

Art. 18

Controlli.

1. Sono soggette a controllo anche ai sensi dell'articolo 4, comma 8, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 (Disposizioni in materia di finanza pubblica), mediante valutazione della conformità con le norme in vigore, con gli indirizzi e gli obiettivi posti nei piani sanitari delle Regioni Umbria e Marche, con le direttive vincolanti emanate dalle due Regioni e con le risorse assegnate, le seguenti deliberazioni del consiglio di amministrazione dell'Istituto:

a) bilancio economico preventivo e relative variazioni;

b) bilancio di esercizio;

c) istituzione di nuovi servizi;

d) proposta di copertura delle perdite e per il riequilibrio della situazione economica;

e) dotazione organica complessiva e relative modificazioni;

f) deliberazioni di programmi di spesa pluriennali, con esclusivo riferimento alle spese di investimento. Non sono considerati impegni pluriennali quelli riferiti a spese il cui impegno non ecceda i dodici mesi.

2. Le deliberazioni di cui al comma 1, entro dieci giorni dalla loro adozione, sono trasmesse contemporaneamente, oltre che alla Giunta regionale Umbria, alla Giunta regionale delle Marche la quale, entro quindici giorni dalla ricezione, può prospettare osservazioni o rilievi alla Giunta regionale dell'Umbria ai fini della decisione sul procedimento di controllo. Nel termine di cui al comma

3 la Giunta regionale dell'Umbria può acquisire elementi integrativi di giudizio ai fini della valutazione degli atti a essa sottoposti.

3. Le deliberazioni di cui al comma 1 si intendono tacitamente approvate se nel termine di quaranta giorni dalla data del loro ricevimento la Giunta regionale dell'Umbria non si sia pronunciata con provvedimento motivato.

4. Per le ulteriori modalità del controllo di cui al presente articolo si fa rinvio alle disposizioni vigenti in materia di controllo delle aziende sanitarie della Regione Umbria in quanto compatibili.

Omissis.».

— La legge regionale della Regione Marche 25 novembre 2013, n. 40, recante "Approvazione dell'intesa tra la Regione Umbria e la Regione Marche concernente il riordino dell'Istituto zooprofilattico sperimentale dell'Umbria e delle Marche", è pubblicata nel Bollettino Ufficiale Marche 5 dicembre 2013, n. 95.

— Il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421", è pubblicato nel S.O alla G.U. 30 dicembre 1992, n. 305.

— Si riporta il testo dell'art. 4, comma 8 della legge 30 dicembre 1991, n. 412, recante "Disposizioni in materia di finanza pubblica" (pubblicata nella G.U. 31 dicembre 1991, n. 305):«4.

Assistenza sanitaria.

Omissis.

8. È abolito il controllo dei comitati regionali di controllo sugli atti delle unità sanitarie locali e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché degli enti di cui all'articolo 41, secondo comma, L. 23 dicembre 1978, n. 833 e degli enti ospedalieri di cui all'articolo 1, comma 13, del D.L. 6 febbraio 1991, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla L. 4 aprile 1991, n. 111. Limitatamente agli atti delle unità sanitarie locali e dei sopracitati enti ospedalieri riguardanti il bilancio di previsione, le variazioni di bilancio e il conto consuntivo, la determinazione della

consistenza qualitativa e quantitativa complessiva del personale, la deliberazione di programmi di spese pluriennali e i provvedimenti che disciplinano l'attuazione dei contratti e delle convenzioni, il controllo preventivo è assicurato direttamente dalla regione, che è tenuta a pronunciarsi, anche in forma di silenzio-assenso, entro quaranta giorni dal ricevimento dell'atto. I provvedimenti come sopra approvati diventano definitivi. Per gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, il controllo di cui agli articoli 16, 17 e 18 del D.P.R. 31 luglio 1980, n. 617, è esteso anche ai provvedimenti riguardanti i programmi di spesa pluriennali e quelli per la disciplina e l'attribuzione dei contratti e delle convenzioni. Il termine di trenta giorni previsto dall'articolo 18, D.P.R. 31 luglio 1980, n. 617, è modificato in quaranta giorni.

Omissis.».

— Si riporta il testo dell'art. 14 del decreto legislativo 28 giugno 2012, n. 106, recante "Riorganizzazione degli enti vigilati dal Ministero della salute, a norma dell'articolo 2 della legge 4 novembre 2010, n. 183" (pubblicato nella G.U. 23 luglio 2012, n. 170):

«Art. 14

Controlli

1. Ferme restando le funzioni di vigilanza di cui agli articoli 10, comma 1, 11, commi 3 e 4 e 12, comma 2, al controllo sugli atti degli Istituti si applicano le disposizioni di cui all'articolo 4, comma 8, della legge 30 dicembre 1991, n. 412.»

Note all'art. 3, alinea e parte novellistica:

— Per il regolamento regionale 17 gennaio 2006, n. 1, si veda la nota al titolo del regolamento.

— Il testo degli artt. 8, comma 6 e 9, comma 4 della legge regionale 9 aprile 2015, n. 11 (si vedano le note all'art. 2, parte novellistica), è il seguente:

«Art. 8

Conferenza dei sindaci.

Omissis.

6. La Conferenza dei sindaci esercita le seguenti funzioni:

a) formula, nell'ambito della programmazione regionale, indirizzi per l'impostazione programmatica del Piano attuativo di cui all'articolo 14 e delle attività delle unità sanitarie locali;

b) esprime parere sul piano attuativo della unità sanitaria locale dell'articolo 14;

c) esprime, entro quindici giorni dal ricevimento della richiesta, parere sui progetti relativi al bilancio pluriennale e i relativi

aggiornamenti e al bilancio preventivo economico dell'unità sanitaria locale di riferimento ai sensi dell'articolo 65;

d) esercita l'intesa prevista all'articolo 38, comma 7, sulla definizione dell'articolazione del territorio afferente all'azienda unità sanitaria locale, in distretti sanitari;

e) verifica l'andamento generale dell'attività dell'azienda unità sanitaria locale ed esprime il parere alla Giunta regionale, sull'efficacia, efficienza e funzionalità dei servizi sanitari e socio-sanitari al fine della valutazione annuale dei direttori generali da parte della stessa Giunta;

f) esprime parere sul progetto di Piano sanitario regionale di cui all'articolo 12;

g) esprime alla Giunta regionale parere sulla proposta in ordine alla localizzazione della sede legale dell'unità sanitaria locale;

h) esercita l'intesa con il Direttore generale della unità sanitaria locale per la nomina del coordinatore dei servizi sociali di cui all'articolo 36;

i) designa un componente del Collegio sindacale dell'azienda unità sanitaria locale di cui all'articolo 33.

Art. 9

Funzioni del Consiglio delle autonomie locali nell'ordinamento sanitario regionale.

Omissis.

4. Sono attribuite al CAL, limitatamente alle aziende ospedaliere e alle aziende ospedaliere universitarie le funzioni di cui all'articolo 8, comma 6, lettere a), b), c) ed e). Il CAL esercita,

altresì, con riferimento alle aziende ospedaliere, le funzioni di cui all'articolo 8, comma 6, lettera i).».

— La legge 7 agosto 1990, n. 241, recante “Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi” (pubblicata nella G.U. 18 agosto 1990, n. 192), è stata modificata ed integrata con: legge 24 dicembre 1993, n. 537 (in S.O. alla G.U. 28 dicembre 1993, n. 303), decreto legge 12 maggio 1995, n. 163 (in G.U. 12 maggio 1995, n. 109), convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 11 luglio 1995, n. 273 (in G.U. 11 luglio 1995, n. 160), legge 15 maggio 1997, n. 127 (in S.O. alla G.U. 17 maggio 1997, n. 113), legge 16 giugno 1998, n. 191 (in S.O. alla G.U. 20 giugno 1998, n. 142), legge 3 agosto 1999, n. 265 (in S.O. alla G.U. 6 agosto 1999, n. 183), legge 24 novembre 2000, n. 340 (in G.U. 24 novembre 2000, n. 275), legge 13 febbraio 2001, n. 45 (in S.O. alla G.U. 10 marzo 2001, n. 58), decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (in S.O. alla G.U. 29 luglio 2003, n. 174), legge 11 febbraio 2005, n. 15 (in G.U. 21 febbraio 2005, n. 42), decreto legge 14 marzo 2005, n. 35 (in G.U. 16 marzo 2005, n. 62), convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 14 maggio 2005, n. 80 (in S.O. alla G.U. 14 maggio 2005, n. 111), decreto legge 31 gennaio 2007, n. 7 (in G.U. 1 febbraio 2007, n. 26), convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 2 aprile 2007, n. 40 (in S.O. alla G.U. 2 aprile 2007, n. 77), decreto Presidente della Repubblica 2 agosto 2007, n. 157 (in G.U. 21 settembre 2007, n. 220), decreto legge 25 giugno 2008, n. 112 (in S.O. alla G.U. 25 giugno 2008, n. 147), convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133 (in S.O. alla G.U. 21 agosto 2008, n. 195), legge 18 giugno 2009, n. 69 (in S.O. alla G.U. 19 giugno 2009, n. 140), decreto legislativo 26 marzo 2010, n. 59 (in S.O. alla G.U. 23 aprile 2010, n. 94), decreto legge 31 maggio 2010, n. 78 (in S.O. alla G.U. 31 maggio 2010, n. 125), convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122 (in S.O. alla G.U. 30 luglio 2010, n. 176), decreto legislativo 2 luglio 2010, n. 104 (in S.O. alla G.U. 7 luglio 2010, n. 156), decreto legge 5 agosto 2010, n. 125 (in G.U. 6 agosto 2010, n. 182), convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 1 ottobre 2010, n. 163 (in G.U. 5 ottobre 2010, n. 233), decreto legge 13 maggio 2011, n. 70 (in G.U. 13 maggio 2011, n. 110), convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 12 luglio 2011, n. 106 (in G.U. 12 luglio 2011, n. 160), decreto legge 13 agosto 2011, n. 138 (in G.U. 13 agosto 2011, n. 188), convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148 (in G.U. 16 settembre 2011, n. 216), legge 11 novembre 2011, n. 180 (in G.U. 14 novembre 2011, n. 265), decreto legislativo 15 novembre 2011, n. 195 (in G.U. 23 novembre 2011, n. 273), decreto legge 9 febbraio 2012, n. 5 (in S.O. alla G.U. 9 febbraio 2012, n. 339), convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 4 aprile 2012, n. 35 (in S.O. alla G.U. 6 aprile 2012, n. 82), decreto legge 22 giugno 2012, n. 83 (in S.O. alla G.U. 26 giugno 2012, n. 147), convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 134 (in S.O. alla G.U. 11 agosto 2012, n. 187), decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179 (in S.O. alla G.U. 19 ottobre 2012, n. 245), convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221 (in S.O. alla G.U. 18 dicembre 2012, n. 294), legge 6 novembre 2012, n. 190 (in G.U. 13 novembre 2012, n. 265), decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 (in G.U. 5 aprile 2013, n. 80), decreto legge 21 giugno 2013, n. 69 (in S.O. alla G.U. 21 giugno 2013, n. 144), convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 9 agosto 2013, n. 98 (in S.O. alla G.U. 20 agosto 2013, n. 194), decreto legge 12 settembre 2013, n. 104 (in G.U. 12 settembre 2013, n. 214), convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2013, n. 128 (in G.U. 11 novembre 2013, n. 264), decreto legge 23 dicembre 2013, n. 145 (in G.U. 23 dicembre 2013, n. 300), convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 21 febbraio 2014, n. 9 (in G.U. 21 febbraio 2014, n. 43), decreto legge 24 giugno 2014, n. 91 (in G.U. 24 giugno 2014, n. 144), convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 116 (in S.O. alla G.U. 20 agosto 2014, n. 192), decreto legge 12 settembre 2014, n. 133, (in G.U. 12 settembre 2014, n. 212), convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 11 novembre 2014, n. 164 (in S.O. alla G.U. 11 novembre 2014, n. 262), legge 7 agosto 2015, n. 124 (in G.U. 13 agosto 2015, n. 187) e legge 18 dicembre 2015, n. 221 (in G.U. 18 gennaio 2016, n. 13).

Si riporta il testo dell'art. 16:

«Art. 16

Attività consultiva

1. Gli organi consultivi delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, sono tenuti a rendere i pareri ad essi obbligatoriamente richiesti entro venti giorni dal ricevimento della richiesta. Qualora siano richiesti di pareri facoltativi, sono tenuti a dare immediata comunicazione alle amministrazioni richiedenti del termine entro il quale il parere sarà reso, che comunque non può superare i venti giorni dal ricevimento della richiesta.

2. In caso di decorrenza del termine senza che sia stato comunicato il parere obbligatorio o senza che l'organo adito abbia rappresentato esigenze istruttorie, è in facoltà dell'amministrazione richiedente di procedere indipendentemente dall'espressione del parere. In caso di decorrenza del termine senza che sia stato comunicato il parere facoltativo o senza che l'organo adito abbia rappresentato esigenze istruttorie, l'amministrazione richiedente procede indipendentemente dall'espressione del parere. Salvo il caso di omessa richiesta del parere, il responsabile del procedimento non può essere chiamato a rispondere degli eventuali danni derivanti dalla mancata espressione dei pareri di cui al presente comma.

3. Le disposizioni di cui ai commi 1 e 2 non si applicano in caso di pareri che debbano essere rilasciati da amministrazioni preposte alla tutela ambientale, paesaggistica, territoriale e della salute dei cittadini.

4. Nel caso in cui l'organo adito abbia rappresentato esigenze istruttorie, i termini di cui al comma 1 possono essere interrotti per una sola volta e il parere deve essere reso definitivamente entro quindici giorni dalla ricezione degli elementi istruttori da parte delle amministrazioni interessate.

5. I pareri di cui al comma 1 sono trasmessi con mezzi telematici.

6. Gli organi consultivi dello Stato predispongono procedure di particolare urgenza per l'adozione dei pareri loro richiesti.

6-bis. Resta fermo quanto previsto dall'articolo 127 del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163, e successive modificazioni.».

Note all'art. 4, alinea e parte novellistica:

— Il testo vigente dell'art. 3 del regolamento regionale 17 gennaio 2006, n. 1 (si veda la nota al titolo del regolamento), come modificato dal presente regolamento, è il seguente:

«Art. 3

Regolarizzazione ed integrazione atti.

1. Il responsabile del procedimento dell'attività di valutazione, verifica e controllo, *in analogia a quanto previsto dall'articolo 22 della legge regionale 16 settembre 2011, n. 8 (Semplificazione amministrativa e normativa dell'ordinamento regionale e degli Enti locali territoriali)*, può chiedere all'Ente l'integrazione della documentazione prodotta qualora:

a) l'atto trasmesso per il controllo sia carente dei requisiti formali, della documentazione integrativa o presenti errori materiali;

b) l'acquisizione di ulteriori informazioni o documenti sia utile ai fini dell'istruttoria.

2. L'Ente invia la documentazione richiesta *entro il termine di venti giorni, previsto dall'articolo 22, comma 3 della l.r. 8/2011.*».

— La legge regionale 16 settembre 2011, n. 8, recante “Semplificazione amministrativa e normativa dell'ordinamento regionale e degli Enti locali territoriali” (pubblicata nel S.O. n. 1 al B.U.R. 21 settembre 2011, n. 41), è stata modificata ed integrata con leggi regionali 4 aprile 2012, n. 7 (in S.S. n. 2 al B.U.R. 5 aprile 2012, n. 15), 12 novembre 2012, n. 18 (in B.U.R. 15 novembre 2012, n. 50, E.S.), 9 aprile 2013, n. 8 (in S.O. n. 3 al B.U.R. 10 aprile 2013, n. 18), 27 settembre 2013, n. 19 (in B.U.R. 27 settembre 2013, n. 44, E.S.), 4 aprile 2014, n. 5 (in S.S. n. 2 al B.U.R. 5 aprile 2014, n. 17), 29 aprile 2014, n. 9 (in S.O. n. 1 al B.U.R. 30 aprile 2014, n. 21), 13 giugno 2014, n. 10 (in B.U.R. 20 giugno 2014, n. 30), 28 novembre 2014, n. 25 (in B.U.R. 3 dicembre 2014, n. 56), e 21 gennaio 2015, n. 1 (in S.O. n. 1 al B.U.R. 28 gennaio 2015, n. 6).

Il testo dell'art. 22 è il seguente:

«Art. 22

Decorrenza dei termini.

1. Nei procedimenti amministrativi a istanza di parte, il termine decorre dal giorno in cui la domanda perviene al protocollo informatico dell'amministrazione titolare del potere di provvedere, purché l'istanza risulti completa dal punto di vista formale e contenga tutta la documentazione necessaria, così come risultante dagli elenchi pubblicati ai sensi dell'articolo 17, comma 2 .

2. Il responsabile del procedimento è tenuto a verificare la completezza dell'istanza nel termine perentorio di dieci giorni dal ricevimento della medesima.

3. Entro il termine di cui al comma 2 il responsabile del procedimento è tenuto a richiedere le eventuali integrazioni istruttorie.

In tale evenienza è assegnato all'istante un termine non inferiore a dieci e non superiore a venti giorni per provvedere all'integrazione.

4. L'integrazione istruttoria può essere richiesta una sola volta ed ha effetto sospensivo. Il responsabile del procedimento accerta l'effettiva ricezione della richiesta di integrazione istruttoria da parte del destinatario.

5. In caso di sospensione il termine riprende a decorrere dal momento della produzione delle integrazioni richieste. Nel caso in cui l'integrazione istruttoria non avvenga nel termine assegnato, l'effetto sospensivo viene meno determinando la prosecuzione del procedimento sulla base della documentazione agli atti.

6. Qualora il procedimento sia avviato d'ufficio, il termine decorre dal compimento del primo atto d'impulso.

7. Il termine che scade in un giorno non lavorativo per la struttura competente è prorogato al primo giorno lavorativo seguente.».

Note all'art. 5, alinea e parte novellistica:

— Il testo vigente dell'art. 4 del regolamento regionale 17 gennaio 2006, n. 1 (si veda la nota al titolo del regolamento), come modificato dal presente regolamento, è il seguente:

«Art. 4

Termini per il controllo.

1. I termini per l'esercizio dell'attività di valutazione, verifica e controllo, previsti dalla normativa, iniziano a decorrere *dalla data di ricezione degli atti da sottoporre a controllo, inviati tramite PEC.*

2. *I termini sono interrotti, secondo le modalità stabilite all'articolo 83, comma 3 della l.r. 11/2015.*

3. *I periodi in cui sono sospesi i termini per l'esercizio del controllo sono previsti all'articolo 83, comma 5 della l.r. 11/2015.».*

— Per il testo dell'art. 83 della legge regionale 9 aprile 2015, n. 11, si vedano le note all'art. 2, alinea e parte novellistica.

Nota all'art. 6:

— Il testo vigente dell'art. 5 del regolamento regionale 17 gennaio 2006, n. 1 (si veda la nota al titolo del regolamento), come modificato dal presente regolamento, è il seguente:

«Art. 5

Pareri di congruità e procedimento.

1. Il Servizio della Direzione regionale, competente a svolgere l'istruttoria degli atti oggetto del presente regolamento, acquisisce i pareri di congruità sull'atto stesso dai Servizi della Direzione medesima, competenti per materia. Il parere di congruità è obbligatorio.

2. *I Servizi trasmettono il parere di cui al comma 1 entro e non oltre venti giorni dalla data della richiesta.*

2 bis. *Il Servizio della Direzione regionale competente, per l'attività di controllo sugli atti dell'Istituto, richiede alle strutture competenti della Regione Marche, osservazioni e rilievi sui medesimi atti, da rendersi entro quindici giorni dalla ricezione degli atti trasmessi dall'Istituto.*

[3. *Il Servizio competente della Direzione regionale sanità e servizi sociali di cui al comma 1, acquisiti i pareri di congruità, predispone la proposta di deliberazione e l'iscrive, prima della*

scadenza del termine previsto dalla normativa vigente, all'ordine del giorno della seduta della Giunta regionale]. Abrogato.».

Nota all'art. 7:

— Il testo vigente dell'art. 6 del regolamento regionale 17 gennaio 2006, n. 1 (si veda la nota al titolo del regolamento), come modificato dal presente regolamento, è il seguente:

«Art. 6

Esercizio del controllo.

1. La Giunta regionale, nell'esercizio della funzione di controllo, adotta le seguenti determinazioni:

a) approvazione dell'atto;

b) richiesta di chiarimenti e/o elementi integrativi di giudizio;

c) approvazione parziale o non approvazione dell'atto.

2. Le determinazioni di cui al comma 1, lettere b) e c) sono motivate con l'indicazione degli aspetti ostativi all'approvazione o degli aspetti da chiarire ed integrare.

3. Il responsabile del procedimento di cui all'articolo 3, comma 1, qualora la Giunta regionale richieda chiarimenti o elementi integrativi di giudizio, trasmette la deliberazione all'Ente interessato entro quindici giorni *dall'efficacia della stessa, a mezzo PEC*.

4. L'Ente, a seguito della richiesta di chiarimenti può modificare il provvedimento, che è soggetto alle procedure di controllo, revocare lo stesso o fornire ulteriori elementi integrativi ai fini del giudizio. L'Ente trasmette le determinazioni assunte con le modalità di cui all'articolo 2.

5. In caso di richiesta di chiarimenti o elementi integrativi di giudizio, l'atto decade automaticamente se, entro *sessanta giorni* dalla data di ricevimento, l'Ente non fornisce i chiarimenti o gli elementi integrativi.».

Nota all'art. 8:

— Il testo vigente dell'art. 7 del regolamento regionale 17 gennaio 2006, n. 1 (si veda la nota al titolo del regolamento), come modificato dal presente regolamento, è il seguente:

«Art. 7

Esecutività degli atti.

1. Gli atti sottoposti a controllo diventano esecutivi *dalla data di efficacia dell'atto di approvazione della Giunta regionale* o per l'esercizio del controllo stesso.».

DGR 25.1.16, n. 54 - Disposizioni per l'uso terapeutico dei farmaci cannabinoidi. (BUR n. 13 del 23.3.16)

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: **Disposizioni per l'uso terapeutico dei farmaci cannabinoidi.**

Visto il decreto ministeriale 23 gennaio 2013, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2013, che ha inserito nella sezione B della tabella dei medicinali a base di sostanze stupefacenti prescrivibili dal medico, i medicinali di origine vegetale a base di Cannabis (sostanze e preparazioni vegetali, inclusi estratti e tinte);

Vista la legge regionale 17 aprile 2014, n. 7, recante: "Disposizioni per la somministrazione ad uso terapeutico dei farmaci cannabinoidi"; visto, in particolare: l'articolo 1, comma 1, dove si dispone che la Regione, nell'ambito delle proprie competenze e nel rispetto delle disposizioni nazionali in materia, riconosce il diritto di ogni cittadino a ricevere cure appropriate e di qualità, nonché ad usufruire delle terapie a base di farmaci cannabinoidi, debitamente prescritti dal medico secondo le norme nazionali; l'art. 1, comma 3, dove si stabilisce che la Regione permette, nei casi previsti dalla legge regionale stessa, l'erogazione gratuita dei farmaci cannabinoidi.

Dato atto che il Comitato tecnico scientifico previsto dall'art. 6, comma 2, della succitata legge regionale, è stato nominato con decreto della Presidente della Giunta regionale n. 51 del 23 marzo 2015, in conformità alle deliberazioni della Giunta regionale n. 212 del 2 marzo 2015 e n. 276 del 10 marzo 2015.

Dato atto, altresì, che il suddetto Comitato Tecnico scientifico, insediatosi il 14 aprile 2015, ha proseguito i lavori per la definizione di un documento di indirizzo regionale nelle riunioni del 20 maggio 2015, 17 giugno 2015, e 23 settembre 2015 ma che tuttavia, in considerazione della prevista pubblicazione del decreto ministeriale per la regolamentazione dell'uso medico della cannabis, ha ritenuto opportuno sospendere la stesura del documento regionale in attesa della pubblicazione di tale decreto;

Visto il decreto ministeriale 9 novembre 2015, pubblicato sulla G.U. n. 279 del 30 novembre 2015, recante: *“Funzioni di Organismo statale per la cannabis previsto dagli articoli 23 e 28 della convenzione unica sugli stupefacenti del 1961, come modificata nel 1972”*, che ha provveduto a disciplinare le modalità per la produzione nazionale di cannabis per uso medico e a specificarne le modalità di prescrizione, allestimento, dispensazione e monitoraggio delle preparazioni magistrali; Preso atto, in particolare, che il citato D.M. 9 novembre 2015, dispone:

- che le Regioni, al fine di consentire al Ministero della Salute la determinazione delle quote di fabbricazione di sostanza attiva di origine vegetale a base di cannabis, trasmettono al Ministero stesso, entro e non oltre il 31 maggio di ciascun anno, le richieste sulla base della stima dei fabbisogni dei pazienti in trattamento e di eventuali incrementi per nuove esigenze di trattamento, compilando l'apposita scheda allegata al decreto stesso;
- che la prescrizione di preparazioni magistrali a base di cannabis per uso medico, da rinnovarsi volta per volta, è effettuata in conformità alla normativa nazionale vigente in materia (con particolare riferimento all'art. 5, commi 3 e 4, del decreto-legge 17 febbraio 1998, n. 23, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 aprile 1998, n. 94, e all'art. 43, comma 9, del T.U. 309/90) ed integrata, a fini statistici, con i dati (anonimi) relativi a età, sesso, posologia in peso di cannabis ed esigenza di trattamento da riportare sulla apposita scheda per la raccolta dei dati dei pazienti trattati, disponibile sul portale del Ministero della Salute (http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=3842&area=sostanzeStupefacenti&menu=sostanze);
- che ai fini epidemiologici le Regioni e le Province autonome dovranno fornire all'Istituto Superiore di Sanità annualmente (trimestralmente per i primi 24 mesi) i dati aggregati per età e sesso dei pazienti trattati con preparazioni magistrali a base di cannabis;
- che le Aziende sanitarie locali provvederanno alla raccolta delle prescrizioni, compilate come previsto dall'art. 5, comma 3 della legge n. 94/1998, integrate con i dati richiesti a fini statistici. A tale scopo i medici all'atto della prescrizione delle preparazioni magistrali a base di cannabis dovranno riportare nella apposita scheda per la raccolta dei dati dei pazienti trattati i dati richiesti a fini statistici. La trasmissione dei dati, in forma anonima, in conformità con il Codice in materia di protezione dei dati personali (cfr. decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196) e come prevista dal comma 4 dell'art. 5 della legge n. 94/1998, deve essere fatta a cura delle ASL che provvederanno ad inviarli al Ministero della Salute (Ufficio II della Direzione generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico) e in copia, all'Istituto Superiore di Sanità, per il monitoraggio delle prescrizioni e alle Regioni e alle Province autonome per la raccolta dei dati aggregati da fornire all'Istituto stesso;
- che la rimborsabilità a carico del Servizio Sanitario Regionale è subordinata alle indicazioni emanate da parte delle Regioni o Province autonome;

Visti i comunicati pubblicati sul portale del Ministero della Salute (http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=3842&area=sostanzeStupefacenti&menu=sostanze) aventi ad oggetto:

- “Prescrizioni di preparazioni magistrali a base di cannabis”;
- “Importazione dall'Olanda di Bedrocan, Bediol, Bedrobinol e Bedica”;
- “Progetto pilota per la cannabis ad uso medico”, in cui, in particolare, viene anche specificato che *“I farmacisti che allestiscono preparazioni magistrali a base di cannabis dovranno attenersi alle Norme di Buona Preparazione (NBP) ricordando che eventuali attività di estrazione devono essere di qualità tale da prevedere la titolazione del/dei principio/principi attivo/i dell'estratto. La*

sostanza attiva vegetale dopo l'estrazione, deve essere distrutta a seguito delle procedure di constatazione da parte della ASL competente per territorio, come per i medicinali scaduti ed inutilizzabili”.

Visto il D.L. 1 febbraio 1998, n. 23, convertito dalla legge 8 aprile 1998, n. 94 con particolare riguardo all'articolo 5, commi 3 e 4, che stabiliscono quanto segue:

- 3. *Il medico deve ottenere il consenso del paziente al trattamento medico e specificare nella ricetta le esigenze particolari che giustificano il ricorso alla prescrizione estemporanea. Nella ricetta il medico dovrà trascrivere, senza riportare le generalità del paziente, un riferimento numerico o alfanumerico di collegamento a dati d'archivio in proprio possesso che consenta, in caso di richiesta da parte dell'autorità sanitaria, di risalire all'identità del paziente trattato.*
- 4. *Le ricette di cui al comma 3, in originale o in copia, sono trasmesse mensilmente dal farmacista all'azienda unità sanitaria locale o all'azienda ospedaliera, che le inoltrano al Ministero della sanità per le opportune verifiche (...).*

Preso atto del verbale della riunione del 16 dicembre 2015 del suddetto Comitato tecnico scientifico.

DGR 29.3.16, n. 205 - Linee di indirizzo per l'erogazione di attività fisica per la salute: approvazione. (BUR n. 13 del 23.3.16)

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: Linee di indirizzo per l'erogazione di attività fisica per la salute: approvazione.

Lo svolgimento di una regolare attività motoria controllata e continuativa nel tempo, incide in modo significativo sulla qualità della vita migliorando lo stato di salute e riducendo il rischio di mortalità generale.

Sono numerosi i benefici derivanti da una adeguata attività fisica, fino alla riduzione del rischio di insorgenza di patologie importanti, quali le malattie cardiovascolari, il diabete, l'obesità, alcuni tipi di tumore e le malattie osteoarticolari.

L'importanza di incentivare la pratica di attività motoria in tutte le fasce della popolazione è peraltro ampiamente documentata e sostenuta dal mondo scientifico. Una vasta gamma di evidenze scientifiche indicano infatti che l'esercizio fisico moderato e regolare rappresenta uno strumento sia di prevenzione delle malattie cronico-degenerative, in cui il processo disabilitante è aggravato dall'effetto additivo della sedentarietà che è causa di nuove menomazioni,

limitazioni funzionali e ulteriori disabilità, sia di promozione della salute per ogni individuo. In letteratura troviamo una ampia quantità di dati che dimostrano come questo circolo vizioso possa essere corretto attraverso l'utilizzo di adeguati programmi di attività fisica regolare e continuata nel tempo. Forti evidenze scientifiche dimostrano che, ella popolazione anziana, la pratica regolare di attività che promuovano la forza muscolare, l'equilibrio e la coordinazione dei movimenti assume un particolare valore in quanto riduce anche significativamente il rischio di cadute.

L'attività fisica, controllata e continuativa, insieme a una corretta alimentazione, è una delle armi più importanti per prevenire e combattere l'osteoporosi. Essa incrementa l'aspettativa di vita, previene ulteriori complicazioni e favorisce

la stabilizzazione di condizioni di disabilità acquisita. La regolare attività fisica comporta inoltre miglioramenti significativi del benessere psicologico complessivo che si accompagnano a un minor rischio di depressione clinica e/o ansia e di declino cognitivo e demenza. Il sistema di sorveglianza Passi d'argento nel report relativo all'ultima rilevazione del 2012-2013, considera convenzionalmente fisicamente attivi gli anziani over64 che hanno un punteggio PASE uguale o superiore al valore 78, corrispondente al 40° percentile della distribuzione di frequenza dei punteggi PASE nel pool nazionale negli ultra64enni intervistati.

In Umbria la quota di popolazione con valori superiori o uguali al 40° percentile nel pool (PASE > o uguale a 78) e quindi definita fisicamente attiva corrisponde a circa il 60%, anche se bisogna considerare differenze generate dall'avanzare dell'età oltre che dal grado di istruzione e dal reddito.

Con l'obiettivo di aumentare quindi la quota di anziani fisicamente attivi, nel programma 1. Vita da sani del Piano regionale di Prevenzione 2014-2018, è stato inserito il progetto 1.3 Nonni attivi. Il progetto si prefigge lo scopo di favorire, su scala regionale, l'organizzazione di un sistema in grado di rendere disponibile, per le persone over 64enni con sindromi da ipomobilità, la fruizione strutturata della pratica motoria, attraverso un'offerta integrata di vari livelli di attività fisica. Nel territorio umbro peraltro, pur in assenza di indicazioni regionali di riferimento, da alcuni anni sono state sperimentate e portate avanti alcune esperienze di AFA (attività fisica adattata), rivolte prevalentemente alla prevenzione secondaria di specifici problemi di salute, come nel caso della AFA per il mal di schiena o per altre patologie cronico-degenerative come sclerosi multipla o ictus. Si è quindi reso necessario produrre una linea di indirizzo, che inquadrando le tipologie di attività fisica proponibili alle persone over 64 a rischio di sedentarietà, ne indicassero le modalità attuative appropriate nel territorio umbro.

Allegato 1

Linee di indirizzo per l'erogazione di attività fisica per la salute

L'attività fisica fa bene e non va confusa con lo sport né con la riabilitazione.

Un invecchiamento sano è collegato allo stato di salute nelle fasi precedenti della vita ed una regolare attività fisica contribuisce ad una significativa riduzione degli stati patologici degenerativi. Questo è quanto emerge da studi con cui si dimostra un calo statisticamente significativo del rischio relativo di mortalità, per patologie cardiovascolari e per tutte le cause, tra soggetti classificati come allenati (e/o iperattivi) rispetto ai coetanei classificati come moderatamente allenati (e/o normoattivi) o non allenati o sedentari.

Un'attività fisica regolare aumenta l'aspettativa media di vita inibendo lo sviluppo di malattie cardiovascolari, diabete, malattie neoplastiche del colon e della mammella e depressione, riduce il rischio di fratture di femore e vertebrali ed aiuta il controllo del peso corporeo. L'attività fisica mitiga le alterazioni biologiche legate all'età e le relative conseguenze sul benessere e contribuisce a preservare la capacità funzionale (1).

L'attività fisica non va confusa con lo sport e l'esercizio e neppure con la riabilitazione, in quanto per **attività fisica** si intende qualunque movimento corporeo prodotto dai muscoli utilizzando energia. Questa definizione comprende lo sport e altre attività come giocare, camminare, andare in bicicletta, dedicarsi ai lavori domestici o al giardinaggio. L'attività fisica viene di norma erogata in contesti non sanitari, non è rivolta a gruppi di persone specifici per patologia ed è gestita da personale non sanitario con formazione specifica.

Con il termine **esercizio** (o ginnastica e, in senso esteso, allenamento) si indica una serie di movimenti ripetitivi, codificati e organizzati volti al miglioramento o al mantenimento di uno o più componenti della forma fisica (2).

La **riabilitazione** consiste invece in una serie di attività volte a recuperare la funzione persa o ridotta in seguito ad un evento patologico o traumatico, utilizzando gli strumenti dell'esercizio terapeutico e della rieducazione funzionale. Lo scopo è restituire il paziente al proprio contesto di vita promuovendone la maggiore autonomia possibile e la qualità della vita. La riabilitazione opera mediante lo strumento del progetto riabilitativo individuale (PRI), coordinato dal medico Fisiatra che lavora in un team riabilitativo.

Anche se gli effetti positivi dell'attività fisica sull'invecchiamento sono conosciuti, non tutte le forme di attività fisica producono gli stessi benefici e sono indicate per qualunque persona.

La attività fisica non è riabilitativa e quindi non può e non deve essere considerata "sanitaria", ma rientra a pieno titolo nell'ambito delle attività che esercitano un benefico effetto sull'organismo umano e come tale viene considerata da incentivare nell'ambito della promozione di stili di vita sani (3).

Per tale ragione, sebbene l'erogazione di tale attività sia esclusa dai livelli essenziali di assistenza (LEA) e quindi la sua erogazione non sia di competenza del Servizio Sanitario Regionale, spetta tuttavia a questo:

- la promozione di essa attraverso la collaborazione con le varie forme di associazionismo,

- la condivisione dei criteri di inclusione ed esclusione con i Medici di Medicina Generale (MMG) nonché con tutti gli erogatori della stessa,
- la garanzia, a tutela dei cittadini, del controllo dell'appropriatezza e della qualità dell'intero processo, anche attraverso la formazione del personale che la eroga,
- la valutazione degli esiti in termini soprattutto di salute collettiva,
- l'eventuale reinserimento della persona nel circuito sanitario qualora dovesse manifestare problemi durante l'attività stessa.

Il Medico di Medicina Generale (MMG) ha il compito di promuovere le diverse tipologie di attività, in considerazione dello stato di salute della persona che ha in carico e comunque di ricordare, a ciascuno dei propri assistiti, la necessità di un costante movimento nell'arco della giornata.

Con il presente documento si intende quindi definire e standardizzare le caratteristiche ed il target di:

- attività per la salute (AFS),
- attività fisica adatta (AFA),
- attività fisica per la disabilità (AFD)

ovvero delle tre tipologie di attività attualmente praticate nel territorio della regione Umbria, poiché la mancanza di linee di indirizzo uniformi su scala regionale e la mancanza di punti di riferimento condivisi su scala nazionale, rischia di introdurre variabili consistenti di inappropriata.

Attività fisica per la salute (AFS)

Si tratta di attività motoria generica, rivolta ad ampie fasce di popolazione e finalizzata a migliorare globalmente la salute fisica e psichica ed a ridurre il rischio di sviluppare o a migliorare complessivamente il quadro clinico di malattie non trasmissibili come ipertensione, cardiopatia ischemica, osteoporosi, dislipidemie, diabete, obesità, ecc. In generale si può affermare che migliora il tono dell'umore e la qualità di vita.

L'AFS è particolarmente indicata per persone "sane-sedentarie" di età 65 anni prive di disabilità nel cammino e nelle ADL (Activity Daily Living) e di patologie note degne di rilievo. Nelle persone di questa fascia d'età, la partecipazione a corsi appropriati di attività motoria può aiutare ad assumere un ruolo più attivo nella società con miglioramento dell'integrazione, ampliamento dei rapporti sociali, mantenimento del ruolo e acquisizione di nuovi, aumento delle attività intergenerazionali.

Modalità di accesso

L'accesso all'AFS necessita di una valutazione del Medico di Medicina Generale preliminare e complessiva, finalizzata a valutare l'idoneità della persona a praticare l'attività stessa. Il MMG consiglia tale attività alla persona che si trova in stato di relativo benessere e priva di disturbi funzionali nel cammino, di limitazioni nelle ADL e nella partecipazione alla vita sociale, ma che presenta un rischio di sedentarietà o ipomobilità.

La persona così individuata deve essere successivamente valutata presso il centro erogatore dal laureato in Scienze motorie, per classificarne la capacità funzionale utilizzando la "Short Physical Performance Battery (SPPB)". Il test consiste in una sequenza di tre semplici prove che valutano la funzionalità degli arti inferiori: velocità del cammino su 4 metri, equilibrio in stazione eretta in diverse posizioni dei piedi ed abilità nell'alzarsi ripetutamente dalla posizione seduta. Ogni singola prova è misurata con uno score da 0 (incapacità) a 4 (performance normale): lo score totale deriva dalla somma dei singoli 3 score e può andare da 0 (performance peggiore) a 12 (performance migliore). Uno score 9 è stato utilizzato per definire una limitazione nella performance degli arti inferiori.

- score 10: l'utente viene incluso nella AFS
- score < 10: l'utente viene reinviato al MMG in quanto portatore di una limitazione nella performance degli arti inferiori e potrà essere sottoposto ad una più approfondita valutazione medica e/o inserito in percorsi alternativi all'AFS.

Criteri di esclusione

Non vengono individuati specifici criteri di esclusione perché il fine dell'AFS è assicurare il massimo dell'inclusione degli utenti e contemporaneamente adeguati livelli di sicurezza, attraverso la valutazione preliminare del MMG e la professionalità degli operatori che la erogano.

□ **Tipologia di attività fisica**

E' centrata su proposte di movimento morbido e piacevole, di intensità moderata, basate innanzitutto sulla percezione, sulla distensione e sulla fluidità e finalizzate a migliorare tutte le capacità motorie, in particolare le capacità coordinative, ma anche l'immagine del corpo e le possibilità di apprendimento e relazione. Molte delle esperienze motorie si svolgono infatti con l'ausilio della musica e di vari tipi di attrezzi e materiali (anche non convenzionali) e comprendono l'uso della libera espressione corporea, del contatto e dell'interazione tra i partecipanti. Ampio spazio è dedicato al lavoro sulla postura e sul movimento della colonna vertebrale, sull'equilibrio e sulla prevenzione delle cadute, sulla coordinazione, il ritmo, le capacità di reazione. Viene svolta con frequenza bisettimanale in lezioni della durata di un'ora ciascuna.

□ **Professionalità**

Operatori in possesso di Laurea in Scienze motorie

□ **Durata**

L'AFS dovrebbe avere mediamente una durata di 4 mesi. Al termine del periodo la persona, uscita dallo stato di sedentarietà, dovrebbe passare ad un tipo di attività fisica diverso e più impegnativo auto-mantenendolo nel tempo.

Indicatori per il controllo dei risultati:

All'inizio e al termine del programma di attività fisica, viene effettuata da parte del laureato in Scienze Motorie, una rilevazione di:

- SPPB (Scala "Short Physical Performance Battery);
- punteggio PASE (5).

"Attività Fisica Adattata (AFA)"

L'attività fisica adattata (Adapted Physical Activity, APA) nasce nel 1973, anno di fondazione in Belgio e Canada della International Federation of Adapted Physical Activity (IFAPA) e si riferisce al movimento, all'attività fisica ed agli sport ritagliati sugli interessi e sulle capacità degli individui portatori di capacità fisiche limitate quali disabili, malati o anziani. L'Attività fisica adattata (AFA) consiste in programmi di esercizi disegnati appositamente per persone con specifiche alterazioni dello stato di salute che comportino una forma di disabilità, cioè di limitazione che modifica lo stile di vita, di grado variabile e in forma cronica stabilizzata.

L'AFA secondo quanto definito nel Piano di indirizzo per la Riabilitazione (6) ha diversi ruoli: *"ricondizionare al termine della riabilitazione, combattere l'ipomobilità, favorire la socializzazione, promuovere stili di vita più corretti (prevenzione)" ... Essa " appare quindi come un valido presidio in grado non solo di interrompere tale circolo vizioso, ma di creare un circolo virtuoso. L'AFA non è attività riabilitativa, ma di mantenimento e prevenzione, finalizzata a facilitare l'acquisizione di stili di vita utili a mantenere la migliore autonomia e qualità di vita possibile."*

L'AFA è pertanto un'attività non sanitaria, che accanto all'obiettivo di promozione di stile di vita salutare tipico dell'attività al punto precedente, ha quello della prevenzione secondaria e del contrasto al peggioramento della disabilità.

Il **mal di schiena** e in generale le **sindromi algo-funzionali su base artrosica** sono tra le forme più semplici di disabilità cronica che possono beneficiare di programmi adattati di attività fisica (AFA).

□ **Modalità di accesso**

L'accesso a questa attività necessita di una valutazione medica (MMG o Specialista) finalizzata a valutare l'idoneità della persona ad essere inserita nell'AFA. Il medico, in presenza di un paziente con mal di schiena cronico o sindrome algo-funzionale su base artrosica, ove non si pongano obiettivi di trattamento farmacologico e riabilitativo specifici, accertata l'assenza di criteri di esclusione, invia il paziente stesso al centro erogatore per la successiva valutazione effettuata dal laureato in Scienze motorie che utilizza il seguente criterio di inclusione:

□ Scala "Short Physical Performance Battery (SPPB)": 6-10

Nel caso la persona presenti SPPB □ 5 viene reinviata al medico inviante per valutare la possibilità di un percorso alternativo.

□ **Criteri di inclusione**

- persona affetta da mal di schiena cronico o sindrome algo-funzionale su base artrosica anche pregressa

- livello clinico tale da non richiedere un intervento riabilitativo individuale

□ **Criteri di esclusione (anche per il solo sospetto)**

- Tumore in fase attiva

- Frattura vertebrale recente

- Infezioni

- Stenosi midollare o sindrome della cauda equina

- Aneurisma aorta addominale

- Massa retroperitoneale, dolore reno-ureterale, dolore uteroannessiale

- Lombalgia infiammatoria (entesoartrite)

- Alterazioni della comunicazione e degli apparati sensoriali così gravi da rendere impossibile la comprensione e/o l'esecuzione delle istruzioni date dall'insegnante (demenza, afasia, cecità, sordità) o le valutazioni previste dallo studio.

- Scopenso cardiaco (>II NYHA)

- Angina instabile;

- Arteriopatia periferica sintomatica;

- Malattia polmonare che richiede ossigeno terapia

- Recente (< 3 mesi) infarto miocardico o ospedalizzazione

- Dolore che interferisca con l'esercizio

- Ipotensione ortostatica

- Precario controllo della PA (diastolica □ 95 mmHg, sistolica □ 160 mmHg)

- Qualsiasi altra condizione che il MMG ritenga controindicare un programma di esercizio fisico di moderata intensità

□ **Tipologia di attività fisica**

L'attività è adattata alle caratteristiche fisiche del gruppo di persone seguite e consiste in esercizi ripetitivi e standardizzati di attivazione-condizionamento cardiovascolare, mobilizzazione pluriarticolare e della colonna, allungamenti muscolo tendinei e rinforzo muscolare; viene effettuato un lavoro sulla coordinazione motoria e sulla percezione e riequilibrio posturale. Gli esercizi coinvolgono i diversi distretti corporei in più posizioni utilizzando semplici attrezzature come sgabelli, bastoni e corde. A seconda della specificità dell'AFA vengono impostati esercizi rivolti al rachide o alle grosse articolazioni. Il provider viene addestrato a porre un'attenzione particolare ai casi di riacutizzazione che vengono prontamente segnalati al medico inviante. Fattore fondamentale di questo tipo di attività è la sinergia tra motricità e socializzazione da cui ne deriva uno stimolo al proseguimento dell'attività stessa e un miglioramento della qualità di vita.

L'attività viene svolta due volte alla settimana, in sedute di 1 ora ciascuna, in gruppo omogeneo.

□ **Professionalità**

Operatori in possesso della Laurea in Scienze Motorie o in Fisioterapia

□ **Durata**

L'attività Fisica Adatta dovrebbe avere una durata di almeno 8 mesi.

"Attività Fisica per la Disabilità (AFD)"

Le persone con patologie a maggior impatto disabilitante (esiti di ictus cerebrale, Sclerosi Multipla, M. di Parkinson, ecc.) che, a causa della sedentarietà, sono ugualmente a rischio di peggioramento della propria disabilità e di ulteriori limitazione della partecipazione sociale possono trarre vantaggio da programmi di Attività Fisica per la Disabilità (AFD). Si tratta prevalentemente di persone che hanno terminato un programma di riabilitazione e necessitano di un'attività di "mantenimento".

Gli esercizi sono adattati alle specifiche menomazioni funzionali dei pazienti e possono prevedere l'inserimento in gruppi funzionali omogenei.

L'accesso a questa attività necessita di una valutazione articolata dell'équipe riabilitativa del servizio territoriale di tipo clinico e funzionale, con specifiche scale di misura finalizzata a definire il tipo di attività a cui sottoporre il paziente.

□ **Modalità di accesso**

□ **Criteri di inclusione:**

- diagnosi specifica di malattia disabilitante di origine neurologica, reumatologicoortopedica, cardiorespiratoria
- stabilità clinica
- non necessità di intervento riabilitativo al momento della presa in carico

□ **Criteri di esclusione:**

presenza di:

- disturbo cognitivo grave
- instabilità cardiorespiratoria
- grave patologia dolorosa osteoarticolare
- depressione maggiore non trattata
- altre malattie disabilitanti associate

□ **Tipologia di attività fisica**

L'AFD si svolge in gruppo omogeneo per livello di disabilità ed è adattata alle caratteristiche dello stesso. Consiste in esercizi ripetitivi e standardizzati volti al mantenimento delle performances motorie degli utenti, con l'obiettivo di lavorare su obiettivi specifici a seconda della patologia di base. Gli esercizi possono essere svolti in carrozzina/sedia o in stazione eretta utilizzando anche piccole attrezzature come bastoni, corde, elastici e palle. I fisioterapisti in qualità di provider debbono essere particolarmente attenti a segnalare al Servizio di Riabilitazione inviante eventuali utenti in fase di ricaduta. L'aspetto socializzante dell'attività è favorito dal lavoro in gruppo ed anche questo è finalizzato a migliorare la qualità di vita dell'utente e dei familiari.

Modalità: una o due sedute alla settimana; esercizi in gruppo; durata singola seduta 1 ora.

□ **Professionalità**

Operatori in possesso della Laurea in Fisioterapia

□ **Durata**

Variabile in rapporto alla tipologia e gravità della disabilità in oggetto

Bibliografia e sitografia

- 1) Physical activity health topic. http://www.who.int/topics/physical_activity/en
- 2) Exercise and Physical Activity for Older Adults – Copyright © 2009 by the American College of Sports Medicine;
- 3) Global status report on noncommunicable diseases 2014 “Attaining the nine globalnoncommunicable diseases targets; a shared responsibility” - www.who.int/entity/nmh/publications/ncd-progress-monitor-2015/en/.
- 4) Guralnik JM, Ferrucci L, Simonsick EM, Salive ME, Wallace RB. Lower-extremity function in persons over the age of 70 years as a predictor of subsequent disability. N Engl J Med. 1995;332:556–561.
- 5) Validity and reliability of the Physical Activity Scale for the Elderly (PASE) in Japaneseelderly people, Hagiwara A., Geriatr Gerontol Int. 2008 Sep;8(3):143-51
5. Validity of thePhysical Activity Scale for the Elderly (PASE): According to energy expenditure assesd bythe Doubly LabeledWater Method, Albertine J., J. Clinical Epidemiology Vol. 50. No5, pp541-546, 1997
- 6) Piano di Indirizzo per la Riabilitazione, suppl. Gazzetta Ufficiale n. 50, 2011.

DGR 29.2.16, n. 206 - Ridefinizione della composizione e delle modalità di funzionamento del Centro Operativo Regionale (COR) per mesotelioma ed estensione delle competenze del COR ai casi di tumore naso-sinusale. (BUR n. 13 del 23.3.16)

Note

Viene fatto proprio documento istruttorio e la conseguente proposta dell'assessore, corredati dei pareri prescritti dal regolamento interno della Giunta, che si allegano alla presente deliberazione, quale parte integrante e sostanziale, rinviando alle motivazioni in essi contenute;

Viene approvata la seguente composizione del COR: Responsabili del COR

dr.ssa Mariadonata Giaimo dirigente del Servizio prevenzione sanità veterinaria e sicurezza alimentare e prof. Fabrizio Stracci direttore del RTUP e responsabile della sez. Sanità pubblica del Dipartimento di Medicina sperimentale dell'Università di Perugia

Componenti del COR

RTUP: Giuseppe Masanotti, Fortunato Bianconi, Saba Petrucci USL Umbria 1:

- Servizio PSAL area Nord: Giorgio Miscetti
- Servizio PSAL area sud: Patrizia Bodo USL Umbria 2
- Servizio PSAL area nord/sud: Laura Sarnari;

Vengono ampliate le competenze del COR alla sorveglianza dei tumori naso-sinusalì.

Viene approvata la procedura di segnalazione allegata al presente atto quale parte integrante e sostanziale (allegato 1);

Viene affidata al personale del RTUP che gestisce le attività del COR la produzione di un report che riporti i risultati delle sorveglianze attuate con cadenza annuale.

VENETO

L..R. 8.3.16, n. 9 - Promozione della comunicazione e formazione degli operatori in materia di donazione di organi e tessuti. (BUR n. 24 del 15.3.16)

Art. 1**Finalità.**

1. La Regione del Veneto promuove e sostiene la donazione degli organi e dei tessuti quale strumento di crescita sociale, culturale e di tutela della salute.
2. A tal fine, la presente legge, nel rispetto della vigente normativa nazionale in materia, prevede disposizioni per la formazione e l'informazione della collettività regionale e degli operatori comunali in materia di donazione di organi e tessuti.

Art. 2**Principi e obiettivi.**

1. La Regione del Veneto assume come proprio obiettivo la formazione di una più ampia coscienza civile quale strumento essenziale di solidarietà umana e sociale e sostiene l'informazione e la sensibilizzazione della popolazione ed in particolare dei giovani, alla donazione di organi e tessuti.
2. La Regione del Veneto promuove la formazione e l'informazione in tutto il territorio regionale attraverso il sostegno ai Comuni e alle associazioni riconosciute statutariamente operanti in materia di donazione di organi e tessuti, affinché vengano effettuate campagne di sensibilizzazione della cittadinanza, in particolare della popolazione scolastica, sul tema della donazione degli organi e dei tessuti.

Art. 3**Disposizioni attuative.**

1. La Giunta regionale promuove iniziative, in collaborazione con il Centro Regionale Trapianti, con ANCI Veneto, con Federsanità e con le associazioni riconosciute statutariamente operanti nella Regione Veneto in materia di donazione di organi e tessuti, al fine di garantire la massima diffusione ed una omogenea applicazione sul territorio regionale delle Linee Guida Ministeriali per la registrazione della dichiarazione di volontà sulla donazione degli organi e dei tessuti.

Art. 4**Formazione del personale.**

1. La Giunta regionale promuove la formazione e l'aggiornamento degli operatori comunali per le procedure indicate all'articolo 3, mediante l'attivazione e il sostegno ai corsi finalizzati all'acquisizione di conoscenze tecnico-scientifiche, operative e giuridiche in materia.

2. La Regione del Veneto collabora con i comuni e contribuisce per le operazioni necessarie affinché i sistemi informativi comunali interagiscano con il Sistema Informativo Trapianti (SIT), promuovendo la partecipazione degli ufficiali dell'anagrafe a corsi di aggiornamento relativi all'utilizzo dei nuovi sistemi informativi che consentono di inserire la dichiarazione di volontà nel SIT.

Art. 5

Norma finanziaria.

1. Agli oneri di natura corrente derivanti dall'applicazione della presente legge, quantificati in euro 100.000,00 per l'esercizio 2016, si fa fronte con le risorse allocate nella Missione 13 "Tutela della Salute" - Programma 01 "Servizio sanitario regionale-finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA" - Titolo 1 "Spese correnti", mediante contestuale riduzione di quelle afferenti il finanziamento della legge regionale 14 settembre 1994, n. 55 "Norme sull'assetto programmatico, contabile, gestionale e di controllo delle unità locali socio sanitarie e delle aziende ospedaliere in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517" del bilancio di previsione 2016-2018.

2. Per gli esercizi successivi si provvede nei limiti degli stanziamenti annualmente autorizzati dalle rispettive leggi di bilancio, ai sensi di quanto disposto dall'articolo 4 della legge regionale 29 novembre 2001, n. 39 "Ordinamento del bilancio e della contabilità della Regione".

DGR 16.2.16, n. 135 - Elenco ricognitivo dei soggetti titolari di accreditamento istituzionale per l'erogazione di prestazioni sanitarie ambulatoriali. Legge regionale 16 agosto 2002, n. 22. (BUR n. 24 del 15.3.16)

Note

Viene pubblicato l'elenco ricognitivo delle strutture sanitarie titolari di accreditamento istituzionale per l'erogazione di prestazioni sanitarie ambulatoriali ai sensi dell'art. 19 comma 6 della Legge regionale 16 agosto 2002, n. 22. Con detto elenco si prende atto delle variazioni intervenute relativamente alla denominazione o alla forma societaria rispetto all'elenco pubblicato con DGR n. 1576 del 4.10.2011 aggiornato dalla competente struttura alla data del 31.12.2015.

DGR 3.3.16, n. 207 - Approvazione nuovo schema di convenzione con l'Azienda Ulss n. 7 di Pieve di Soligo per la gestione contabile ed amministrativa del "Coordinamento Regionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCMR). (BUR n. 24 del 15.3.16)

Note

Viene approvato il nuovo schema di convenzione che regola i rapporti tra la Regione del Veneto e l'Azienda Ulss n. 7 di Pieve di Soligo per la gestione del Coordinamento Regionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCMR).

STRUTTURE ASSISTENZIALI

EMILIA-ROMAGNA

DGR 29.2.16, n. 273 - Approvazione sistema di remunerazione dei Servizi Socio-Sanitari accreditati provvisoriamente e/o definitivamente. (BUR n.79 del 23.3.16)

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Visto l'articolo 38 della legge regionale 12 marzo 2003, n. 2, recante "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", come sostituito dall'articolo 39 della legge regionale 22 dicembre 2005, n. 20;

Vista la DGR 772/2007, con la quale, in attuazione dell'art.38 succitato, si è provveduto a:

- definire i criteri generali e le linee guida di applicazione dell'accREDITAMENTO in ambito sociosanitario e sociale,
- individuare i servizi relativamente ai quali esso trova applicazione, dando priorità, per quanto attiene ai tempi di attuazione, ai servizi finanziati anche tramite il Fondo regionale per la non autosufficienza,
- rimandare ad ulteriori provvedimenti attuativi la definizione dei requisiti e delle procedure per l'effettiva applicazione dell'accREDITAMENTO;

Considerato in particolare che la DGR 772/2007 dispone, al punto 6.3 dell'allegato 1, che l'accREDITAMENTO comporta l'accettazione di tariffe predeterminate attraverso l'introduzione di un sistema tariffario regionale unitario di remunerazione delle prestazioni sociosanitarie;

Visto l'art 38 della LR 2/2003 come modificato ed integrato dall'art.23 della legge regionale 19 febbraio 2008 n.4, con il quale sono stati regolamentati gli istituti dell'accREDITAMENTO transitorio e dell'accREDITAMENTO provvisorio, al fine di consentire l'avvicinamento graduale e progressivo a requisiti e condizioni propri dell'accREDITAMENTO definitivo e di assicurare il raggiungimento della responsabilità gestionale unitaria e complessiva dei servizi ed il superamento della frammentazione nell'erogazione dei servizi alla persona;

Considerato in particolare che, ai sensi di tale articolo, spetta alla Giunta regionale, sentita la Commissione assembleare competente, disciplinare requisiti, criteri, procedure e tempi per l'avvio dell'accREDITAMENTO (transitorio, provvisorio e definitivo) di servizi e strutture sociosanitarie, provvedendo altresì a definire il sistema di remunerazione delle prestazioni sulla base di tariffe predeterminate;

Vista la deliberazione della Giunta regionale n. 514/2009 e s.m.i., recante "Primi provvedimenti attuativi dell'art. 23 della l.r. 4/2008", che ha disciplinato le procedure, le condizioni ed i requisiti per l'accREDITAMENTO transitorio, provvisorio e definitivo rinviando ad uno o più successivi provvedimenti le determinazioni relative al sistema omogeneo di tariffe per l'accREDITAMENTO transitorio, provvisorio e definitivo;

Viste le proprie deliberazioni DGR n. 2110/2009, n. 219/2010 e n. 1336/2010 con le quali è stato approvato il sistema di remunerazione dei servizi sociosanitari accREDITATI valido per l'accREDITAMENTO transitorio per le diverse tipologie di servizio e nelle quali si rimandava a successivo provvedimento la adozione del sistema di remunerazione per l'accREDITAMENTO definitivo;

Vista la propria deliberazione n. 715/2015 con la quale è stato disposto per i servizi sociosanitari accREDITATI il mantenimento del sistema di remunerazione per l'accREDITAMENTO transitorio (DGR n. 2110/2009, DGR n. 219/2010 e DGR n. 1336/2010 e DGR n. 292/2014) sino alla definizione ed implementazione del sistema di remunerazione valido per l'accREDITAMENTO definitivo e sono state approvate le modifiche e semplificazioni agli standard della DGR 514/2009 valevoli per l'accREDITAMENTO definitivo;

atto della necessità di garantire sostenibilità al sistema dei servizi socio-sanitari ed ampliamento della capacità di risposta ai bisogni delle persone anziane e disabili attraverso i seguenti interventi coordinati:

- ampliamento delle opportunità e delle modalità di erogazione di interventi a bassa soglia e di presa in carico di anziani, disabili e dei loro familiari e caregiver aumentando il numero dei cittadini inseriti nella rete dei servizi,
- incremento delle tariffe/die per la sola quota a carico del FRNA per tutti i soggetti gestori dei servizi accREDITATI definitivamente, senza alcun aumento a carico degli utenti,
- introduzione di una misura di compensazione dell'Irap per i gestori pubblici per sanare l'aumento del differenziale tra soggetti gestori pubblici e privati derivante dalla riduzione Irap per i soggetti privati stabilita dalla legge di stabilità per l'anno 2015,
- sostegno alle gestioni di servizi accREDITATI di piccole dimensioni collocati in zone svantaggiate per i quali non è possibile allo stato attuale ipotizzare interventi di riorganizzazione e razionalizzazione;

Dato atto inoltre che in relazione alle misure disposte con la presente deliberazione ai punti 2 b) e 3) del paragrafo 3.1.2 dell'allegato 1 si rende necessario realizzare un aggiornamento del monitoraggio per quanto riguarda i servizi accreditati definitivamente e/o provvisoriamente che si trovano nelle condizioni ivi indicate, al fine di garantire la conseguente programmazione del FRNA;

Dato atto altresì che l'insieme degli interventi previsti (in parte nel presente atto ed in parte rimandati alla programmazione FRNA del 2016) verrà finanziata con le risorse FRNA che si prevede di incrementare per il 2016 di circa 5 milioni, anche attraverso la programmazione integrata con le risorse assegnate alla Regione Emilia-Romagna dal Fondo Nazionale non autosufficienze;

Dato atto della volontà dell'Amministrazione regionale, come previsto nella premessa della DGR 514/2009, di promuovere nel corso del 2016 la conclusione del percorso di approfondimento e verifica della esperienza realizzata con l'introduzione dell'accredimento dei servizi socio-sanitari, al fine di apportare al sistema di accreditamento i correttivi che si identificheranno come necessari per migliorarlo e costruire, anche alla luce delle profonde modifiche intervenute dal 2009 ad oggi, le condizioni di sostenibilità del sistema dei servizi nel medio e lungo periodo,;

Precisato che nell'ambito della verifica di cui al precedente capoverso sarà sottoposto a monitoraggio e valutazione anche il sistema di remunerazione dell'accredimento definitivo che si approva con il presente atto al fine di apportare adattamenti e miglioramenti che si renderanno necessari;

Dato atto del lavoro istruttorio e di analisi sulla base del quale è stato definito il sistema di remunerazione per l'accredimento transitorio;

Ritenuto pertanto necessario regolamentare il sistema di remunerazione dei servizi socio-sanitari per anziani, per disabili e per l'assistenza domiciliare individuati dalla DGR n. 514/2009 assoggettati all'accredimento definitivo e provvisorio;

Dato atto di quanto emerso nel corso della verifica congiunta sin qui condotta tra la Regione, gli Enti Locali e tutti gli altri soggetti coinvolti nel percorso prevista dalla DGR n. 514/2009, realizzata nel corso degli anni passati;

Tenuto conto della necessità di confermare il perseguimento, anche tramite il sistema di remunerazione, degli obiettivi strategici che la legislazione regionale assegna al processo di accreditamento:

- sostegno alla qualificazione dei servizi;
- garanzia di equità rispetto alla qualità dei servizi per tipologia omogenea degli stessi e a parità dei bisogni da parte dell'utente;
- qualificazione e valorizzazione del lavoro di cura, in modo da creare le condizioni per garantire maggiore stabilità e professionalità;
- qualificazione delle capacità gestionali, imprenditoriali ed ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse impegnate nella gestione dei servizi;

Considerato altresì che:

- per il periodo dell'accredimento transitorio è stato necessario accompagnare il percorso dell'accredimento con un sistema di remunerazione flessibile che consentisse di governare i processi di riorganizzazione necessari e mantenere tra le diverse situazioni e condizioni allora esistenti equità anche attraverso il percorso di attuazione dei programmi di adeguamento ai requisiti dell'accredimento definitivo;

- che tale necessità è stata superata con il rilascio degli accreditamenti definitivi, con alcune limitate eccezioni dettate e indicate nell'allegato 1;

Dato atto che entro il 31/12/2015 è stato completato il percorso di conferma degli accreditamenti definitivi, conferma rilasciata sulla base della verifica del possesso dei requisiti previsti per l'accredimento definitivo di cui alla DGR 514/2009 come modificata ed integrata dalla DGR 715/2015 e che in sede locale non sono da prevedersi richieste di adeguamento ad ulteriori standard, salvo quanto concordato in base al paragrafo 3.1.2 per i servizi per disabili e al paragrafo 8.1 per i servizi per anziani dell'allegato 1;

Dato atto che il sistema di remunerazione di cui al presente atto mantiene l'impostazione e le scelte fondamentali del sistema di remunerazione valido per l'accredimento transitorio, con un adeguamento delle remunerazioni previste per ciascun servizio in ragione di quanto previsto dall'accredimento definitivo;

Considerata la necessità di prevedere un ulteriore meccanismo di compensazione tra le gestioni di soggetti pubblici e quelle degli altri soggetti in ragione delle modifiche introdotte dalla Legge 23 dicembre 2014, n. 190 in materia di possibilità di deduzione dalla base imponibile IRAP per i soggetti privati del costo dei lavoratori dipendenti a tempo indeterminato, al fine di appianare le differenze tra le diverse tipologie dei soggetti gestori, con le azioni dettagliatamente indicate nell'allegato 1;

Dato atto inoltre che per i soggetti gestori che sono soggetti all'Iva occorre adeguare quanto previsto nel sistema di remunerazione dell'accredimento transitorio a seguito dei mutamenti intervenuti delle aliquote Iva e di quanto previsto dai commi 960,961,962,963 dell'art. 1 della Legge 28 dicembre 2015 n. 208 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)";

Dato atto che per il periodo decorrente dall'1/1/2016 sino ad un massimo di 60 giorni successivi alla data di esecutività della presente deliberazione, gli enti titolari della gestione del FRNA sono autorizzati a quantificare con atto specifico gli importi corrispondenti alla differenza tra le tariffe previste dai contratti vigenti applicate nel periodo di cui trattasi e le tariffe determinate con l'applicazione del presente atto. Di dare altresì atto che tali importi a carico del FRNA saranno erogati in un'unica soluzione agli enti gestori aventi diritto parametrando all'effettiva erogazione di servizio nel periodo di cui trattasi;

Richiamato quanto previsto nell'allegato 2 "Criteri per la gestione degli accessi e corretti rapporti con i soggetti gestori di servizi accreditati e per la fase di elaborazione dei contratti di servizio" della DGR 292 del 10 marzo 2014;

Dato atto del confronto in sede di Cabina di regia regionale per le politiche sanitarie e sociali nelle sedute del 30 novembre 2015 e del 10 febbraio 2016;

Acquisito il parere favorevole della Commissione Assembleare IV "Politiche per la salute e politiche sociali", nella seduta del 29/02/2016;

Dato atto del parere allegato;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute, Sergio Venturi;

A voti unanimi e palesi

delibera:

Vengono adottate, in attuazione dell'art.23 della L.R. 4/2008, le determinazioni relative al sistema omogeneo di remunerazione dei servizi socio-sanitari per anziani, disabili e per l'assistenza domiciliare accreditati definitivamente e provvisoriamente, secondo quanto disposto nell'Allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Il sistema omogeneo di remunerazione per l'accredimento definitivo di cui al presente atto si applica a far data dall'1/1/2016 ai servizi socio-sanitari accreditati definitivamente e provvisoriamente.

Per il periodo decorrente dall'1/1/2016 sino ad un massimo di 60 giorni successivi alla data di esecutività della presente deliberazione, gli enti titolari della gestione del FRNA sono autorizzati a quantificare con atto specifico gli importi corrispondenti alla differenza tra le tariffe previste dai contratti vigenti applicate nel periodo di cui trattasi e le tariffe determinate con l'applicazione del presente atto. Di dare altresì atto che tali importi a carico del FRNA saranno erogati in un'unica soluzione agli enti gestori aventi diritto parametrando all'effettiva erogazione di servizio nel periodo di cui trattasi

Allegato 1

Sistema omogeneo di remunerazione dei servizi socio sanitari accreditati per anziani, disabili e per l'assistenza domiciliare definitivamente o provvisoriamente

Indice

- 1. Il sistema omogeneo di remunerazione per l'accredimento definitivo**
- 2. Parametri regionali per la determinazione del sistema di remunerazione**
 - 2.1 Il costo di riferimento per i servizi socio sanitari**
 - 2.1.1 Servizi per anziani**
 - 2.1.2 Servizi per disabili**
 - 2.1.3 Assistenza domiciliare**
 - 2.2 Il sistema di remunerazione**
- 3. La determinazione del costo di riferimento del servizio accreditato**
 - 3.1 Elementi di flessibilità gestionale**
 - 3.1.1 Elementi oggettivi che possono determinare una diminuzione del costo di riferimento**
 - 3.1.2 Elementi che possono determinare un aumento del costo di riferimento**
 - 3.2 Procedure di verifica della presenza o meno degli elementi di flessibilità gestionale**
- 4. La remunerazione delle attività e delle prestazioni sanitarie**
 - 4.1 Criteri specifici per la remunerazione delle attività e delle prestazioni sanitarie**
 - 4.1.1 Attività e prestazioni sanitarie fornite dal soggetto gestore del servizio accreditato**
 - 4.1.2 Prestazioni ed attività sanitarie fornite direttamente dalle AUSL**
 - 4.2 Specificità nei servizi per anziani**
 - 4.3 Specificità nei servizi per disabili**
 - 4.4 Indicazioni per i contratti di servizio**
- 5. Determinazione della quota a carico del FRNA**
- 6. Valutazione di altri eventuali servizi e/o fattori produttivi messi a disposizione del soggetto gestore del servizio accreditato**
- 7. Norme specifiche**
 - 7.1 Assistenza domiciliare**
 - 7.2 Servizi dedicati per le demenze**
 - 7.3 Accoglienza temporanea di sollievo**
- 8. La determinazione della retta a carico degli utenti e/o dei Comuni**
 - 8.1 Mantenimento standard di qualità superiori nei servizi per anziani CD e CRA**
- 9. Elementi di trasparenza da inserire nei contratti di servizio**
- 10. Indicazioni per i servizi non accreditati sino alla data di accreditamento**

1. Il sistema omogeneo di remunerazione per l'accredimento definitivo:

Il sistema di cui al presente allegato prevede un corrispettivo congruo e onnicomprensivo tale da remunerare tutti i requisiti previsti per ogni servizio dalla DGR 514//2009 e successive modificazioni e integrazioni.

Come già indicato nel sistema di remunerazione per l'accredimento transitorio la flessibilità resta relativamente al costo del lavoro e agli aspetti fiscali per tutti i servizi e agli elementi assistenziali e organizzativi limitatamente al centro diurno per anziani ed ai servizi per disabili.

Il costo di riferimento sociale e socio-sanitario viene remunerato attraverso il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza e la compartecipazione degli utenti e/o le risorse dei Comuni di residenza degli utenti stessi, secondo le modalità uniformi di seguito descritte.

Sulla base:

- a) della valutazione del livello assistenziale degli utenti del servizio accreditato per la casa residenza per anziani (case mix del servizio), per il centro diurno anziani, per il centro socio riabilitativo diurno e residenziale per disabili;
- b) della presenza o meno degli elementi di flessibilità dei costi di riferimento;
- c) della valutazione di altri eventuali servizi e/o fattori produttivi messi a disposizione del soggetto gestore del servizio accreditato;

i Contratti di servizio definiscono il sistema di remunerazione del servizio accreditato, nel rispetto dei criteri e dei limiti indicati nel presente provvedimento, determinando:

- il costo di riferimento unitario per il singolo servizio accreditato;

- la tariffa a carico del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza;
- la retta a carico degli utenti e/o dei Comuni, in coerenza con gli indirizzi formulati dal Comitato di distretto, dal Comune o dalla Giunta dell'Unione (se coincidenti con l'ambito distrettuale);
- la quota a carico del Fondo Sanitario Regionale per i servizi forniti direttamente dalle AUSL o per il rimborso nel caso di servizi sanitari garantiti direttamente dal soggetto gestore del servizio accreditato. L'AUSL, come previsto dalla DGR 514/09, sottoscrive il contratto di servizio per la parte di propria competenza per le prestazioni sanitarie.

Nei contratti di servizio dovranno essere previste le necessarie forme di flessibilità che consentano l'utilizzo ottimale dei servizi e delle strutture accreditate, ad esempio prevedendo la possibilità di utilizzare la disponibilità anche temporanea dei posti letto nelle strutture (residenziali o diurne) per ricoveri temporanei di sollievo, prendendo a riferimento oltre al posto letto anche il numero delle giornate di accoglienza.

2. Parametri regionali per la determinazione del sistema di remunerazione

2.1 Il costo di riferimento per i servizi socio sanitari :

Le tabelle di seguito riportate indicano il costo di riferimento regionale per giornata di accoglienza per i servizi soggetti ad accreditamento, escluso i costi riferiti alle prestazioni sanitarie, per la casa residenza (d'ora in poi CRA) e per il centro diurno per anziani (d'ora in poi CD), per il centro socio-riabilitativo diurno (d'ora in poi CSRD) e residenziale (d'ora in poi CSSR) per disabili e per ora di erogazione del servizio per soggetti non autosufficienti per l'assistenza domiciliare (d'ora in poi AD).

Nelle schede dell'allegato A tra i fattori di costo del CD e del CSRD non è stata valorizzata la fornitura del servizio del trasporto/accompagnamento da casa verso il servizio e viceversa, che pertanto risulta elemento aggiuntivo rispetto al costo di riferimento da valorizzare a parte in sede di contratto di servizio come meglio specificato in seguito.

2.1.1 Servizi per anziani

CRA - Costo per giornata di accoglienza in Casa Residenza per anziani

Livello Assistenziale Costo di riferimento regionale sociale e sociosanitario escluso le prestazioni sanitarie

Livello A € 91,90

Livello B € 91,90

Livello C € 82,65

Livello D € 77,15

Per la CRA viene determinato il costo di riferimento medio del servizio in base agli esiti della valutazione del case mix.

Tale costo di riferimento viene corretto e rideterminato in base alla presenza o meno degli elementi di flessibilità di cui al successivo capitolo 3.

La valutazione del case mix degli ospiti della CRA viene svolta annualmente nei confronti di tutti gli ospiti stabilmente inseriti nella struttura, anche di quelli temporaneamente assenti per ricovero ospedaliero, utilizzando i criteri, gli strumenti e le modalità di cui alla Determinazione del Direttore Generale n. 7108 dell'11/8/1999, fatta salva la possibilità già prevista di rivalutazione in corso d'anno nel caso di significativo mutamento del case-mix.

CD - Costo per giornata di accoglienza in Centro Diurno per anziani non autosufficienti

Livello Assistenziale Costo di riferimento regionale sociale e sociosanitario escluso le prestazioni sanitarie

Base € 51,05

Disturbi del Comportamento € 59,05

2.1.2 Servizi per disabili

In considerazione della relativa stabilità delle condizioni e dei bisogni delle persone con disabilità ospitate nei centri diurni e residenziali, il sistema di remunerazione ha come riferimento il singolo utente ed è determinato per i livelli previsti dallo strumento di valutazione dei bisogni educativi ed assistenziali adottato con determina dirigenziale ai sensi della DGR 514 del 2009.

In presenza di ospiti con bisogni socio assistenziali ed educativi lievi, il costo di riferimento per il livello moderato va ridotto del 20% in considerazione di una inferiore presenza di personale assistenziale ed educativo.

In presenza di ospiti con disturbi del comportamento e bisogni socio assistenziali ed educativi particolarmente complessi il costo di riferimento per il livello completo è aumentato in rapporto a quanto previsto nel PAI /PEI sino ad un massimo del 40% per il CSRSD e del 35% per il CSRR, in relazione alla effettiva maggiore presenza di attività e di personale assistenziale ed educativo.

L'aggiornamento della valutazione dei singoli ospiti è garantita in relazione alla modifica significativa delle condizioni e dei bisogni delle persone con disabilità .

Al fine di garantire la personalizzazione degli interventi, nel caso il PAI /PEI predisposto dai servizi territoriali invianti preveda, per motivi particolari e comunque funzionali al percorso assistenziale, la frequenza di servizi o attività diurne esterni al CSRR anche per periodi temporanei, il soggetto gestore del centro residenziale deve garantire l'opportuno raccordo con i servizi o le attività diurne nel pieno esercizio della responsabilità in particolare del raggiungimento degli obiettivi del PAI /PEI delle attività e degli interventi svolti nell'ambito del proprio servizio.

In tal caso, nella ipotesi di costi sostenuti per il servizio diurno, il costo di riferimento del CSRR è diminuito, in relazione a quanto previsto nel PAI /PEI, fino ad un massimo del 30%. Per la frequenza del servizio o delle attività diurne esterne, i soggetti pubblici competenti remunerano direttamente il soggetto gestore del servizio o delle attività diurne.

CSRSD -Costo per giornata di accoglienza in Centro Socio Riabilitativo Diurno

Livello Assistenziale

Costo di riferimento regionale sociale e sociosanitario

Livello MODERATO € 66,70

Livello SEVERO € 88,00

Livello COMPLETO € 115,30

Il costo di riferimento viene corretto e rideterminato in base alla presenza o meno degli elementi di flessibilità di cui al successivo capitolo 3.

CSRR -Costo per giornata di accoglienza in Centro Socio Riabilitativo Residenziale

Livello Assistenziale Costo di riferimento regionale sociale e sociosanitario

Livello MODERATO € 103,3

Livello SEVERO € 131,8

Livello COMPLETO € 164,8

Tale costo di riferimento viene corretto e rideterminato in base alla presenza o meno degli elementi di flessibilità di cui al successivo capitolo 3 ed è valido anche in caso di accoglienza temporanea di sollievo.

2.1.3 Assistenza Domiciliare

Costo per un'ora di erogazione del servizio

Tipologia Costo di riferimento regionale sociale e sociosanitario

escluso le prestazioni sanitarie

Socio assistenziale € 24,20

Socio educativa € 26,20

Per l'assistenza domiciliare il costo si riferisce alla remunerazione di tutti i fattori produttivi indicati nell'allegato A, comprensivi in base a quanto previsto dai PAI e/o dai PEI del tempo di trasferimento al domicilio dell'utente, per il calcolo del quale la Regione fornirà indicazioni al fine di assicurare omogeneità, prevedendo le necessarie flessibilità per le zone montane e disagiate.

2.2 Il sistema di remunerazione

Le tabelle di seguito riportate specificano il sistema di remunerazione del costo di riferimento tra Fondo Regionale per la Non Autosufficienza e compartecipazione degli utenti e/o le risorse dei Comuni di residenza degli utenti stessi.

Il costo di riferimento e conseguentemente la quota a carico del FRNA e la retta a carico degli utenti sono comprensive di Iva, se ed in quanto dovuta al soggetto gestore del servizio accreditato.

Remunerazione per giornata di accoglienza in Casa Residenza per Anziani**Livello Assistenziale FRNA Retta di riferimento regionale a carico Utente/Comune**

Livello A € 41,85

Livello B € 41,85

Livello C € 32,60

Livello D € 27,10

€ 50,05

Remunerazione per giornata di accoglienza in Centro Diurno per Anziani**Livello Assistenziale FRNA****Retta di riferimento regionale a carico****Utente/Comune**

Livello base € 21,70

Livello Disturbi del

Comportamento

€ 29,70

€ 29,35

Remunerazione servizi per disabili CSRD CSRR

Il sistema di remunerazione del costo di riferimento prevede a carico del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza una quota che può variare da un minimo del 75% ad un massimo dell'80% del costo di riferimento di cui al punto 2.1.2 , e a carico dei Comuni una conseguente quota variabile da un minimo del 20% ad un massimo del 25% del costo di riferimento del servizio accreditato, come determinato a seguito dell'applicazione di quanto previsto nel successivo paragrafo 3.1.

In via eccezionale, l'aumento del costo di riferimento dei servizi per disabili CSRD e CSRR rispetto a quanto definito dalla DGR n. 715/2015, disposto con il presente atto, può essere messo a carico del FRNA anche nel caso in cui con tale quota venga superato il limite massimo dell'80% di cui al capoverso precedente.

All'interno della quota a carico dei Comuni è da ricomprendersi il contributo a carico degli utenti, determinato nel modo e nei limiti fissati dalla normativa, con eguale metodologia e limite per tutti i livelli di valutazione dell'utente.

Il Comitato di distretto (il Comune se coincidente con il territorio del distretto o la Giunta dell'Unione) determina la percentuale del costo di riferimento per i centri diurni e residenziali per disabili accreditati che va posta a carico del FRNA in modo omogeneo per l'intero ambito distrettuale.

La determinazione della remunerazione del FRNA e della retta a carico del Comune non tiene conto del costo del servizio di trasporto, che nel caso di fruizione dello stesso viene definita nel successivo capitolo 3.

Remunerazione Assistenza Domiciliare con riferimento ad un'ora di erogazione del servizio**Tipologia assistenza FRNA****Retta di riferimento regionale a****carico Utente/Comune**

Socio assistenziale € 14,20

Socio educativa € 16,20

€ 10,00

Il costo di riferimento sopra indicato si riferisce all'assistenza domiciliare diretta a persone non autosufficienti, ai sensi della DGR 1206/2007 e successive integrazioni e determinazioni regionali.

Nel caso, sulla base di quanto previsto dal Piano assistenziale individualizzato o dal Piano educativo individualizzato, venga assicurato un intervento contemporaneo di due operatori, il costo di riferimento, e conseguentemente sia la quota a carico del FRNA che la retta di riferimento regionale a carico dell'utente e/o dei Comuni , è aumentata del 90%.

Il costo di riferimento per le prestazioni di assistenza domiciliare rivolte ad altri target, per le quali non è previsto il finanziamento del FRNA, è indicato al successivo paragrafo 7.1.

3. La determinazione del costo di riferimento del servizio accreditato

Sulla base dei criteri regionali di cui al precedente capitolo 2 viene definito il costo di riferimento per il singolo servizio accreditato, che deve essere rideterminato sulla base della presenza o meno degli elementi oggettivi di flessibilità descritti di seguito nel presente capitolo.

Nel caso di pluralità di servizi della stessa tipologia per i quali è rilasciato l'accREDITAMENTO allo stesso soggetto gestore, il contratto di servizio e la determinazione del costo di riferimento, e conseguentemente della quota FRNA e della retta a carico dell'utente e/o del Comune, fanno riferimento all'insieme dei servizi, assicurando in tal modo omogeneità nel rapporto con i cittadini a parità di livello del servizio reso.

Conseguentemente vengono anche determinati per il servizio accreditato la quota a carico del FRNA e la retta di riferimento a carico dell'utente e/o del Comune.

Nel caso di fornitura di servizi o di fattori produttivi messi a disposizione del soggetto gestore del servizio accreditato, nel contratto di servizio verranno ulteriormente definite le modalità di remunerazione secondo quanto previsto nel successivo capitolo 6.

3.1 Elementi di flessibilità gestionale

Nelle schede dell'allegato "A" sono indicati in dettaglio i fattori produttivi, i livelli assistenziali e i servizi integrativi sulla base dei quali è avvenuta la valorizzazione dei fattori produttivi assistenziali e la determinazione del costo di riferimento regionale. Nel costo del lavoro sono stati già previsti i costi di sostituzione relativi alle assenze medie per maternità e malattia, tenendo conto del sistema previdenziale vigente per i soggetti gestori privati.

Se ricorrono le condizioni di cui ai successivi punti 3.1.1 e 3.1.2 il costo di riferimento del servizio accreditato ed il sistema di remunerazione vengono conseguentemente adeguati con un aumento nei casi previsti nel paragrafo 3.1.2. o con una diminuzione proporzionale secondo criteri oggettivi in base alla diminuzione effettivamente rilevata rispetto al riferimento dell'allegato A, per tipologia di servizio, per giornata o per ora., secondo le modalità successivamente indicate.

Ai fini della determinazione del costo dei servizi socio sanitari l'allegato "A" specifica per ogni tipologia di servizio anche l'incidenza del costo complessivo del personale assistenziale e/o educativo (operatori sociosanitari, educatori, responsabili di nucleo, animatori, coordinatore di struttura) per giornata e per livello di intensità o per ora di servizio, definito sulla base del costo del lavoro preso come riferimento (contratto del settore privato profit - Anaste), comprensivo di tutti gli elementi contrattuali.

Per quanto riguarda la valutazione dell'incidenza del costo complessivo per giornata del personale assistenziale (operatori sociosanitari, educatori, responsabili di nucleo, animatori, coordinatore di struttura) va preso a riferimento il costo contrattuale garantito dal soggetto gestore, comprensivo degli oneri conseguenti all'applicazione della contrattazione di 2° livello, comunque nel limite del costo del lavoro indicato nel costo di riferimento regionale nell'allegato A.

Il costo di riferimento del singolo servizio accreditato viene determinato di conseguenza tenendo conto degli elementi oggettivi di seguito meglio descritti, che possono determinare diminuzioni o aumenti del costo di riferimento regionale.

Per il servizio CRA per anziani le variazioni in aumento o in diminuzione determinate dagli elementi oggettivi sotto descritti sono riferiti al valore medio di struttura del costo di riferimento come risultante dalla valutazione del case mix.

Per il servizio CD per anziani si precisa che per quanto riguarda il trasporto, poiché esistono modalità diverse per assicurare il trasporto dal domicilio al centro diurno e viceversa, si prevede in caso di effettiva fruizione del trasporto, in rapporto agli effettivi costi sostenuti e comunque sino ad un massimo di norma di euro 5 al giorno, la possibilità di incrementare il costo di riferimento del servizio accreditato, aumento da attribuire in parti eguali alla quota a carico del Fondo Regionale per la Non autosufficienza ed alla retta a carico dell'utente e/o del Comune.

Per il servizio CSR D per disabili si precisa che per quanto riguarda il trasporto/accompagnamento, nel contratto di servizio sono definite le modalità di erogazione e di finanziamento dello stesso dal domicilio al centro diurno e viceversa, prevedendo l'eventuale partecipazione al costo da parte

dell'utente esclusivamente in caso di effettiva fruizione del trasporto, in rapporto agli effettivi costi del servizio. Il sistema di remunerazione del costo del trasporto prevede a carico del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza una quota che, sulla base della programmazione distrettuale e delle caratteristiche del territorio di riferimento in particolare per le zone montane e lunghe percorrenze, può variare da un minimo del 50%, come previsto dalla DGR 1230/08 in merito alle attività a sostegno della domiciliarità, ad un massimo del 75%.

3.1.1. Elementi oggettivi che possono determinare una diminuzione del costo di riferimento

1) Assistenziali/organizzativi

Centro diurno anziani

Apertura del servizio inferiore ai parametri indicati nelle schede dell'allegato A (ore giornaliere). In caso di apertura del servizio in misura inferiore rispetto alle indicazioni di cui all'allegato A, o di frequenza programmata del servizio per metà della giornata, il costo di riferimento va adeguato anche tenendo conto dell'eventuale fornitura del pasto. La diminuzione si applica per il 40% alla quota a carico del FRNA e per il 60% alla retta di riferimento regionale a carico dell'utente e/o dei Comuni indicata al paragrafo 2.2.

Centro socio-riabilitativo diurno per disabili

1. Presenza di personale educativo ed assistenziale per le 8 ore giornaliere inferiore rispetto ai parametri previsti nella relativa scheda dell'allegato A. Nel conteggio del personale educativo ed assistenziale sono considerati anche gli operatori del servizio accreditato per le attività di accompagnamento nel trasporto previste nei PAI/PEI. In tal caso la riduzione si applica in modo proporzionale al livello di presenza del personale assistenziale, educativo rispetto alla distanza dai parametri indicati nella scheda dell'allegato A;

2. Apertura giornaliera del Centro inferiore alle 8 ore comunque nel rispetto del requisito minimo di apertura indicato al punto SPCDD 2.2 della DGR 514/09. In tal caso la riduzione è determinata in modo proporzionale relativamente al solo costo del personale indicato nell'allegato A. Centro socio-riabilitativo residenziale per disabili

Presenza ogni 15 ospiti di personale assistenziale, educativo inferiore rispetto ai parametri in base ai quali è stato calcolato il costo regionale di riferimento come indicati nella scheda dell'Allegato A. In tal caso la riduzione si applica in modo proporzionale al livello di presenza del personale assistenziale e/o educativo, rispetto alla distanza dai parametri indicati nella scheda dell'Allegato A;

2) Costo del lavoro

Costo complessivo per giornata del personale assistenziale (operatori assistenziali, responsabili di nucleo, animatori, coordinatore di struttura secondo i parametri indicati) inferiore a quello di riferimento indicato nell'apposita sezione delle schede dell'allegato "A", calcolato sulla base del contratto Anaste.

Nel caso in cui il soggetto gestore applichi un contratto di riferimento, comprensivo della contrattazione di 2° livello, che comporti un costo complessivo per giornata o per ora del personale assistenziale inferiore a quanto indicato nell'allegato A, sulla base di verifiche svolte secondo quanto indicato successivamente, il costo di riferimento medio come risultante dalla valutazione del case mix ed il sistema di remunerazione vengono conseguentemente adeguati con una diminuzione proporzionale. Tale riduzione va applicata CRA, CD e Assistenza domiciliare per il 40% alla quota a carico del FRNA e per il 60% alla retta di riferimento regionale a carico dell'utente e/o dei Comuni indicata al paragrafo 2.2, mentre per i servizi per disabili vanno applicate le percentuali previste al punto 2.2 per la quota a carico dell'utente e/o dei Comuni.

Le condizioni sopra richiamate sono verificate al momento della sottoscrizione del contratto di servizio ed aggiornate annualmente.

3.1.2 Elementi che possono determinare un aumento del costo di riferimento

1) Assistenziali/organizzativi

Centro socio-riabilitativo diurno per disabili

Per le situazioni già esistenti alla data di pubblicazione della DGR 219/2010 il Comitato di distretto o l'Unione dei Comuni, nell'ambito della programmazione delle risorse FRNA assegnate, può decidere di riconoscere un incremento del costo di riferimento in caso di:

- apertura del centro diurno per un numero di ore maggiore di quanto previsto nell'allegato A, con assicurazione della presenza nello stesso arco orario del personale nella misura indicata;
- maggiore presenza di operatori rispetto a quanto indicato nell'allegato A;
- presenza di un rapporto educatori/OSS maggiore rispetto a quanto indicato nell'allegato A.

L'incremento deve essere proporzionato ad elementi oggettivi e comunque complessivamente non può superare il 10% del costo di riferimento del servizio, come rideterminato ai sensi del punto 2) del paragrafo 3.1.1.

Centro socio-riabilitativo residenziale per disabili

Per le situazioni già esistenti alla data di pubblicazione della DGR 1336/2010, il Comitato di distretto o l'Unione dei Comuni, nell'ambito della programmazione delle risorse FRNA assegnate, può decidere di riconoscere un incremento del costo di riferimento in caso di:

- maggiore presenza di operatori rispetto a quanto indicato nell'allegato A;
- presenza di un rapporto educatori/OSS maggiore rispetto a quanto indicato nell'allegato A.

L'incremento deve essere proporzionato ad elementi oggettivi e comunque complessivamente non può superare il 15 % del costo di riferimento del servizio, come rideterminato ai sensi del punto 2) del paragrafo 3.1.1.

2) Altri elementi

a) saldo IVA: corretta valutazione del saldo Iva, limitatamente al caso dell'assistenza domiciliare, del centro diurno per anziani, del centro socio-riabilitativo diurno e residenziale disabili, per i soli soggetti gestori che operano in regime Iva di servizi accreditati per i relativi contratti di servizio:

- sino alla decorrenza prevista per ogni contratto di servizio dal comma 963 dell'art 1 della Legge 28 dicembre 2015 n. 208 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)" continuano ad applicarsi le norme previste dalle DGR n. 2110/2009, DGR n. 219/2010 e DGR n. 1336/2010;
- per ciascun contratto di servizio stipulato, rinnovato o prorogato dalla data prevista dal comma 963 dell'art. 1 della Legge 28 dicembre 2015 n. 208 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)" si applicano le seguenti maggiorazioni;
- euro 0,40 per il centro diurno anziani;
- euro 0,60 per l'assistenza domiciliare,
- per il livello moderato 0,75 per il centro socio-riabilitativo diurno per disabili e 0,25 per il centro socio-riabilitativo residenziale per disabili;
- euro 1,25 per il livello severo del centro socio-riabilitativo diurno e residenziale per disabili;
- euro 2,50 per il livello completo del centro socio-riabilitativo diurno e residenziale per disabili.

b) Servizi di ridotte dimensioni in zone montane o svantaggiate

Per i servizi accreditati come centri diurni anziani, centri socio-riabilitativi diurni per disabili e centri socio-riabilitativi residenziali per disabili di piccole dimensioni, ubicati in aree svantaggiate, quali territori montani e periferici dove il mantenimento del servizio allo stato attuale non può coniugarsi a processi di riorganizzazione/accorpamento, che rientrano nelle condizioni specifiche riportate di seguito, la remunerazione prevista nel capitolo 2.2 a carico del FRNA è aumentata del 10%.

Centro diurni anziani (CD)

1. Dimensione del servizio

Centro con un numero di posti accreditati minore/uguale a 10, limitatamente ai CD per i quali ricorrono anche le condizioni di cui al punto 2.

2. Ubicazione territoriale

- *Ubicazione in territorio montano:* Centri sino a 10 posti collocati in comuni montani

- *Ubicazione in territori con insediamenti sparsi e scarsi collegamenti* CD ad una distanza maggiore/uguale a 10 km da altri CD di piccole dimensioni (con un numero di posti accreditati minore/uguale a 10)

Centro socio-riabilitativo residenziale per disabili (CSRR)

1. Dimensione del servizio

Centro con un numero di posti accreditati minore/uguale a 12, limitatamente ai CSRR per i Quali ricorrono anche le condizioni di cui al punto 2.

2. Ubicazione territoriale

- *Ubicazione in territorio montano*: Centri sino a 12 posti collocati in comuni montani.
- *Ubicazione in territori con insediamenti sparsi e scarsi collegamenti*: CSRR ad una distanza con altro CSRR nel territorio del Distretto maggiore/uguale a 10 km.
- *Servizi adiacenti a struttura diurna* gestiti dallo stesso soggetto con un numero di posti complessivi (CSRR più CSRD) minore/uguale a 15.

Centro socio-riabilitativo diurno per disabili (CSRD)

1. Dimensione del servizio

Centro con un numero di posti accreditati minore/uguale a 10.

2. Ubicazione territoriale

- *Ubicazione in territorio montano*: tutti i CSRD sino a 10 posti collocati in comuni montani;
- *Ubicazione in territori con insediamenti sparsi e scarsi collegamenti* : i servizi ad una distanza con altro servizio diurno nel territorio del Distretto maggiore/uguale a 10 km.
- *Servizi adiacenti a struttura residenziale* gestiti dallo stesso soggetto con un numero di posti complessivi (CSRD più CSRR) minore/uguale a 15.

3) Gestioni particolari

Soggetti gestori privati

Nel caso in cui il soggetto gestore applichi un contratto di riferimento (ad esempio contratto ANFASS, etc.), che comporti un costo complessivo per giornata o per ora del personale assistenziale superiore a quanto indicato nelle schede dell'allegato A, anche considerando la contrattazione di 2° livello, il sistema di rimborso per malattie/infortuni da parte dell'Ente Previdenziale, il costo di riferimento (nel caso della CRA medio come risultante dalla valutazione del case mix) ed il sistema di remunerazione vengono conseguentemente adeguati, entro i limiti successivamente indicati per i soggetti pubblici.

Soggetti gestori pubblici

Per i Soggetti gestori pubblici che rientrano nei criteri indicati nei paragrafi 3.1.2. delle DGR 2110/2009, 219/2010 e 1336/2010 e per i quali ricorrono in toto o in parte e siano oggettivamente evidenziabili:

- l'applicazione del contratto nazionale enti locali o comunque di un contratto aziendale con costi analoghi, che comporti un costo complessivo per giornata o per ora del personale assistenziale superiore a quanto indicato nelle schede dell'allegato A,
- il maggior costo per le sostituzioni (maternità e malattia) rispetto a quanto previsto nelle schede di cui all'allegato A,
- l'applicazione di un regime fiscale IRAP più oneroso rispetto a quello previsto nell'apposita sezione dell'allegato "A", dopo attenta valutazione dei singoli fattori di costo, in caso di effettiva presenza dei tre elementi sopra ricordati, può venire definito un costo di riferimento documentato in aumento rispetto a quanto indicato nei capitoli 2 e 3 di:
 - euro 4 per la casa residenza per anziani;
 - euro 2 per il centro diurno;
 - per il centro socio-riabilitativo diurno per disabili:
 - euro 5,5 per il livello moderato;
 - euro 9 per il livello severo;
 - euro 12 per il livello completo per il centro socio-riabilitativo residenziale per disabili;
 - euro 3 per il livello moderato;

euro 5,5 per il livello severo;

- euro 7,5 per il livello completo

euro 3,5 per l'assistenza domiciliare socio assistenziale e 4,5 per quella socio educativa.

Nel caso di presenza soltanto di uno o di due degli elementi sopra ricordati l'aumento va proporzionalmente ridotto in relazione al fattore o ai fattori non presenti.

Nella determinazione dell'aumento del costo di riferimento si è tenuto conto non solo degli elementi di maggior costo indicati in questo paragrafo, ma anche della diversa valorizzazione dei costi edilizi per le gestioni pubbliche (ASP, Enti locali, etc.) individuata nelle schede dell'allegato A.

Il Comitato di distretto (il Comune, nel caso di coincidenza con l'ambito distrettuale, o la Giunta dell'Unione dei Comuni) può prevedere che la differenza tra l'eventuale maggior costo di riferimento del servizio accreditato rispetto al costo di riferimento regionale individuato al paragrafo 2.1 possa essere posta a carico del FRNA secondo le procedure di cui al successivo capitolo 5 e nei limiti indicati in precedenza, esclusivamente a condizione che:

- per la casa residenza e il centro diurno per anziani sia applicata la retta di riferimento regionale a carico degli utenti e/o dei Comuni, anche considerando eventuali finanziamenti da parte dei soggetti committenti e/o del soggetto gestore documentati e riportati nel contratto di servizio e di quanto previsto al capitolo 6,

- per i servizi per disabili, la quota a carico dei Comuni (comprensiva della partecipazione al costo degli utenti), anche considerando eventuali finanziamenti da parte dei soggetti committenti e/o del soggetto gestore documentati e riportati nel contratto di servizio e di quanto previsto al paragrafo 2.2 e al capitolo 6, sia uguale o superiore al 20% del costo di riferimento del servizio come rideterminato in base al capitolo 3,

- la gestione diretta da parte di soggetti pubblici delle attività assistenziali sia completa in attuazione del programma di adeguamento e comunque non sia sostanzialmente superiore al livello di gestione diretta esistente alla data di pubblicazione delle DGR 2110/2009, DGR 219/2010 e DGR 1336/2010 per le rispettive tipologie di servizio, come rilevato e attestato dagli Uffici di Piano.

In ogni caso tale differenza non può essere posta a carico degli utenti.

Ai soggetti pubblici gestori di servizi accreditati, ai quali si applica un regime fiscale IRAP più oneroso rispetto a quello previsto nell'apposita sezione dell'allegato "A", è da attribuire un ulteriore riconoscimento in ragione dell'aumentato divario della imposta IRAP in conseguenza dell'applicazione di quanto previsto dalla Legge 23 dicembre 2014, n. 190 nelle seguenti misure:

- per la casa residenza per anziani euro 1,75;

- per il centro diurno anziani euro 1,00;

- per il centro socio-riabilitativo diurno per disabili per tutti i livelli 1,8 euro;

- per il centro socio-riabilitativo residenziale per disabili per tutti i livelli 2,7 euro;

- per l'assistenza domiciliare socio assistenziale e per quella socio-educativa euro 0,45.

Il Comitato di distretto (o l'Unione dei Comuni) assume le decisioni necessarie affinché, in caso la gestione specifica dei servizi socio-sanitari accreditati da parte del soggetto gestore pubblico risulti in attivo, l'ulteriore riconoscimento di cui al capoverso precedente sia finalizzato all'ampliamento dei servizi a favore della popolazione anziana e disabile, in particolare interventi e servizi a bassa soglia e di sostegno ai familiari, ai caregiver delle persone anziane non autosufficienti e disabili e delle persone affette da demenza che amplino il numero complessivo dei beneficiari.

3.2 Procedure di verifica della presenza o meno degli elementi di flessibilità gestionale

I soggetti committenti, avvalendosi del supporto e delle competenze tecniche degli Uffici di Piano, raccolgono dai soggetti gestori, prima della stesura del contratto di servizio, tutte le informazioni sulle effettive caratteristiche del servizio finalizzate a verificare in modo condiviso e trasparente la presenza o meno degli elementi di flessibilità gestionale che possono determinare la riduzione e/o l'aumento del costo di riferimento e il relativo adeguamento del sistema di remunerazione.

A tal fine il soggetto gestore è tenuto ad evidenziare la propria realtà gestionale con riferimento agli elementi di flessibilità sopra indicati fornendo tutta la documentazione all'uopo necessaria (rendiconti economici analitici da cui emerga il rilievo economico del costo del personale

assistenziale; dichiarazioni in merito al numero del personale impiegato per tipologia di figura professionale con relativo inquadramento contrattuale e costo complessivo annuo; dichiarazione in merito ai rapporti assistenziali adottati e alla presenza degli elementi indicati al precedente paragrafo 3.1.1).

Per quanto riguarda la verifica sul costo del lavoro si precisa che la stessa dovrà avvenire in modo preventivo, sulla base di quanto attestato dal soggetto gestore al momento della richiesta di accreditamento con riferimento ai contratti effettivamente applicati nell'ambito territoriale di riferimento, comprensivi della contrattazione di secondo livello.

Nel contratto di servizio devono essere disciplinate le sanzioni progressive in caso di verifica di inattendibilità e non veridicità dei dati forniti dal soggetto gestore del servizio accreditato, fatta salva ogni altra azione prevista dalla legge.

Sulla base della verifica dei soggetti committenti viene definito il costo del singolo servizio accreditato, che potrà discostarsi in diminuzione o in aumento (in ragione della presenza o assenza degli elementi oggettivi di cui sopra) rispetto alle remunerazioni indicate nel capitolo 2.

4. La remunerazione delle attività e delle prestazioni sanitarie

Le prestazioni di cui ai successivi punti 4.1, 4.2, 4.3 e 4.4 sono a carico del Fondo sanitario regionale secondo le modalità di seguito definite.

Sino all'approvazione della determina del D.G Sanità, Politiche Sociali e Integrazione prevista nei requisiti specifici della DGR 514/09 e s.m.i. in merito a modalità tecniche ed organizzative per le diverse tipologie per assicurare l'assistenza infermieristica e fisioterapica, rimangono validi i riferimenti e le indicazioni regionali esistenti fatto salvo le diverse indicazioni riportate nei punti di seguito riportati.

Le attività sanitarie devono essere assicurate in piena integrazione con tutte le altre attività dei servizi accreditati rispettando pienamente:

- il principio della responsabilità gestionale unitaria del soggetto gestore accreditato, che si riferisce a tutte le attività assistenziali e di cura, comprensive anche dell'assistenza infermieristica e fisioterapica;

- la piena responsabilizzazione e qualificazione dei soggetti gestori dei servizi accreditati nell'erogazione del processo assistenziale.

A tal fine le AUSL assicurano le azioni finalizzate a garantire la piena valorizzazione, responsabilizzazione e qualificazione del ruolo dei soggetti gestori dei servizi accreditati e l'integrazione con la rete dei servizi sanitari, ed in particolare:

- Il supporto ai soggetti gestori nell'organizzazione di percorsi formativi rivolti agli operatori delle strutture sociosanitarie;

- il coinvolgimento degli operatori delle strutture/servizi nei percorsi formativi organizzati dalle AUSL e pertinenti con le attività svolte all'interno dei servizi;

- l'attivazione di percorsi semplificati (sin dalla prenotazione) per l'accesso e l'effettuazione degli esami diagnostici laboratoristici e strumentali;

- la definizione congiunta e l'attivazione di percorsi adeguati di ammissione/dimissione dall'ospedale degli utenti dei servizi socio-sanitari accreditati;

- la definizione di programmi territoriali condivisi con il soggetto gestore per favorire l'effettuazione delle consulenze/prestazioni specialistiche all'interno delle strutture residenziali.

4.1 Criteri specifici per la remunerazione delle attività e delle prestazioni sanitarie

Le prestazioni sanitarie, di norma organizzate e fornite direttamente dal soggetto gestore sono: l'assistenza infermieristica, l'assistenza riabilitativa, il coordinamento sanitario interno per le Case Residenza per anziani, la formazione e aggiornamento, la fornitura delle divise e dei dispositivi di protezione individuale per il suddetto personale infermieristico e riabilitativo, nonché quanto previsto al successivo paragrafo 7.2.

Le attività e le forniture individuate nel successivo paragrafo 4.1.2 vengono assicurate direttamente dalle AUSL, nel rispetto dei principi generali di valorizzazione ed integrazione prima richiamati.

Le prestazioni sanitarie di cui sopra non sono comprese nel costo di riferimento di cui al punto 2.1 e, sino alla definizione di una specifica tariffa di riferimento (che terrà conto di tutti gli elementi richiamati nel comma precedente), continuano ad essere oggetto di appositi accordi con l'AUSL da disciplinare nell'unico contratto di servizio.

4.1.1 Attività e prestazioni sanitarie fornite dal soggetto gestore del servizio accreditato:

In attesa della definizione della specifica tariffa di riferimento di cui in precedenza, resa possibile dalla conclusione del processo di ricomposizione della responsabilità gestionale unitaria, la remunerazione delle prestazioni sanitarie organizzate e fornite direttamente dal soggetto gestore del servizio accreditato avviene sulla base del rimborso delle spese realmente sostenute dal soggetto gestore.

Per quanto riguarda il rimborso del personale sanitario messo a disposizione dai soggetti gestori, questo deve avvenire esclusivamente considerando le unità di personale, infermieristico e fisioterapico o altro personale sanitario ai sensi del successivo paragrafo 7.2, garantite dal soggetto gestore e il relativo costo nel rispetto dei contratti di riferimento applicati dagli stessi inclusa la contrattazione di secondo livello e tutte le relative indennità. In ogni caso non è ammesso un rimborso superiore al costo onnicomprensivo che sarebbe sostenuto da parte dell'AUSL in caso di fornitura diretta, con proprio personale dipendente, delle stesse prestazioni sanitarie.

Laddove sussistano le condizioni definite al paragrafo 1.1, allegato A DGR 514/09 e s.m.i. limitatamente alle condizioni meglio specificate all'interno del paragrafo stesso il soggetto gestore è tenuto ad evidenziare la propria realtà gestionale fornendo tutta la documentazione all'uopo necessaria per far emergere il rilievo economico del costo del personale.

4.1.2 Prestazioni ed attività sanitarie fornite direttamente dalle AUSL

Sono garantite direttamente dall'AUSL:

- la fornitura dei farmaci previsti nel prontuario terapeutico e nei piani terapeutici personalizzati;
- l'approvvigionamento generale dei dispositivi medici di uso corrente necessari per il governo dei processi terapeutici di seguito indicati:
 - somministrazione e gestione di terapia infusiva ed intramuscolare, sottocutanea, etc.(aghi, cateteri venosi, deflussori e raccordi, siringhe);
 - somministrazione e gestione di terapia antalgica;
 - gestione del cateterismo vescicale (Kit per cateterismo vescicale, cateteri vescicali, sacche per raccolta urine, tappi);
 - somministrazione e gestione nutrizione enterale con PEG o SNG e parenterale, (sacche, deflussori, raccordi, nutrizioni enterali e parenterali e integratori nelle forme previste dalla Circolare regionale n.4/2004);
 - somministrazione terapia O2 (maschere, occhiali e sondini per erogazione di ossigeno);
 - processo diagnostico, dispositivi medici di uso corrente necessari (pungidito, strisce reattive, glucometro, necessario per l'effettuazione esami ematici e laboratoristici, sistemi tipo vacutainer, aghi per prelievi compresi aghi butterfly, contenitori per escreti e secreti, etc.);
 - gli ausili protesici di cui al DM 332/99, esclusi gli elementi che non richiedono interventi di personalizzazione (es. materassi e cuscini antidecubito generici, tavolini per seggette etc.);
 - i dispositivi diagnostico terapeutici per utenti diabetici ed i dispositivi medici per il trattamento di persone con patologie riconosciute ai fini dell'esenzione;
 - le pompe per nutrizione enterale e parenterale;
 - l'ossigeno per O2 terapia, tramite prescrizione nominale;
 - le prestazioni mediche per diagnosi e cura;
 - il coordinamento medico di ambito distrettuale;
 - l'assistenza specialistica;
 - i trasporti sanitari in caso di ricovero ordinario e dimissione da presidi ospedalieri pubblici e privati accreditati di anziani ospitati nelle strutture residenziali, allettati o non trasportabili con mezzi ordinari, certificati dal medico della struttura socio sanitaria.

Nel contratto di servizio l' AUSL può definire accordi con il soggetto gestore per la fornitura diretta da parte del soggetto gestore di alcuni degli interventi e delle prestazioni sopra elencate, concordando contestualmente le modalità di remunerazione e gli standard di prodotto e delle forniture.

In presenza di bisogni di salute particolari, riconosciuti dall'AUSL e necessitanti ulteriori forniture di dispositivi medici e apparecchiature medico terapeutiche questi devono essere forniti direttamente dall'AUSL, sulla base di una specifica intesa che definisca modalità di segnalazione, valutazione, fornitura, manutenzione e gestione delle eventuali emergenze, in collegamento con il competente servizio dell'AUSL.

4.2 Specificità nei servizi per anziani

In attesa della adozione della già citata determina del direttore generale, si conferma quanto previsto dal paragrafo 4.1 "Adeguamento dell'assistenza infermieristica e riabilitativa sulla base di esigenze specifiche degli anziani" della DGR 2110/2009 per quanto riguarda la necessità di assicurare flessibilità ed adeguamento dell'assistenza infermieristica e fisioterapica, secondo modalità condivise tra AUSL e soggetto gestore del servizio accreditato, sulla base delle esigenze sanitarie degli anziani ospiti come evidenziate nei PAI, anche per periodi limitati per far fronte ad esigenze straordinarie.

Tale flessibilità deve essere garantita dall'AUSL anche nel caso di fornitura diretta dell'assistenza infermieristica e riabilitativa.

Per quanto riguarda i centri diurni per anziani non attigui ad altri servizi socio-sanitari accreditati, la presenza di personale infermieristico e fisioterapico prevista dai requisiti specifici di cui alla DGR 514/2009 e s.m.i. può essere assicurata anche mediante accordi con i servizi territoriali dell'AUSL competente o mediante l'utilizzo di personale condiviso tra diversi servizi sociosanitari accreditati.

4.3 Specificità nei servizi per disabili

L'AUSL assicura il rimborso del personale messo a disposizione del soggetto gestore o la messa a disposizione di proprio personale per la partecipazione alla definizione dei PAI/PEI.

Inoltre, sino alla approvazione della Determina del DG Sanità, e Politiche sociali e Integrazione dove saranno definiti i criteri omogenei a cui fare riferimento nell'individuazione della necessità di interventi infermieristici e fisioterapici da assicurare l'AUSL assicura il rimborso del personale messo a disposizione del soggetto gestore o la messa a disposizione di proprio personale per l'attività di assistenza diretta ed indiretta secondo quanto previsto nei PAI/PEI, in continuità con quanto già assicurato.

Per quanto riguarda i centri socio-riabilitativi diurni per disabili non attigui ad altri servizi sociosanitari accreditati e i centri residenziali socio-riabilitativi per disabili di ridotte dimensioni la presenza di personale infermieristico e fisioterapico prevista dai requisiti specifici di cui alla DGR 514/2009 e s.m.i. può essere assicurata anche mediante accordi con i servizi territoriali dell'AUSL competente o mediante l'utilizzo di personale condiviso tra diversi servizi sociosanitari accreditati.

Nell'ambito dei contratti di servizio le parti potranno concordare anche la fornitura di altre prestazioni sanitarie con indicazione della relativa remunerazione.

4.4 Indicazioni per i contratti di servizio

Nel contratto di servizio l'AUSL può definire accordi con il soggetto gestore per la fornitura diretta da parte del soggetto gestore di alcuni degli interventi e delle prestazioni sopra elencate, concordando contestualmente le modalità di remunerazione e gli standard di prodotto e delle forniture.

Nel contratto di servizio l' AUSL può, sulla base di specifiche esigenze riconosciute dalla programmazione, previo assenso del soggetto gestore, definire accordi con il soggetto gestore di servizi accreditati per la fornitura da parte del soggetto gestore di prestazioni sanitarie aggiuntive rispetto a quelle ordinariamente previste e in precedenza elencate, concordando contestualmente le modalità di remunerazione e gli standard di prodotto e delle forniture.

5. Determinazione della quota a carico del FRNA

Sulla base di quanto previsto dal capitolo 2 e dal paragrafo 3.1 viene definita la quota a carico del FRNA per ciascun servizio, sulla base delle valutazioni oggettive.

Le possibilità di determinazioni aggiuntive a carico del FRNA previste dal precedente paragrafo 3.1.2 sono applicabili esclusivamente dopo una decisione del Comitato di distretto (o della Giunta dell'Unione dei Comuni o del Comune singolo in caso di coincidenza con il distretto) e sono attuate, in collaborazione con l'Ufficio di Piano, dal soggetto individuato in ambito distrettuale come gestore del FRNA, nell'ambito e nel limite delle assegnazioni generali del FRNA.

Il Comitato di distretto (il Comune o la Giunta dell'Unione) approva linee di indirizzo omogenee a livello di ambito distrettuale per i soggetti che, a nome della committenza, stipuleranno i contratti di servizio con i soggetti gestori dei servizi accreditati, sia per quanto riguarda l'uso delle risorse del FRNA sia per la determinazione della contribuzione a carico dei cittadini, monitorando e verificando l'attuazione di questi indirizzi.

6. Valutazione di altri eventuali servizi e/o fattori produttivi messi a disposizione del soggetto gestore del servizio accreditato

Il costo di riferimento e di conseguenza il sistema tariffario è stato determinato in modo da assicurare il rispetto del principio di onnicomprensività.

Pertanto è necessario prevedere le modalità con le quali, in caso di fornitura di alcuni fattori produttivi da parte di un soggetto pubblico al soggetto gestore del servizio accreditato, viene rideterminato il sistema di remunerazione al fine di garantire il rispetto di tale principio.

Nel contratto di servizio possono essere definite, in relazione alla specificità di ogni situazione, eventuali forme di collaborazione tra soggetto pubblico e soggetto gestore del servizio accreditato nel caso quest'ultimo utilizzi servizi o fattori produttivi tra quelli elencati dettagliatamente nell'allegato A.

Di conseguenza è necessario in tali casi rideterminare la remunerazione complessiva del soggetto gestore del servizio accreditato definendo o un rimborso al soggetto pubblico che mette a disposizione il o i fattori produttivi o riducendo la retta a carico degli utenti, garantendo quindi la proporzionale riduzione della remunerazione assicurata al soggetto gestore del servizio accreditato.

La valutazione economica dei servizi resi è legata alla specificità di ogni situazione e pertanto è oggetto di valutazione condivisa tra soggetto pubblico e soggetto gestore del servizio accreditato, tenendo conto però dei criteri di valorizzazione che hanno portato alla definizione del costo di riferimento regionale.

Nel caso particolare della messa a disposizione dell'immobile, posto che nel contratto di servizio devono essere definite, in relazione alla specificità di ogni situazione, le forme di collaborazione tra soggetto pubblico e soggetto gestore del servizio accreditato, diverse sono le possibilità:

- pagamento di un corrispettivo da parte del soggetto gestore del servizio accreditato, a seguito di un contratto di regolamentazione dell'uso dell'immobile, nei limiti di seguito indicati;
- accordi che prevedano un corrispettivo ridotto o azzerato nel caso di un piano di adeguamento strutturale e/o di manutenzione straordinaria da parte del soggetto gestore del servizio accreditato;
- riduzione totale o parziale della retta a carico degli utenti/Comuni, in misura proporzionale all'entità del corrispettivo e/o degli interventi di adeguamento strutturale e/o manutenzione straordinaria assicurati.

A tal proposito si fa presente che nel costo di riferimento indicato nel capitolo 2 è stato individuato un costo per la disponibilità dell'immobile, escluso la manutenzione ordinaria e straordinaria, di 7 euro per la casa residenza per anziani, di 3,5 euro per il centro diurno, di 3 euro per il centro socio-riabilitativo diurno e di 5,5 per il centro socio-riabilitativo residenziale.

Di conseguenza le valutazioni economiche di cui al punto precedente debbono essere congrue e non possono superare le quote previste nel costo di riferimento per disponibilità dell'immobile per tipologia di servizio.

7. Norme specifiche

7.1 Assistenza domiciliare

Il costo di riferimento regionale indicato nel paragrafo 2.1 si riferisce all'assistenza domiciliare diretta a persone non autosufficienti. Il costo per le prestazioni di assistenza domiciliare rivolte ad altri target, per le quali non è previsto il finanziamento del FRNA, deve essere determinato, in sede di contratto di servizio, in accordo tra soggetto pubblico committente e soggetto gestore, sulla base della complessità dell'organizzazione assistenziale, dei piani assistenziali, dei modelli organizzativi, del livello di qualificazione del personale, delle effettive attività svolte, eventualmente attuando anche quanto previsto al capitolo 6. In ogni caso va garantito il pieno rispetto di quanto previsto dalla contrattazione nazionale e di secondo livello del contratto di riferimento del soggetto gestore.

7.2 Servizi dedicati per le demenze

Per i servizi dedicati per le demenze (centri diurni e nuclei residenziali), previsti nella programmazione distrettuale e riconosciuti formalmente dai soggetti committenti nei limiti di quanto indicato nella DGR 509/2007, che assicurano il rispetto dei criteri di eleggibilità, la capacità ricettiva, e tutti i requisiti previsti negli allegati DF e DG della Delibera 514/2009, la quota a carico del FRNA è di 54 euro giornaliera pro capite per i nuclei dedicati residenziali e di 42 euro giornaliera pro capite per i centri diurni dedicati.

Per i servizi dedicati alle demenze che continuano ad assicurare i requisiti previsti dal paragrafo 7.2. della DGR 2110/2009 continua ad applicarsi la remunerazione ivi prevista sino al termine massimo del 31.12.2018.

Nessun maggior costo può essere previsto a carico degli utenti.

L'adeguamento della attività delle professionalità sanitarie (infermiere, geriatra, psicologo) è concordato con l'AUSL, così come l'utilizzo al posto del fisioterapista di altre figure sanitarie (terapista occupazionale e/o tecnico della riabilitazione psichiatrica) sulla base dei bisogni degli utenti, nell'ambito del contratto di servizio. Le attività sanitarie non sono comprese nel costo di riferimento indicato in precedenza e sono a carico del Fondo sanitario.

7.3 Accoglienza temporanea di sollievo

La remunerazione del costo sociale e socio-sanitario dell'accoglienza temporanea di sollievo in CRA e in centro diurno nei servizi accreditati, ferma restando la validità delle altre disposizioni della DGR 1206/2007 per l'accoglienza temporanea di sollievo, è la seguente:

Casa residenza per anziani: primi 30 giorni

Retta a carico degli utenti 26,5 euro

Quota a carico del FRNA 68 euro; oltre il trentesimo giorno

Retta a carico degli utenti eguale a quanto determinato nel contratto di servizio per i posti accreditati entro il limite della retta di riferimento regionale a carico degli utenti e/o dei Comuni prevista dal paragrafo 2.2

Quota a carico del FRNA 44,45 euro.

Centro Diurno

Primi 30 giorni

Retta a carico degli utenti eguale a quanto determinato nel contratto di servizio per i posti accreditati entro il limite della retta di riferimento regionale a carico degli utenti e/o dei Comuni prevista dal paragrafo 2.2

Quota a carico del FRNA 28,70

La remunerazione del costo sociale e socio-sanitario dell'accoglienza temporanea di sollievo nei servizi per disabili è quella generale prevista nei capitoli 2 e 3.

8. La determinazione della retta a carico degli utenti e/o dei Comuni

Il Comitato di distretto (il Comune o la Giunta dell'Unione) adotta linee di indirizzo omogenee a livello di ambito distrettuale per i soggetti pubblici che stipuleranno i contratti di servizio in quanto espressione della committenza, sia per quanto riguarda l'uso delle risorse del FRNA sia per la determinazione della contribuzione a carico dei cittadini.

Nel contratto di servizio viene definita anche la retta a carico degli utenti e/o dei Comuni nel rispetto dei criteri di seguito indicati.

Nelle CRA e nei CD:

- La retta a carico degli utenti/Comune non può essere superiore alla retta di riferimento regionale indicata al precedente paragrafo 2.2, come eventualmente rivista e rideterminata per il servizio accreditato in base ai criteri di flessibilità di cui al precedente capitolo 3, fatto salvo quanto previsto nel paragrafo 8.1 del presente capitolo;
 - Nel caso di adozione da parte dei Comuni di un criterio di compartecipazione alla spesa differenziato in base al reddito e al patrimonio, in attesa della definizione di linee regionali omogenee, il limite della tariffa di riferimento va riferito alla media della contribuzione posta a carico degli utenti;
 - La retta a carico dell'utente può essere ridotta nel caso di esistenza di condizioni di cui al capitolo 6 sulla base di quanto concordato tra i soggetti committenti (che mettono a disposizione servizi e/o fattori produttivi) ed il soggetto gestore del servizio accreditato;
 - I Comuni, anche in assenza o in aggiunta delle condizioni di cui al capitolo 3 e al capitolo 6, possono determinare una retta generalizzata a carico degli utenti inferiore alla retta di riferimento regionale, assicurando in tal caso la necessaria copertura finanziaria.
- Inoltre nel contratto di servizio devono essere definiti i rapporti tra Comuni, soggetto gestore, utenti e familiari per quanto riguarda le determinazioni e la gestione delle integrazioni delle rette per i cittadini che non sono nelle condizioni di far fronte alla retta nella misura determinata, nel rispetto della normativa ISEE vigente.

In ambito distrettuale è assicurato il monitoraggio dell'andamento delle quote a carico degli utenti per i servizi accreditati al fine di promuovere omogeneità e congruità del processo.

Nei servizi per disabili CSDR e CSSR la diversa valutazione dei bisogni assistenziali ed educativi non può essere elemento di differenziazione dei criteri e della quota di compartecipazione della spesa a carico degli utenti che pertanto deve rimanere la medesima per i vari livelli assistenziali.

8.1 Mantenimento standard di qualità superiori nei servizi per anziani CD e CRA

Il Comitato o l'Unione dei Comuni può decidere di assicurare nei servizi accreditati standard di qualità superiori (con riferimento a tutti gli aspetti: organizzativi, assistenziali, strutturali) a quelli richiesti per l'accreditamento definitivo, garantendo comunque che tale scelta non costituisca una limitazione alla possibilità di accesso ai servizi.

In tal caso la maggiore copertura finanziaria, che non può gravare sul FRNA, è garantita dai Comuni stessi che possono anche far ricorso, previo accordo con le parti sociali, ad un adeguamento della retta a carico degli utenti con una maggiorazione, proporzionale al maggior livello di qualità aggiuntiva garantito, che comunque non può superare il 10% del limite massimo indicato a livello regionale per la quota a carico degli utenti.

9. Elementi di trasparenza da inserire nei contratti di servizio

Nei contratti di servizio deve essere previsto esplicito riferimento alla onnicomprensività del sistema di remunerazione per i servizi resi e previsti dai requisiti dell'accreditamento definitivo ed alla impossibilità per il soggetto gestore del servizio accreditato di prevedere ulteriori introiti da parte degli utenti oltre alla retta determinata ai sensi del capitolo 8, in conformità a quanto disciplinato nel contratto di servizio stesso, fatto salvo quanto previsto al precedente paragrafo 8.1.

Nel contratto di servizio, inoltre devono essere definite in modo chiaro, trasparente e condiviso le modalità di pagamento delle rette a carico degli ospiti nel rispetto dei seguenti principi:

- la retta è giornaliera e non può essere pagata anticipatamente rispetto al mese di competenza;
- la quota a carico del FRNA e la quota a carico dell'utente/Comune sono riconosciute dal primo giorno di ingresso nel servizio, sino al giorno di dimissione o decesso compreso. In caso di trasferimento ad altro servizio accreditato, la retta a carico degli ospiti è riconosciuta fino al giorno precedente il trasferimento al servizio da cui l'ospite è stato dimesso e dal giorno dell'inserimento al servizio ricevente, mentre la quota FRNA è riconosciuta per il giorno del trasferimento, sia al servizio da cui l'ospite è stato dimesso che al servizio ricevente;
- per quanto riguarda la regolamentazione delle assenze, in caso di mantenimento del posto letto (conseguente a ricoveri ospedalieri, rientri temporanei in famiglia, soggiorni climatici o

terapeutici o comunque di assenze programmate, concordate con i soggetti gestori dei servizi accreditati) è da prevedere per le CRA il versamento di una quota della retta a carico degli ospiti del 45% della retta giornaliera ed il riconoscimento del 45% della quota a carico del FRNA. Per i Centri diurni tali indicazioni si applicano in caso di mantenimento del posto, oltreché nelle fattispecie in precedenza indicate, anche per assenze (rispetto agli accessi previsti nel piano individualizzato) causate da malattia dell'ospite documentate da certificazione medica nel limite massimo di giornate definito nel contratto di servizio.

Per i CSRR e CSRD disabili è da prevedere per assenza per malattie e programmate il riconoscimento del 80% del costo di riferimento fino ad un massimo di 15 giorni consecutivi. La Regione fornisce indicazioni per assicurare omogeneità di comportamenti su questo tema.

- eventuali anticipi della retta a titolo cauzionale a carico degli ospiti per i quali i Comuni non integrano la retta non possono essere superiori ad una mensilità;

- applicazione di quanto previsto all'allegato A, paragrafo 1.2 bis della DGR 514/2009 e s.m.i., in particolare dei criteri definiti in ambito distrettuale per la gestione della fase di accesso e di riscossione delle somme dovute dagli utenti, sulla base del principio della responsabilità condivisa tra i soggetti committenti pubblici e il soggetto gestore del servizio accreditato.

Nel contratto di servizio, inoltre, deve essere previsto l'obbligo per il soggetto gestore del servizio accreditato:

a) del rilascio, entro il mese di febbraio dell'anno successivo a quello di riferimento, della corretta attestazione, sulla base delle giornate di presenza e dell'effettivo pagamento da parte degli utenti, delle spese per l'assistenza specifica sostenute dagli utenti, che gli stessi potranno utilizzare ai fini fiscali nei casi previsti dalla legislazione vigente. A tal fine per i servizi accreditati, sulla base della determinazione del costo di riferimento regionale, le spese per l'assistenza specifica, in base alla normativa vigente, vanno determinate conteggiando, al netto di eventuali contribuzioni e/o compartecipazione del Comune, il 50% della retta a carico dell'utente (anche nel caso di accoglienza temporanea di sollievo) per la casa residenza per anziani, per il centro diurno e il 90% per l'assistenza domiciliare. I soggetti gestori e i servizi accreditati sono tenuti per i servizi resi nell'ambito dell'accreditamento a rilasciare ai cittadini che lo richiedono attestazioni univoche e chiare nel rispetto delle norme vigenti e di quanto previsto nel presente atto. La reiterata inosservanza di quanto sopra costituisce grave motivo di iniquità nei confronti dei cittadini, e comporta la sospensione dell'efficacia del contratto di servizio e della liquidazione delle relative competenze;

b) di assicurare i flussi informativi inerenti i servizi socio-sanitari accreditati nei tempi e con le modalità definite dalla Regione. I contratti di servizio dei servizi accreditati devono prevedere il rispetto da parte dei soggetti gestori di quanto previsto dalle normative e dalle circolari regionali in materia.

10. Indicazioni per i servizi non accreditati sino alla data di accreditamento

Per tutti i soggetti gestori di servizi per anziani già convenzionati non entrati nel sistema dell'accreditamento sino alla data di rilascio dell'accreditamento continuano ad applicarsi le norme di cui al capitolo 10 dell'allegato 1 della DGR 2110/2009 e al capitolo 9 degli allegati 1 della DGR 219/2010 e 1336/2010.

allegato: A – Schede per tipologia di servizio con contenuto analitico dei fattori produttivi remunerati

CASA RESIDENZA PER ANZIANI *

FATTORI DI PRODUZIONE

ALBERGHIERI

Ristorazione: giornata alimentare composta da: colazione, pranzo, merenda e cena

Lavanderia e guardaroba: lavanderia biancheria piana e personale - guardaroba biancheria personale

Pulizia e sanificazione ambienti: adeguata all'igiene dei locali di vita compreso smaltimento rifiuti speciali e tariffa per lo smaltimento rifiuti

UtENZE: energia elettrica, gas metano, acqua,

Affitti e noleggi attrezzature: eventuali attrezzature per la ristorazione, le pulizie, la lavanderia

Trasporti **: trasporti per visite e prestazioni ambulatoriali e trasporti per finalità ricreative

ASSISTENZIALI

Personale socio-assistenziale ed educativo (Coordinatore, RAA, OSS, animatore): parametri: OSS liv A 1:2 – liv B 1:2, liv C

1:2,6 liv D 1:3,1 Coordinatore 1:60 (almeno 18 ore settimana sotto i 60 posti); animazione adeguata ovvero un animatore pari a 36 ore

settimana ogni 60 ospiti; OSS 100%; sono comprese le prestazioni per la cura della persona quali pedicure, barbiere/parrucchiere***.

Costo di riferimento personale assistenziale: Per ogni giornata di presenza di un ospite il personale assistenziale di cui sopra ha un

costo di riferimento per livello assistenziale, tenuto conto anche della contrattazione di 2° livello, pari a: Livello A e B 48,20 euro;

Livello C 38,8 euro; Livello D 33,70 euro. Tasso di assenza media per maternità e malattia pari al 10%

Formazione e aggiornamento personale assistenziale: costo della formazione escluso il costo dell'operatore in formazione in quanto

compreso nel costo del personale

Materiale di consumo assistenziale e sanitario a carico soggetto gestore: ausili protesici per i quali non è richiesta

personalizzazione come indicato nella DGR 564/2000; materiale per medicazione; detergenti e disinfettanti; materiale vario ad

assorbimento; farmaci non ricompresi nel prontuario, altro materiale di consumo assistenziale

Fornitura e lavaggio divise e dispositivi di protezione individuali: camici, guanti, scarpe, mascherine, ecc.

AMMINISTRATIVI

Comprende il costo del personale per svolgere tutte le attività amministrative necessarie compreso tenuta adeguato sistema

informativo, sistema qualità e rapporti di tipo amministrativo con famigliari e utenti; il costo per la formazione del personale

amministrativo; i costi per gli organi di rappresentanza, per assicurazioni; per manutenzione e ammortamento beni mobili**** compreso

adeguato sistema informativo; utenze telefoniche e rete internet per attività amministrative e gestionali.

EDILIZI

Costi edilizi per ammortamenti, affitti, manutenzioni ordinarie e straordinarie e imposte

IMPOSTE TOTALI

IRAP: 3,90%

altre imposte (bolli, tasse di registro ecc.)

Note

* Il calcolo del costo di riferimento tiene conto di un tasso di non utilizzo del 4 % delle possibilità di accoglienza

** sono esclusi i trasporti sanitari in caso di ricovero ordinario e dimissione da presidi ospedalieri pubblici e privati accreditati di

anziani non autosufficienti, allettati o non trasportabili con mezzi ordinari, oltreché i trasporti previsti a carico del Servizio sanitario per

target specifici di pazienti

*** è stato calcolato il costo del personale come se tutto in possesso della qualifica OSS.

**** nei costi amministrativi sono ricompresi le manutenzioni e gli ammortamenti di tutti i beni mobili e strumentali anche quelli relativi

alle altre parti della struttura di costo.

CENTRO DIURNO PER ANZIANI *

FATTORI DI PRODUZIONE

ALBERGHIERI

Ristorazione: colazione, pranzo, merenda

Pulizia e sanificazione ambienti: adeguata all'igiene dei locali di vita compreso smaltimento rifiuti speciali e tariffa per lo smaltimento rifiuti

Utenze: energia elettrica, gas metano, acqua

Affitti e noleggi di attrezzature: eventuali attrezzature per la ristorazione, le pulizie, la lavanderia

ASSISTENZIALI

Personale socio-assistenziale ed educativo (Coordinatore, OSS, animatore): Parametro OSS 1:5 per i disturbi comportamentali e

1:8 per il livello Base; OSS 100%, durante le ore di attività assistenziali, socio-riabilitative e di animazione; **

Costo di riferimento personale assistenziale: Per ogni giornata di presenza di un ospite il personale assistenziale di cui sopra ha un

costo di riferimento per livello assistenziale, tenuto conto anche della contrattazione di 2° livello, pari a: Livello Base 27,8 euro;

Livello Disturbi del comportamento 35,9 euro. Tasso di assenza media per maternità e malattia pari al 10%

Formazione e aggiornamento personale socio-assistenziale: costo della formazione escluso il costo dell'operatore in formazione

in quanto compreso nel costo del personale

Materiali di consumo assistenziale e sanitario a carico soggetto gestore: ausili protesici per i quali non è richiesta

personalizzazione come indicato nella DGR 564/2000; materiale per medicazione; detergenti e disinfettanti; materiale vario ad

assorbente; ecc.), altro materiale di consumo assistenziale

Divise e dispositivi di protezione individuali: camici, guanti, scarpe, mascherine, ecc.

AMMINISTRATIVI

Comprende il costo del personale per svolgere tutte le attività amministrative necessarie compreso tenuta adeguato sistema

informativo, sistema qualità e rapporti di tipo amministrativo con famigliari e utenti; il costo per la formazione del personale

amministrativo; i costi per gli organi di rappresentanza, per assicurazioni; per manutenzione e ammortamento beni mobili***, compreso

adeguato sistema informativo e utenze telefoniche e rete internet per attività amministrative e gestionali.

EDILIZI

Costi per ammortamenti, affitti, manutenzioni ordinarie e straordinarie e imposte

IMPOSTE TOTALI

IRAP: 3,90%

altre imposte (bolli, tasse di registro ecc.)

Note

* Il calcolo del costo di riferimento tiene conto di un tasso di non utilizzo del 15 % delle possibilità di accoglienza e di una apertura

per 10 ore di apertura giornaliera e per 290 giorni di apertura annui.

** è stato calcolato il costo del personale come se tutto in possesso della qualifica OSS.

*** nei costi amministrativi sono ricompresi le manutenzioni e gli ammortamenti di tutti i beni mobili e strumentali anche quelli relativi

CENTRO SOCIO RIABILITATIVO DIURNO PER DISABILI *

FATTORI DI PRODUZIONE

ALBERGHIERI

Ristorazione: giornata alimentare composta da: colazione, pranzo, merenda

Lavanderia e guardaroba: lavanderia biancheria piana

Pulizia e sanificazione ambienti: adeguata all'igiene dei locali di vita compreso smaltimento rifiuti speciali e tariffa per lo smaltimento rifiuti

Utenze: energia elettrica, gas metano, acqua,

Affitti e noleggi attrezzature: eventuali attrezzature per la ristorazione, le pulizie, la lavanderia

Trasporti : trasporti per visite e prestazioni ambulatoriali e trasporti per finalità ricreative

ASSISTENZIALI

Personale socio-assistenziale ed educativo (Coordinatore, OSS, animatore) secondo i seguenti parametri: livello

Moderato OSS/ospite 1:15 – Educatore/ospite 2:15; Livello Severo: OSS/ospiti 2:15 – Educatore/ospite 3:15; Livello Completo:

OSS/ospiti 3:15 – Educatore/ospiti 4,5:15. Coordinatore/ospiti 0,5:15; operatori assistenziali 100% qualificati; sono comprese

attività assistenziali, educative e ricreative integrative (es. gite, uscite, musica terapia, nuoto terapia, pet terapia, ecc.) e

consulenza socio pedagogica sui PEI. Nell'ambito dell'orario di apertura dei centri rientrano anche le attività periodiche di

programmazione e verifica dell'equipe degli operatori.

Costo di riferimento personale assistenziale/educativo: Per ogni giornata di presenza di un ospite il personale assistenziale

di cui sopra ha un costo di riferimento per livello assistenziale, tenuto conto anche della contrattazione di 2° livello, pari a:

Livello completo 85,00 euro; Livello severo 58,25 euro; Livello moderato 36,8 euro. In presenza di ospiti con disturbi del

comportamento e/o bisogni socio assistenziali ed educativi particolarmente complessi, il valore relativo al livello completo va

aumentato proporzionalmente a quanto previsto dal PAI/PEI sino ad un massimo del 40%, mentre il valore relativo al livello

moderato va diminuito del 20% in caso di ospiti con bisogni assistenziale ed educativi lievi. Tasso di assenza media per

maternità e malattia pari al 10%

Formazione e aggiornamento personale assistenziale: costo della formazione escluso il costo dell'operatore in formazione

in quanto compreso nel costo del personale. Comprende anche le attività specifiche di supporto psicologico agli operatori.

Materiale di consumo assistenziale: materiale vario ad assorbenza; altro materiale di consumo assistenziale

Fornitura e lavaggio divise e dispositivi di protezione individuali: camici, guanti, scarpe, mascherine, ecc.

AMMINISTRATIVI

Comprende il costo del personale per svolgere tutte le attività amministrative necessarie compreso tenuta adeguato sistema

informativo, sistema qualità e rapporti di tipo amministrativo con famigliari e utenti; il costo per la formazione del personale

amministrativo; i costi per gli organi di rappresentanza, per assicurazioni; per manutenzione e ammortamento beni mobili**

compreso adeguato sistema informativo; utenze telefoniche e rete internet per attività amministrative e gestionali.

EDILIZI

Costi edilizi per ammortamenti, affitti, manutenzioni ordinarie e straordinarie e imposte

IMPOSTE TOTALI

IRAP: 3,9%

altre imposte (bolli, tasse di registro ecc.)

Note

*Ai soli fini del calcolo del costo di riferimento si è tenuto conto di una apertura per 8 ore di apertura giornaliera, per 230 giorni di

apertura annui CENTRO SOCIO RIABILITATIVO RESIDENZIALE PER DISABILI *

FATTORI DI PRODUZIONE

ALBERGHIERI

Ristorazione: giornata alimentare composta da: colazione, pranzo, merenda, cena

Lavanderia e guardaroba: lavanderia biancheria piana e personale - guardaroba biancheria personale

Pulizia e sanificazione ambienti: adeguata all'igiene dei locali di vita compreso smaltimento rifiuti speciali e tariffa per lo smaltimento rifiuti

Utenze: energia elettrica, gas metano, acqua,

Affitti e noleggi attrezzature: eventuali attrezzature per la ristorazione, le pulizie, la lavanderia

Trasporti: trasporti per visite e prestazioni ambulatoriali e trasporti per finalità ricreative e socializzanti

ASSISTENZIALI

Personale socio-assistenziale ed educativo (Coordinatore, OSS, educatore) secondo i seguenti parametri: il costo di riferimento

regionale è stato determinato tenendo conto di una presenza ogni 15 ospiti di: Livello Moderato presenza di 5 operatori nell'arco delle

24 ore di cui 1 Educatore, con rapporto operatore/utente 1:5 durante le attività educative ed assistenziali (ad es. cura della persona,

alimentazione, attività programmate educative di mantenimento e sviluppo delle abilità personali e sociali); Livello Severo presenza di 8

operatori nell'arco delle 24 ore di cui 2 Educatori, con rapporto operatore/utente 1:3 durante le attività educative ed assistenziali; Livello

completo presenza di 12 operatori nell'arco delle 24 ore di cui 3 Educatori, con rapporto operatore/utente 1:2 durante le attività educative ed

assistenziali. Coordinatore/ospiti 1:15; operatori assistenziali 100% qualificati; sono comprese attività assistenziali, educative e ricreative

integrative (es. gite, uscite, musica terapia, nuoto terapia, pet terapia, ecc.) e consulenza socio pedagogica sui PEI.

Costo di riferimento personale assistenziale/educativo: Per ogni giornata di presenza di un ospite il personale di cui sopra ha un costo di

riferimento per livello assistenziale, tenuto conto anche della contrattazione di 2° livello, pari a: Livello completo 119,4 euro; Livello severo

87 euro; Livello moderato 59,2 euro. In presenza di ospiti con disturbi del comportamento e/o bisogni socio assistenziali ed educativi

particolarmente complessi, il valore relativo al livello completo va aumentato proporzionalmente a quanto previsto dal PAI/PEI sino ad un

massimo del 35%, mentre il valore relativo al livello moderato va diminuito del 20% in caso di ospiti con bisogni assistenziale ed educativi lievi.

Tasso di assenza media per maternità e malattia pari al 10%

Formazione e aggiornamento personale assistenziale: costo della formazione escluso il costo dell'operatore in formazione in quanto

compreso nel costo del personale. Comprende anche le attività specifiche di supporto specialistico socio assistenziale e psicologico

Materiale di consumo assistenziale: materiale vario ad assorbenza; altro materiale di consumo assistenziale

Fornitura e lavaggio divise e dispositivi di protezione individuali: camici, guanti, scarpe, mascherine, ecc.

AMMINISTRATIVI

Comprende il costo del personale per svolgere tutte le attività amministrative necessarie compreso tenuto adeguato sistema informativo,

sistema qualità e rapporti di tipo amministrativo con famigliari e utenti; il costo per la formazione del personale amministrativo; i costi per gli

organi di rappresentanza, per assicurazioni; per manutenzione e ammortamento beni mobili** compreso adeguato sistema informativo; utenze

telefoniche e rete internet per attività amministrative e gestionali.

EDILIZI

Costi edilizi per ammortamenti, affitti, manutenzioni ordinarie e straordinarie e imposte

IMPOSTE TOTALI

IRAP: 3,9%

altre imposte (bolli, tasse di registro ecc.).

** nei costi amministrativi sono ricompresi le manutenzioni e gli ammortamenti di tutti i beni mobili e strumentali anche quelli

relativi alle altre parti della struttura di costo.

Note

* Ai fini del calcolo del costo di riferimento si è tenuto conto di una copertura del servizio per 365 giorni annui.

Nei costi amministrativi sono ricompresi le manutenzioni e gli ammortamenti di tutti i beni mobili e strumentali anche quelli relativi

alle altre parti della struttura di costo

ASSISTENZA DOMICILIARE: SOCIO ASSISTENZIALE E SOCIO EDUCATIVA

FATTORI DI PRODUZIONE

SOCIO ASSISTENZIALI - SOCIO EDUCATIVI

Personale assistenziale ed educativo: comprensivo del tempo di effettuazione degli interventi al domicilio degli utenti, del tempo

per il trasferimento al domicilio dell'utente secondo quanto previsto dal PAI/PEI ed inoltre del coordinamento del servizio (un

coordinatore a tempo pieno) e del tempo necessario per le riunioni di equipe e per i rapporti con i servizi territoriali che inviano gli

utenti. Personale qualificato 100% OSS ed educatori professionali*

Costo di riferimento personale assistenziale: Per ogni ora di erogazione del servizio il personale assistenziale di cui sopra ha un

costo di riferimento medio, tenuto conto anche della contrattazione di 2° livello, di 20 euro per l'assistenza domiciliare socio

assistenziale e di 21,4 euro per quella socio educativa - tasso di assenza media per maternità e malattia pari al 10%

Formazione e aggiornamento personale socio-assistenziale/educativo: costo della formazione escluso il costo dell'operatore in

formazione in quanto compreso nel costo del personale

Materiale di consumo assistenziale: detergenti e disinfettanti, altro materiale di consumo assistenziale

Divise e dispositivi di protezione individuali: camici, guanti, scarpe, mascherine, ecc.

AMMINISTRATIVI E GENERALI

Costo trasporto per trasferimento operatori presso il domicilio degli assistiti: carburante, tasse circolazione, assicurazione, ammortamento, manutenzione. Il costo del tempo che impiega il lavoratore per recarsi al domicilio dell'utente e considerato nella

sezione precedente

Costi per attività amministrativa: compreso costi per sistema informativo e per manutenzione procedure e tenuta rapporti con utenti

Costi utenze della sede amministrativa

EDILIZI

Costi edilizi per ammortamenti, affitti, manutenzioni ordinarie e straordinarie, imposte relative alla sede amministrativa del servizio

IMPOSTE TOTALI

IRAP: 3,90%

altre imposte (bolli, tasse di registro ecc.)

Note

* è stato calcolato il costo del personale come se tutto in possesso della qualifica OSS.