

INDICE N. 208

PANORAMA STATALE

DIFESA DELLO STATO

DECRETO LEGISLATIVO 25 maggio 2016 , n. 97.

Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche. (GU n. 132 dell'8.6.16)

ENTI LOCALI

MINISTERO DELL'INTERNO

Nomina della commissione straordinaria di liquidazione cui affidare la gestione del dissesto finanziario del Comune di Barrafranca. (GU n. 129 del 4.6.16)

DECRETO 26 maggio 2016 - Attribuzione ai comuni di un contributo di complessivi 390 milioni di euro per l'anno 2016. (GU n. 133 del 9.6.16)

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 18 maggio 2016.

Fondo di solidarietà comunale. Definizione e ripartizione delle risorse spettanti per l'anno 2016. (GU n. 134 del 10.6.16)

DECRETO 1° giugno 2016 - Ripartizione del contributo ai comuni per il ristoro del minor gettito IMU derivante dalle detrazioni IMU riconosciute, per l'anno 2015, per i terreni posseduti e condotti dai coltivatori diretti e dagli imprenditori agricoli professionali. (GU n. 135 dell'11.6.16)

PREVIDENZA

MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

Approvazione della delibera n. 152 adottata dal Consiglio di amministrazione dell'Ente nazionale di previdenza ed assistenza per i consulenti del lavoro (ENPACL) in data 17 dicembre 2015. (GU n. 131 del 7.6.16)

Approvazione della delibera n. 25 adottata dal Consiglio di amministrazione dell'Ente nazionale di previdenza ed assistenza per i consulenti del lavoro (ENPACL) in data 3 marzo 2016.(GU n. 131 del 7.6.16)

PRIVATO SOCIALE

MINISTERO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

DECRETO 29 aprile 2016 - Liquidazione coatta amministrativa della «Parcheggiatori Sammaritani - cooperativa sociale», in Santa Maria Capua Vetere e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 127 del 1.6.16)

DECRETO 3 maggio 2016 - Liquidazione coatta amministrativa della «Nuova Serenità società cooperativa sociale», in Castellina in Chianti e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 128 del 3.5.16)

DECRETO 4 maggio 2016 - Liquidazione coatta amministrativa della «Orizzonti società cooperativa sociale onlus in liquidazione», in Bienna e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 128 del 3.5.16)

DECRETO 29 aprile 2016 - Liquidazione coatta amministrativa della «Belvedere Solidale società cooperativa sociale - o.n.l.u.s. in liquidazione», in Belvedere Langhe e nomina del commissario liquidatore. /GU n. 133 del 9.6.16)

DECRETO 4 maggio 2016 - Liquidazione coatta amministrativa della «Cooperativa sociale Coluna - Onlus», in Roma e nomina del commissario. (GU n. 134 del 10.6.16) liquidatore. (GU n. 134 del 10.6.16)

QUALITA' DELLA VITA

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 25 maggio 2016 .

Approvazione del bando con il quale sono definiti le modalità e la procedura di presentazione dei progetti per la riqualificazione urbana e la sicurezza delle periferie delle città metropolitane, dei comuni capoluogo di provincia e della città di Aosta. (GU n. 127 del 1.6.16)

Comunicato relativo al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 25 maggio 2016, recante: “Approvazione del bando con il quale sono definiti le modalità e la procedura di presentazione dei progetti per la riqualificazione urbana e la sicurezza delle periferie delle città metropolitane, dei comuni capoluogo di provincia e della città di Aosta”. (Decreto pubblicato nella Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n. 127 del 1° giugno 2016).

SANITA'

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 17 maggio 2016 - Conferma del riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS di diritto privato «Fondazione del Piemonte per l'oncologia» in Candiolo, per la disciplina di «oncologia». (GU n. 135 dell'11.6..6)

PANORAMA REGIONALE

AMMINISTRAZIONE REGIONALE

EMILIA-ROMAGNA

DAL 25.5.16, n. 70 - Nomina, ai sensi dell'articolo 69 comma 3 dello Statuto e dell'articolo 3 della L.R. 4 dicembre 2007, n. 23, dei componenti la Consulta di garanzia statutaria (BUR n. 162 del 31.5.16)

PUGLIA

L.R. 27.5.16, n. 9 - “Disposizioni per il completamento del processo di riordino previsto dalla legge regionale 30 ottobre 2015, n.31 (Riforma del sistema di governo regionale e territoriale)”. (BUR n. 62 del 30.5.16)

VENETO

DGR 27.5.16, n. 802 - Organizzazione amministrativa della giunta regionale: istituzione delle direzioni in attuazione dell'art. 12 della legge regionale n. 54 del 31.12.2012, come modificato dalla legge regionale 17 maggio 2016, n. 14. (BUR n, 54 del 3.6.15)

BOLZANO

L.P. 24.5.16, n. 10 - Modifiche di leggi provinciali in materia di salute, edilizia abitativa agevolata, politiche sociali, lavoro e pari opportunità

ANZIANI

VENETO

DGR 11.5.16, n. 636 - Protocollo per la prevenzione delle patologie da elevate temperature nella popolazione anziana della regione veneto - estate 2016. (BUR n. 51 del 27.5.16)

ASSISTENZA PENITENZIARIA

DGR 7.6.16, n. 251 - Approvazione schema di convenzione tra la regione campania e la regione molise per l'utilizzo del sistema informativo per il monitoraggio del superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari denominato "SMOP" (sistema informativo per il monitoraggio degli ospedali psichiatrici) con allegato. (BUR n. 36 del 9.6.16)

EMILIA-ROMAGNA

DGR 30.5.16, n. 788 - Approvazione operazione presentata a valere sul 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"; Approvato con D.G.R. 271/2016. (BUR n. 168 del 7.6.16)

COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA - ISEE

TOSCANA

MOZIONE 18 maggio 2016, n. 301 - In merito alla salvaguardia e al potenziamento dei servizi offerti per garantire il diritto allo studio universitario. (BUR n. 22 del 1.6.16)

DIPENDENZE

DCR 17.5.16, n. 48 - Osservatorio regionale sul fenomeno della dipendenza da gioco. Designazione dei componenti di competenza del Consiglio regionale. (BUR n. 22 del 1.6.16)

EDILIZIA

UMBRIA

DGR 9.5.16, n. 506 - Legge 9 dicembre 1998, n. 431 e succ. mod. ed integr. art. 11. L.R. 23/2003 e ss.mm.ii. Fondo Nazionale per l'accesso alle abitazioni in locazione. Ripartizione tra i Comuni delle risorse assegnate per l'anno 2015. (BUR n. 26 del 1.6.16)

ENTI LOCALI

Statuto della Città metropolitana di Bologna

MOLISE

DGR 5.5.16, n. 200 - Articolo 4, comma 7, legge regionale 10 dicembre 2015, n.18 "disposizioni di riordino delle funzioni esercitate dalle province in attuazione della legge 7 aprile 2014, n.56". attività da esercitare in un ambito ottimale regionale. provvedimenti. (BUR n. 22 del 5.5.16)

TOSCANA

DGR 24.5.16, n. 492 - Delibera di Giunta Regionale di presa d'atto delle intese ex art. 19 comma 1 bis della L.R. 70/2015 e di individuazione del personale provinciale da trasferire in Regione Toscana a seguito dell'avviso approvato con decreto n. 6208/2015. (BUR n. 22 del 1.6.16)

FAMIGLIA

LIGURIA

DPGR 9.5.16 n. 82 - Rinnovo Consulta Regionale della Famiglia ai sensi della l.r. 12/2006. (BUR n. 22 del 1.6.16)

LOMBARDIA

DGR 31.5.16 - n. X/5251 - Attivazione in via sperimentale dello Sportello Famiglia. (BUR n. 23 dell'8.6.16)

SICILIA

DASS 23.5.16 - Bonus figlio 2016 - Criteri e modalità di erogazione del bonus per la nascita di un figlio, ex art. 6, comma 5, legge regionale 31 luglio 2003, n. 10. (GURS n. 24 del 3.6.16)

IMMIGRATI

BASILICATA

DGR 17.5.16, n. 523 - Decreto Legislativo 18 agosto 2014 n. 142 - Accordo 16/64/CR9/C8-C15 del 5 maggio 2016 - Requisiti minimi per la seconda accoglienza dei minori stranieri non accompagnati nel percorso verso l'autonomia - Recepimento e applicazione.

LOMBARDIA

Comunicato regionale 3 giugno 2016 - n. 96 . Avviso pubblico per manifestazione di interesse associata a partecipare alla partnership di progetto relativa all'«Azione 4 - promozione della partecipazione attiva dei migranti, alla vita economica, sociale e culturale, anche attraverso la valorizzazione delle associazioni» dell'avviso adottato con decreto del 15 aprile 2016 dall'autorità delegata del fondo asilo, migrazione e integrazione 2014-2020 del lavoro e delle politiche sociali Piano d'intervento regionale per l'integrazione dei cittadini di paesi terzi. (BUR n. 23 dell'8.6.16)

PIEMONTE

DGR 23.5.16, n. 40-3348 - Avviso pubblico multi-azione per la presentazione di progetti da finanziare a valere sul Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014 - 2020 - OS2 Integrazione/Migrazione legale - ON2 Integrazione - Piani d'intervento regionali per l'integrazione dei cittadini di Paesi Terzi. Candidatura della Regione Piemonte e delega alla direzione Coesione sociale ai relativi atti. (BUR n. 23 del 9.6.16)

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

TOSCANA

DGR 17.5.6, n. 462 - Integrazione all'Accordo tra Regione Toscana e Federsanità ANCI Toscana di cui alla DGR n. 942/2015 finalizzato alla realizzazione di attività in ambito socio-sanitario per l'annualità 2016. (BUR n. 22 del 1.6.16)

NON AUTOSUFFICIENTI

FRIULI V.G.

DGR 13.5.16, n. 817 - LR 17/2014, art. 23. DGR 2151/2015 - Approvazione procedura e requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle RSA con livello assistenziale riabilitativo. Modifica DGR 650/2013.

PERSONE CON DISABILITA'

CAMPANIA

DPGR 8.6.16, n. 140 - Osservatorio regionale sulla condizione delle persone con disabilità' in regione Campania costituito con il d.p.g.r. n. 261 del 02/12/2014 - Modifica e integrazione. (BUR n. 36 del 9.6.16)

EMILIA-ROMAGNA

DGR 30.5.16, n. 790 - Approvazione dell'invito a presentare operazioni formative finalizzate a favorire la transizione scuola-lavoro dei giovani - Fondo regionale disabili. (BUR n. 168 del 7.6.16)

FRIULI V.G.

DGR 13.5.16, n. 808 - LR 18/2005, art. 39, comma 3. Definizione delle modalità di utilizzo del Fondo regionale per l'occupazione delle persone con disabilità di cui all'art. 39 della LR 18/2005 (Norme regionali per l'occupazione, la tutela e la qualità del lavoro). (BUR n. 22 del 1.6.16)

LAZIO

Decreto del Commissario ad Acta 27 maggio 2016, n. U00191 - Erogazione contributi per cure climatiche e soggiorni terapeutici agli invalidi di guerra e assimilati, ai sensi dell'articolo 57, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 – anno 2015. Definizione dei criteri per l'anno 2016. (BUR n. 45 del 7.6.16)

Decreto del Commissario ad Acta 27 maggio 2016, n. U00191 - Erogazione contributi per cure climatiche e soggiorni terapeutici agli invalidi di guerra e assimilati, ai sensi dell'articolo 57, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 – anno 2015. Definizione dei criteri per l'anno 2016. (BUR n. 45 del 7.6.16)

Determinazione 1 giugno 2016, n. G06262 - Approvazione delle: Linee di indirizzo per il servizio di assistenza specialistica negli istituti scolastici e formativi del secondo ciclo - Anno scolastico 2016-2017; Linee di indirizzo per la realizzazione dell'integrazione scolastica in favore degli alunni con disabilità sensoriale anno scolastico 2016-2017 (BUR n. 46 del 9.6.16)

TOSCANA

MOZIONE 18 maggio 2016, n. 303 - In merito al diritto di accesso al mare per i soggetti disabili. (BUR n. 22 del 1.6.16)

MOZIONE 18 maggio 2016, n. 320 - In merito all'adesione della Regione Toscana alla sperimentazione del progetto "Bandiera Lilla" per la realizzazione di aree turistiche adeguatamente attrezzate per i disabili. (BUR n. 23 del 8.6.16)

VENETO

L.R. 26.5.16, n. 16 - Modifica della legge regionale 22 febbraio 1999, n. 6 "Contributo ai cittadini veneti portatori di handicap psicofisici che applicano il "Metodo Doman o Vojta o Fay o Aba" e successive modificazioni e norma transitoria". (BUR n. 50 del 27.5.16)

POLITICHE SOCIALI

FRIULI V.G.

DPGR 23.5.16, n. 0112/Pres. DPR n. 361/2000, art. 2. Fondazione "Opera Colledani - Bulian" - Valvasone Arzene (PN). Approvazione di modifiche statutarie.

LAZIO**IPAB****ISTITUTO ROMANO DI SAN MICHELE**

AVVISO PUBBLICO PER LA SELEZIONE DI UN PROFESSIONISTA CUI AFFIDARE L'INCARICO ANNUALE DI ASSISTENTE SOCIALE (BUR n.43 del 31.5.16)

UMBRIA

DPGR 16.5.16, n. 56 - Opere Pie Riunite di Perugia. Nomina dei rappresentanti regionali in seno al Consiglio di Amministrazione, ai sensi dell'articolo 6 dello Statuto vigente. (BUR n. 26 del 1.6.16)

POVERTA' INCLUSIONE SOCIALE
TOSCANA

MOZIONE 18 maggio 2016, n. 265 - In merito a un sistema unico di recupero e reimpiego dei farmaci su base regionale. (BUR n.23 del 10.8.16)

PRIVATO SOCIALE
BASILICATA

DGR 17.5.16, n. 521- L.R. 13 novembre 2009 n. 40 - art. 5, comma 5 - Registro Regionale delle Associazioni di Promozione Sociale. Approvazione "Nuove procedure e modalità per l'iscrizione, la cancellazione e la revisione periodica del registro regionale delle Associazioni di Promozione Sociale che svolgono attività in ambito regionale e provinciale - Modifica e aggiornamento della D.G.R. n. 366/2010". (BUR n. 20 del 1.6.16)

UMBRIA

DGR 26.4.16, n. 448 - Attuazione sperimentale della validazione delle competenze rivolta ai volontari del Servizio civile svolto presso Enti accreditati di Servizio civile nazionale nell'ambito del PON IOG "Garanzia Giovani" - Piano di attuazione regionale. (BUR n. 26 del 1.6.16)

LAZIO

Decreto del Commissario ad Acta 31 maggio 2016, n. U00193 -Disciplina del percorso di riconduzione della gestione extra ordinem delle strutture ex Anni Verdi onlus condotta dalle cooperative UNISAN, NUOVA SAIR, Operatori Associati Sanitari - OSA a regime di autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione ex art. 8 ter, quater e quinquies del D. Lgs. 502/1992. Consorzio di cooperative sociali riabilitazione e reinserimento - RI.REI: ottemperanza al D.P.R. 18 aprile 2016 ed al presupposto parere del Consiglio di Stato Sez. II n. 331 del 9/2/2016. Anni verdi in liquidazione: Esecuzione della sentenza Tribunale civile di Roma n. 19426/2013 e della sentenza Tribunale civile di Roma n. 8065/2015. (BUR n. 46 del 9.6.16)

TOSCANA

DGR 17.5.16, n. 50 - Osservatorio regionale sulla sicurezza stradale. Nomina dei rappresentanti delle organizzazioni di volontariato designati dalla Conferenza permanente delle autonomie sociali (COPAS). (BUR n. 22 del 1.6.16)

MOZIONE 17 maggio 2016, n. 275 - In merito alla promozione di iniziative volte a sostenere percorsi di cittadinanza attiva sui beni confiscati alle mafie. (BUR n. 22 del 1.6.16)

MOZIONE 18 maggio 2016, n. 316 - In merito alla valorizzazione della funzione sociale ed educativa svolta dagli oratori operanti in ambito regionale. (BUR n. 22 del 1.6.16)

UMBRIA

DGR 26.4.16, n. 448 - Attuazione sperimentale della validazione delle competenze rivolta ai volontari del Servizio civile svolto presso Enti accreditati di Servizio civile nazionale nell'ambito del PON IOG "Garanzia Giovani" - Piano di attuazione regionale. (BUR n. 26 del 1.6.16)

PSICOLOGI

MARCHE

• **MOZIONE N. 106** ad iniziativa dei Consiglieri Mastrovincenzo, Busilacchi, Volpini, concernente: "Istituzione della figura dello Psicologo delle cure primarie - Benessere e risparmio". Discussione generale. (BUR n. 61 del 26.5.16)

SANITA'

BASILICATA

DGR 13.5.16, n. 491 - Individuazione prestazioni Extra-LEA anno 2015. (BUR n. 20 del 1.6.216)

DGR 17.5.16, n. 520 - Art. 2 comma 5 del D.P.C.M. n. 502/1995 e s.m.i. - Integrazione salariale per attività formativa istituzionale per i direttori amministrativi e sanitari delle aziende e degli enti del SSR - Direttive. (BUR n. 20 del 1.6.216)

CAMPANIA

L.R. 8.6.16, n. 15 - "Disposizioni urgenti in materia di semplificazione per la procedura di nomina dei direttori delle Aziende sanitarie ed ulteriori misure di razionalizzazione". (BUR n. 36 del 9.6.16)

EMILIA-ROMAGNA

RISOLUZIONE - Oggetto n. 2074 - Risoluzione per impegnare la Giunta ad inserire la figura del clownterapista nel Repertorio regionale delle qualifiche, considerato che diversi studi hanno dimostrato che la presenza di un clown dottore può ridurre l'ansia dei degenti, a partire dai più piccoli. A firma dei Consiglieri: Montalti, Serri, Molinari, Zoffoli, Tarasconi, Campedelli, Bagnari, Iotti, Cardinali, Rontini, Zappaterra, Pruccoli, Paruolo, Mumolo, Calvano, Sabattini, Marchetti Francesca, Soncini. (BUR n. 163 del 6.6.16)

DGR 28.4.16, n. 601 - Indicazioni operative per l'avvio del percorso di certificazione regionale in attuazione del decreto del Ministero della salute 4 giugno 2015. (BUR n. 163 del 6.6.16)

FRIULI V.G.

L.R. 1.6.16, n. 9 - Modifiche all'articolo 36 della legge regionale 6/2006, in materia di operatori del sistema integrato di interventi e servizi sociali. (BUR n. 23 dell'8.6.16)

LAZIO

Determinazione 23 maggio 2016, n. G05779 - Nomina componenti commissione per la valutazione dei requisiti per la certificazione dell'esperienza professionale nel campo delle cure palliative dei medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche e private accreditate, ci cui alla legge 27 dicembre 2013, n. 147, comma 425 - DCA n. U00112 del 11/04/2016.

Decreto del Presidente della Regione Lazio 3 giugno 2016, n. T00121 - Presa d'atto delle dimissioni del componente del Collegio Sindacale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 1 (ex AA.SS.LL. Roma A e Roma E) - designazione nuovo componente. (BUR n. 46 del 9.6.16)

Decreto del Commissario ad Acta 26 maggio 2016, n. U00190 - Piano Decennale in Materia di Edilizia Sanitaria ex Art. 20, Legge 11 Marzo 1988, N. 67 - Strutture Sanitarie - Approvazione del Programma Regionale di Investimenti in Edilizia Sanitaria, Terza Fase Importo complessivo pari a euro 264.441.089,72, di cui euro 251.219.035,23 a carico dello Stato e euro 13.222.054,49 a carico della Regione Lazio. Stanziamento dell'importo pari a euro 13.222.054,49 a valere Capitolo H22103 - di cui euro 3.305.513,62 nell'esercizio finanziario 2016 - euro 4.958.270,44 nell'esercizio finanziario 2017 ed euro 4.958.270,44 nell'esercizio finanziario 2018 Annullamento del DCA U00038 del 12/02/2016. (BUR n. 46 del 9.6.16)

Decreto del Commissario ad acta 193 del 31 maggio 2016. Rettifica ed integrazioni. (BUR n. 46 del 9.6.16)

LIGURIA

DGR 6.5.16, n. 403 - Approvazione rinnovo Protocollo d'Intesa tra INAIL e Regione Liguria per l'erogazione di prestazioni di assistenza sanitaria da parte dell'INAIL approvato con D.G.R. 248/2013. (BUR n. 20 dell.6.16)

MOLISE

DGR 16.5.16 n. 203 - Legge regionale del 20 dicembre 1989, n 25, "norme per la istituzione e la disciplina dei servizi regionali di diabetologia". comitato regionale diabetologico. Provvedimenti. (BUR n. 22 del 16.5.16)

DGR 17.5.16, n. 213 - Proposta di legge regionale "interventi in favore dei soggetti affetti da malattia celiaca, compresa la variante clinica della dermatite erpetiforme". (BUR n. 22 del 1.6.16)

SICILIA

DASS 25.5.16 - Dialisi domiciliare nei pazienti affetti da insufficienza renale terminale. Proroga contributo. (GURS n. 25 del 10.6.16)

DASS 30.5.16 - Termine di validità delle prescrizioni di prestazioni specialistiche. (GURS n. 25 del 10.6.16)

TOSCANA

MOZIONE 18 maggio 2016, n. 294 - In merito alle prospettive dei servizi offerti dal sistema sanitario regionale in ambito montano. (BUR n. 22 del 1.6.16)

DGR 24.5.16, n. 482 - Prezzo di rimborso dei medicinali: modifi ca deliberazione GRT n. 339 del 18-04-2016. (BUR n. 22 del 1.6.16)

DGR 24.5.16, n. 484 - Individuazione dei Centri per la prescrizione e la somministrazione con onere a carico del SSN del medicinale Xofi go (223 Radio dicloruro). (BUR n. 22 del 1.6.16)

MOZIONE 18 maggio 2016, n. 284 - In merito al diritto al risarcimento economico di venticinque euro in caso di ritardo sulla prenotazione di visite specialistiche. Dati sulle richieste di rimborso. (BUR n.23 del 10.8.16)

MOZIONE 17 maggio 2016, n. 361 - In merito all'organizzazione dei servizi di diagnosi e cura della sindrome fibromialgica. (BUR n.23 del 10.8.16)

TUTELA DEI DIRITTI

CAMPANIA

DGR 24.5.16, n. 242 - Approvazione dello schema di protocollo sperimentale contro il caporalato e lo sfruttamento lavorativo in agricoltura "cura - legalita' - uscita dal ghetto". (BUR n.34 del 30.5.16)

LOMBARDIA

DD 3.6.16 - n. 5086 - Determinazione in ordine alla composizione e al funzionamento dell'organismo tecnico multidisciplinare, istituito con d.c.r. n. 894 del 10 novembre 2015. (BUR n. 23 dell'8.6.16)

TOSCANA

RISOLUZIONE 17 maggio 2016, n. 42 - Difensore civico regionale. Relazione sull'attività svolta nell'anno 2015. (BUR n. 22 del 1.6.16)

VENETO

DGR 17.5.16, n. 674 - Approvazione dell'articolazione organizzativa di un nuovo centro antiviolenza per donne vittime di violenza operante nel territorio della regione del veneto. l.r. n. 5 del 23.04.2013 "interventi regionali per prevenire e contrastare la violenza contro le donne", articolo 7, comma 1. (BUR n. 51 del 27.5.16)

PANORAMA STATALE

Gazzette Ufficiali pervenute all' 11 GIUGNO 2016 arretrati compresi

DIFESA DELLO STATO

DECRETO LEGISLATIVO 25 maggio 2016 , n. 97.

Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche. (GU n. 132 dell'8.6.16)

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visti gli articoli 76 e 87 della Costituzione;

Visto l'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, recante:

«Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche»;

Vista la legge 7 agosto 1990, n. 241, recante nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi;

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

Visto il decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, recante: «Codice in materia di protezione dei dati personali»;

Visto il decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, recante Codice dell'amministrazione digitale;

Vista la legge 18 giugno 2009, n. 69, recante: «Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività nonché in materia di processo civile»;

Visto il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, recante: «Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni»;

Visto il Codice del processo amministrativo di cui al decreto legislativo 2 luglio 2010, n. 104;

Vista la legge 6 novembre 2012, n. 190, recante: «Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione»;

Visto il decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, recante: «Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni»;

Vista la preliminare deliberazione del Consiglio dei ministri, adottata nella riunione del 20 gennaio 2016;

Sentito il Garante per la protezione dei dati personali;

Acquisito il parere della Conferenza unificata, ai sensi dell'articolo 8, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, espresso nella riunione del 3 marzo 2016;

Udito il parere del Consiglio di Stato, espresso dalla Sezione consultiva per gli atti normativi nell'adunanza del 18 febbraio 2016;

Acquisito il parere della Commissione parlamentare per la semplificazione e delle Commissioni parlamentari competenti per materia e per i profili finanziari;

Vista la deliberazione del Consiglio dei ministri, adottata nella riunione del 16 maggio 2016;

Su proposta del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione;

E M A N A

il seguente decreto legislativo:

NB

Si rinvia alla lettura integrale del testo

ENTI LOCALI

MINISTERO DELL'INTERNO

Nomina della commissione straordinaria di liquidazione cui affidare la gestione del dissesto finanziario del Comune di Barrafranca. (GU n. 129 del 4.6.16)

Il comune di Barrafranca (EN) con deliberazione n. 3 del 19 gennaio 2016 ha fatto ricorso alle procedure di risanamento finanziario previste dall'articolo 246 del decreto-legislativo 18 agosto 2000, n. 267.

Ai sensi dell'articolo 252 del citato decreto legislativo 267/2000, è stata nominata, con decreto del Presidente della Repubblica del 16 maggio 2016, la commissione straordinaria di liquidazione, nelle persone del dott. Giuseppe Saccone, del dott. Alberto Nicolosi e del dott. Giuseppe Gervasi, per l'amministrazione della gestione e dell'indebitamento pregresso e per l'adozione di tutti i provvedimenti per l'estinzione dei debiti del predetto comune.

DECRETO 26 maggio 2016 - Attribuzione ai comuni di un contributo di complessivi 390 milioni di euro per l'anno 2016. (GU n. 133 del 9.6.16)

IL MINISTRO DELL'INTERNO

DI CONCERTO CON

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Visti gli articoli 8 e 9 del decreto legislativo 14 marzo 2011, n. 23, che istituiscono e disciplinano l'imposta municipale propria;

Visto l'art. 1, comma 639, della legge 7 dicembre 2013, n. 147 (legge di stabilità 2014), come modificato dall'art. 1, comma 14, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016), che ha istituito l'imposta unica comunale (IUC) che si compone dell'imposta municipale propria (IMU), di natura patrimoniale, e di una componente riferita ai servizi, che si articola nel tributo per i servizi indivisibili (TASI), e nella tassa sui rifiuti (TARI), che finanzia i costi del servizio di raccolta e smaltimento dei rifiuti;

Visto il precedente decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro dell'interno del 6 novembre 2014, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 271 del 21 novembre 2014 - supplemento ordinario n. 88 - concernente l'attribuzione ai comuni di un contributo, pari complessivamente a 625 milioni di euro, in relazione ai gettiti standard ed effettivi dell'IMU e della TASI, ai sensi dell'art. 1, comma 731, della legge di stabilità 2014;

Visto il precedente decreto del Ministro dell'interno, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 22 ottobre 2015, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 251 del 28 ottobre 2015, concernente l'attribuzione ai comuni di un contributo, pari complessivamente a 530 milioni di euro, secondo una metodologia adottata sentita la Conferenza Stato-città ed autonomie locali, tenendo anche conto dei gettiti standard ed effettivi dell'IMU e della TASI e della verifica del gettito per l'anno 2014 derivante dalle disposizioni previste dall'art. 1 del decreto-legge 24 gennaio 2015, n. 4, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 marzo 2015, n. 34;

Visto l'art. 1, comma 20, della legge di stabilità 2016 che, per l'anno 2016, prevede l'attribuzione ai comuni di un contributo di complessivi 390 milioni di euro, da ripartire con decreto del Ministro dell'interno, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, in proporzione alle quote già attribuite con il predetto decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro dell'interno del 6 novembre 2014, e che gli importi del contributo non sono da considerarsi

tra le entrate finali valide ai fini del rispetto del vincolo del pareggio di bilancio, introdotto dalla legge di stabilità a decorrere dall'anno 2016;

Ritenuto che ai nuovi comuni derivanti da fusioni di cui all'art. 15 del decreto legislativo 19 agosto 2000, n. 267 – Testo unico degli enti locali – la quota di contributo da attribuire è pari alla somma, in misura proporzionale, degli importi già attribuiti ai comuni preesistenti;

Decreta:

Art. 1.

Contributo compensativo

1. Per l'anno 2016 il contributo previsto dall'art. 1, comma 20, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016) per l'importo complessivo pari a 390 milioni di euro, è ripartito fra i comuni nelle quote indicate nell'allegato A al presente decreto (a cui si rinvia)..

2. Gli importi spettanti ai comuni della regione a statuto speciale Friuli-Venezia Giulia, nella misura determinata nell'allegato A al presente decreto, sono devoluti alla Regione che provvede alla successiva attribuzione ai comuni beneficiari, nel rispetto delle disposizioni dello statuto speciale, delle relative norme di attuazione e delle eventuali specifiche disposizioni legislative di settore.

3. Le quote di cui all'allegato A sono determinate in proporzione a quelle già attribuite ai comuni ai sensi del decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro dell'interno del 6 novembre 2014 e non sono da considerarsi tra le entrate finali valide ai fini del rispetto del vincolo del pareggio di bilancio, introdotto dalla legge di stabilità a decorrere dal 2016. Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 26 maggio 2016

Il Ministro dell'interno: ALFANO

Il Ministro dell'economia e delle finanze: PADOAN

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 18 maggio 2016.

Fondo di solidarietà comunale. Definizione e ripartizione delle risorse spettanti per l'anno 2016. (GU n. 134 del 10.6.16)

IL PRESIDENTE

DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Visto l'art. 1, comma 380, lettera *b*) della legge 24 dicembre 2012, n. 228 che istituisce, nello stato di previsione del Ministero dell'interno, il Fondo di solidarietà comunale che è alimentato con una quota dell'imposta municipale propria, di spettanza dei comuni, di cui all'art. 13 del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214, definita con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro dell'interno, previo accordo da sancire presso la Conferenza Stato-Città e autonomie locali;

Visto l'art. 1, comma 380 *-ter*, lettera *b*), della legge n. 228 del 2012 in virtù del quale per le medesime finalità di cui al comma 380, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro dell'interno, previo accordo da sancire in sede di Conferenza Stato-città e autonomie locali, da emanare entro il 30 aprile 2016 per l'anno 2016, sono stabiliti i criteri di formazione e di riparto del Fondo di solidarietà comunale;

Considerato che la dotazione del predetto Fondo per l'anno 2016 è assicurata per 2.768,8 milioni di euro attraverso una quota dell'imposta municipale propria, di spettanza dei comuni e che, corrispondentemente, nell'esercizio 2016 è versata all'entrata del bilancio statale una quota di pari importo dell'imposta municipale propria, di spettanza dei comuni;

Visto l'art. 1, comma 380 *-ter*, lettera *a*), terzo periodo, della legge n. 228 del 2012, il quale prevede che a decorrere dall'anno 2016 la dotazione del Fondo di solidarietà comunale è incrementata di 3.767,45 milioni ed il successivo comma 380 *-sexies* nella parte in cui stabilisce che l'incremento è ripartito tra i comuni interessati sulla base del gettito effettivo IMU e TASI, relativo all'anno 2015, derivante dagli immobili adibiti ad abitazione principale e dai terreni agricoli;

Visto l'art. 1, comma 380 *-septies*, il quale prevede che a decorrere dall'anno 2016 l'ammontare del Fondo di solidarietà comunale di cui al comma 380 *-ter*, al netto degli importi erogati ai sensi del comma 380 *-sexies*, per ciascun comune:

a) della Regione siciliana e della regione Sardegna è determinato in modo tale da garantire la medesima dotazione netta del Fondo di solidarietà comunale per l'anno 2015;

b) delle regioni a statuto ordinario non ripartito secondo i criteri di cui al comma 380 *-quater* è determinato in modo tale da garantire proporzionalmente la dotazione netta del Fondo di solidarietà comunale per l'anno 2015;

Visto l'art. 1, comma 380 *-octies*, della legge n. 228 del 2012 il quale prevede che ai fini del comma 380 *-septies*,

per dotazione netta si intende la differenza tra le assegnazioni di risorse, al netto degli importi erogati ai sensi del comma 380 *-sexies* per ciascun comune, e la quota di alimentazione del fondo a carico di ciascun comune;

Visto l'art. 1, comma 380 *-quater* della legge n. 228 del 2012 il quale prevede per l'anno 2016 che, con riferimento ai comuni delle regioni a statuto ordinario, il 30 per cento dell'importo attribuito a titolo di Fondo di solidarietà comunale di cui al comma 380 *-ter* è accantonato per essere redistribuito, con il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di cui alla lettera b) del medesimo comma 380 *-ter*, tra i comuni sulla base della differenza tra le capacità fi scali e i fabbisogni standard approvati dalla Commissione tecnica per i fabbisogni standard, di cui all'art. 1, comma 29 della legge 28 dicembre 2015, n. 208;

Visti i fabbisogni standard approvati dalla Commissione tecnica per i fabbisogni standard nella seduta del 15 marzo 2016;

Visto il citato comma 380 *-quater* dell'art. 1 della legge n. 228 del 2012 il quale prevede che per la quota del Fondo di solidarietà comunale attribuita con il criterio di cui al primo periodo dello stesso comma 380 *-quater* non operano i criteri di cui alla lettera b) del predetto comma 380 *-ter*;

Visto l'art. 1, comma 380 *-quater*, ultimo periodo della legge n. 228 del 2012 il quale prevede che per gli anni 2015 e 2016 l'ammontare complessivo della capacità fiscale dei comuni delle regioni a statuto ordinario è determinata in misura pari all'ammontare complessivo delle risorse nette spettanti ai predetti comuni a titolo di imposta municipale propria e di tributo per i servizi indivisibili, ad aliquota standard, nonché a titolo di Fondo di solidarietà comunale netto per gli anni 2015 e 2016, ed è pari al 45,8 per cento dell'ammontare complessivo della capacità fiscale;

Visto il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze recante «Adozione della nota metodologica relativa alla procedura di calcolo e della stima delle capacità fiscali per singolo comune delle regioni a statuto ordinario» integrativo del decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 11 marzo 2015;

Visto l'art. 1, comma 380 *-sexies*, secondo periodo, della legge n. 228 del 2012, che prevede che a decorrere dall'anno 2016 una quota del Fondo di solidarietà comunale, pari ad 80 milioni di euro, è accantonata per essere ripartita tra i comuni per i quali il riparto dell'importo di 3.767,45 milioni non assicura il ristoro di un importo equivalente al gettito della TASI sull'abitazione principale stimato ad aliquota di base;

Visto l'art. 1, comma 380 *-ter*, lettera a), settimo periodo, della legge n. 228 del 2012 il quale prevede che, al fine di incentivare il processo di riordino e semplificazione degli enti territoriali, una quota del Fondo di solidarietà comunale, non inferiore a 30 milioni di euro, è destinata a incrementare il contributo spettante alle unioni di comuni ai sensi dell'art. 53, comma 10, della legge 23 dicembre 2000, n. 388, e una quota non inferiore a 30 milioni di euro è destinata, ai sensi dell'art. 20 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, ai comuni istituiti a seguito di fusione;

Visto l'art. 1, comma 763, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, il quale prevede che in considerazione delle particolari condizioni geopolitiche del comune di Campione d'Italia è attribuito al medesimo comune un contributo di 9 milioni per l'anno 2016, con corrispondente riduzione della dotazione del Fondo di solidarietà comunale relativamente alla quota da ripartire

sulla base dei criteri di cui ai numeri da 1) a 3) dell'art. 1, comma 380 *-ter*, lettera *b*) della legge n. 228 del 2012;

Visti i decreti del Presidente del Consiglio dei ministri in data 1° dicembre 2014 e 10 settembre 2015, con i quali sono stati determinati, rispettivamente per l'anno 2014 e per l'anno 2015, gli importi complessivi, le modalità di alimentazione e i criteri di riparto del Fondo di solidarietà comunale tra i comuni delle regioni a statuto ordinario, della Regione siciliana e della regione Sardegna;

Considerato che lo stanziamento del capitolo 1365 dello stato di previsione del Ministero dell'interno relativo al Fondo di solidarietà comunale deve essere integrato nel 2016, con apposite variazioni di bilancio, di 60 milioni di euro provenienti dal capitolo 1316 e di 268.491.386 euro provenienti dal capitolo 1368 del medesimo stato di previsione ai fini della corretta imputazione delle predette somme ai sensi dell'art. 1, commi 13 e 17, lettera *b*) della legge n. 208 del 2015;

Visto l'Accordo sancito in sede di Conferenza Statocittà e autonomie locali il 24 marzo 2016, ai sensi della lettera *b*) del comma 380 *-ter* dell'art. 1 della legge n. 228 del 2012;

Su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro dell'interno;

Decreta:

Art. 1.

Composizione del Fondo di solidarietà comunale per l'anno 2016

1. Per l'anno 2016 il Fondo di solidarietà comunale è composto:

a) dalla quota di cui all'art. 1, comma 380 *-ter*, lettera

a), primo periodo, della legge 24 dicembre 2012, n. 228, alimentata da una quota dell'imposta municipale propria, di spettanza dei comuni, pari a 2.768,8 milioni per l'anno 2016;

b) dalla quota di cui all'art. 1, comma 380 *-ter*, lettera *a*), secondo periodo, della legge n. 228 del 2012, destinata a compensare i comuni dei minori introiti derivanti dalle disposizioni di cui all'art. 1, commi 10, 13, 14, 15, 16, 53 e 54 della legge 28 dicembre 2015, n. 208;

2. Per l'anno 2016 a valere sulla quota di cui al comma 1, lettera *a*) sono prededotti i seguenti importi:

a) 30 milioni di cui all'art. 1, comma 380 *-ter*, lettera *a*), settimo periodo, della legge n. 228 del 2012, destinati a incrementare il contributo spettante alle unioni di comuni ai sensi dell'art. 53, comma 10, della legge 2 dicembre 2000 n. 388;

b) 30 milioni di cui all'art. 1, comma 380 *-ter*, lettera *a*), settimo periodo, della legge n. 228 del 2012, destinati ai comuni istituiti a seguito di fusione ai sensi dell'art. 20 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135;

c) 80,0 milioni di cui all'art. 1, comma 380 *-sexies*, secondo periodo, della legge n. 228 del 2012, destinati ai comuni per i quali il riparto della quota di cui alla lettera *b*) non assicura il ristoro di un importo equivalente al gettito della TASI sull'abitazione principale stimato ad aliquota di base;

d) 9 milioni di cui all'art. 1, comma 763, della legge n. 208 del 2015, destinati al comune di Campione d'Italia.

Art. 2.

Determinazione della quota del Fondo di solidarietà comunale per l'anno 2016 di cui all'art. 1, comma 1, lettera a)

1. La quota del Fondo di solidarietà comunale per l'anno 2016 di cui all'art. 1, comma 1, lettera *a*), alimentata attraverso una quota dell'imposta municipale propria di spettanza dei comuni, di cui all'art. 1, comma 380 *-ter*, primo periodo, della legge n. 228 del 2012, è stabilita nel complessivo importo di 6.442.721.947,09 euro, di cui 344.970.349,46 euro derivanti dall'ulteriore quota dell'imposta municipale propria di spettanza dei comuni dovuta alla regolazione dei rapporti finanziari degli enti di cui all'art. 7, comma 4.

2. Relativamente all'importo di euro 344.970.349,46 di cui al comma 1 è prioritariamente acquisito all'entrata del bilancio dello Stato l'importo di 148.948.765,18 euro e la rimanente somma di

196.021.584,28 euro è assegnata al capitolo 1365 iscritto nello stato di previsione del Ministero dell'interno.

3. Ai sensi del citato art. 1, comma 380 *-ter*, lettera *a*), della legge n. 228 del 2012 e ai fini della formazione del Fondo di solidarietà comunale, l'Agenzia delle entrate - Struttura di gestione - versa al capitolo 3697 dell'entrata del bilancio dello Stato una quota dell'imposta municipale propria di spettanza dei comuni delle regioni a statuto ordinario, della Regione siciliana e della regione Sardegna pari, complessivamente, a 2.768,8 milioni, determinata per ciascun comune in proporzione alle stime di gettito dell'IMU valide per l'anno 2015, come comunicate dal Ministero dell'economia e delle finanze, Dipartimento delle finanze. Il valore relativo a ciascun comune è indicato nell'allegato 1 al presente decreto.

Art. 3.

Riparto della quota del Fondo di solidarietà comunale per l'anno 2016 di cui all'art. 1, comma 1, lettera a) per i comuni delle regioni a statuto ordinario

1. Ai fini del riparto della quota di Fondo di solidarietà comunale di cui all'art. 1, comma 1, lettera *a*) spettante per l'anno 2016 ai comuni delle regioni a statuto ordinario:

a) il valore di riferimento per ciascun comune del Fondo di solidarietà comunale per l'anno 2015 è individuato in misura pari agli importi calcolati al lordo dell'applicazione per l'anno 2015 dei meccanismi perequativi di cui all'art. 1, comma 380 *-quater*, della legge n. 228 del 2012. I valori di cui al periodo precedente sono incrementati degli importi derivanti dal ripristino per l'anno 2016 della quota accantonata di cui all'art. 7 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 10 settembre 2015, determinati in proporzione alla base di riferimento di cui all'art. 2 del medesimo decreto, al netto delle somme utilizzate per le rettifiche di valori del medesimo decreto;

b) la quota di alimentazione del Fondo di solidarietà comunale 2015 è pari agli importi di cui all'elenco A allegato al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 10 settembre 2015;

c) la quota di alimentazione del Fondo di solidarietà comunale per l'anno 2016 è pari agli importi indicati nell'elenco di cui all'allegato 1 al presente decreto.

2. Ai fini della determinazione degli importi spettanti per l'anno 2016 a titolo di Fondo di solidarietà comunale è calcolata, per i singoli comuni delle regioni a statuto ordinario, la somma algebrica tra il valore di riferimento di cui alla lettera *a*) del comma 1 e la differenza tra i valori di cui alla lettera *c*) e la lettera *b*) del medesimo comma 1.

3. All'importo risultante dal calcolo di cui al comma 2 sono applicate in modo proporzionale le riduzioni conseguenti alla prededuzione degli importi di cui all'art. 1, comma 2, lettere *c*) e *d*), determinati per ciascun comune in modo proporzionale alla base di riferimento di cui all'art. 2 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 10 settembre 2015.

4. In applicazione di quanto previsto dall'art. 1, comma 380 *-quater*, della legge n. 228 del 2012, il 30 per cento della quota del Fondo di solidarietà comunale di cui all'art. 1, comma 1, lettera *a*) relativa per l'anno 2016 ai comuni delle regioni a statuto ordinario, come determinata in base ai commi 2 e 3 del presente articolo, è accantonata e redistribuita ai medesimi comuni sulla base delle capacità fiscali e dei fabbisogni standard, secondo la metodologia approvata in Conferenza Stato - città e autonomie locali nella seduta del 24 marzo 2016.

5. Per i singoli comuni delle regioni a statuto ordinario il valore risultante dalle operazioni di calcolo di cui ai commi 2, 3 e 4 è riportato nell'allegato 2.

6. Per i comuni costituiti a seguito di fusione a decorrere dal 2016 i dati di cui al presente articolo si intendono riferiti ai comuni preesistenti.

Art. 4.

Riparto della quota del Fondo di solidarietà comunale per l'anno 2016 di cui all'art. 1, comma 1, lettera a) per i comuni della Regione siciliana e della regione Sardegna

1. Ai fini del riparto della quota di Fondo di solidarietà comunale di cui all'art. 1, comma 1, lettera *a*) spettante per l'anno 2016 ai comuni della Regione siciliana e della regione Sardegna:

a) il valore di riferimento per ciascun comune del Fondo di solidarietà comunale per l'anno 2015 è individuato in misura pari agli importi calcolati al lordo dell'applicazione per l'anno 2015 dei

meccanismi perequativi di cui all'art. 1, comma 380 *-quater*, della legge n. 228 del 2012. I valori di cui al periodo precedente sono incrementati degli importi derivanti dal ripristino per l'anno 2016 della quota accantonata di cui all'art. 7 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 10 settembre 2015, determinati in proporzione alla base di riferimento di cui all'art. 2 del medesimo decreto, al netto delle somme utilizzate per le rettifiche di valori del medesimo decreto;

b) la quota di alimentazione del Fondo di solidarietà comunale 2015 è pari agli importi di cui all'elenco A allegato al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 10 settembre 2015;

c) la quota di alimentazione del Fondo di solidarietà comunale per l'anno 2016 è pari agli importi indicati nell'elenco di cui all'allegato 1 al presente decreto.

2. Ai fini della determinazione degli importi spettanti per l'anno 2016 a titolo di Fondo di solidarietà comunale è calcolata, per i singoli comuni della Regione siciliana e della regione Sardegna, la somma algebrica tra il valore di riferimento di cui alla lettera *a)* del comma 1 e la differenza tra i valori di cui alla lettera *c)* e la lettera *b)* del medesimo comma 1.

3. All'importo risultante dal calcolo di cui al comma 2 sono applicate in modo proporzionale le riduzioni conseguenti alla prededuzione degli importi di cui all'art. 1, comma 2, lettere *c)* e *d)*, determinati per ciascun comune in modo proporzionale alla base di riferimento di cui all'art. 2 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 10 settembre 2015.

4. Per i singoli comuni della Regione siciliana e della regione Sardegna il valore risultante dalle operazioni di calcolo di cui ai commi 2 e 3 è riportato nell'allegato 2.

Art. 5.

Riparto della quota del Fondo di solidarietà comunale per l'anno 2016 di cui all'art. 1, comma 1, lettera b) e attribuzione quota del Fondo di solidarietà comunale di cui all'art. 1, comma 2, lettera c)

1. La quota del Fondo solidarietà comunale per l'anno 2016 di cui all'art. 1, comma 1, lettera *b)*, pari a 3.767,45 milioni è ripartita tra i comuni delle regioni a statuto ordinario ed i comuni della Regione siciliana e della regione Sardegna secondo gli importi di cui all'allegato 3, colonne 1, 2 e 3 pari complessivamente a 3.692.276.856,22 euro.

2. La quota del Fondo di solidarietà comunale per l'anno 2016 di cui all'art. 1, comma 1, lettera *b)* non ripartita, pari a 75.173.143,78 euro, è distribuita con uno o più decreti del Ministro dell'interno, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da adottare entro il 31 luglio 2016, sentita la Conferenza Stato-città e autonomie locali, per le medesime finalità di cui al comma 1.

3. La quota del Fondo di solidarietà comunale per l'anno 2016 di cui all'art. 1, comma 2, lettera *c)* è attribuita ai comuni beneficiari in base a quanto disposto dall'art. 1, comma 380 *-sexies*, secondo periodo, della legge n. 228 del 2012, secondo gli importi di cui all'allegato 3, colonna 4.

Art. 6.

Accantonamento

1. Per l'anno 2016 è costituito un accantonamento di € 15.000.000 sul Fondo di solidarietà comunale.

2. L'accantonamento è destinato a eventuali conguagli ai singoli comuni derivanti da rettifiche dei valori e dei criteri utilizzati ai fini del presente decreto. Le assegnazioni sono disposte con decreto del Ministro dell'interno, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da adottare sentita la Conferenza Stato-città e autonomie locali entro il 31 ottobre 2016.

3. La quota da imputare a ciascun comune ai fini dell'accantonamento è calcolata per ciascun comune in modo proporzionale alla base di riferimento di cui all'art. 2 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 10 settembre 2015.

Art. 7.

Determinazione della quota di Fondo di solidarietà per l'anno 2016 relativa ai singoli comuni

1. Per i singoli comuni delle regioni a statuto ordinario, della Regione siciliana e della regione Sardegna la somma algebrica del valore di cui all'allegato 2 e del valore di cui all'allegato 3, colonna 5, è riportata nell'allegato 4, colonna 1.

2. Gli importi risultanti per i singoli comuni in base al comma 1 sono corretti in relazione all'accantonamento di cui all'art. 6, i cui valori per singolo ente sono riportati nell'allegato 4, colonna 2.

3. Il risultato positivo della somma algebrica dei valori di cui all'allegato 4, colonne 1 e 2, determina per i singoli comuni l'importo spettante per l'anno 2016 a titolo di Fondo di solidarietà comunale, riportato all'allegato 4, colonna 3.

4. Il risultato negativo della somma algebrica dei valori di cui all'allegato 4, colonne 1 e 2, determina per i singoli comuni un'ulteriore quota di imposta municipale propria di spettanza dei comuni dovuta per l'anno 2016 a titolo di alimentazione del Fondo di solidarietà comunale, il cui importo è riportato all'allegato 4, colonna 4. In tal caso l'Agenzia delle entrate - Struttura di gestione - versa ad apposito capitolo dell'entrata del bilancio dello Stato una quota dell'imposta municipale propria di spettanza dei singoli comuni pari al predetto importo.

5. Ove l'Agenzia delle entrate non riesca a procedere, in tutto o in parte, ai recuperi di cui al comma 4, i comuni interessati sono tenuti a versare la somma residua direttamente all'entrata del bilancio dello Stato, dando comunicazione dell'adempimento al Ministero dell'interno. In caso di mancato versamento da parte del comune entro il 31 dicembre 2016, l'Agenzia delle entrate - Struttura di gestione - provvede al recupero negli anni successivi a valere sui versamenti di entrata a qualunque titolo dovuti al comune.

Art. 8.

Compensazioni finanziarie per l'anno 2016

1. Per l'anno 2016 sugli importi a credito o a debito relativi ai singoli comuni risultanti dall'applicazione dell'art. 7, sono applicate le detrazioni conseguenti all'applicazione dell'art. 7, comma 31 -*sexies*, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 30 luglio 2010, n. 122.

Art. 9.

Erogazioni di risorse per l'anno 2016

1. Per l'anno 2016, il Ministero dell'interno, Direzione Centrale della finanza locale, provvede a erogare a ciascun comune quanto attribuito a titolo di Fondo solidarietà comunale in base all'art. 7, al netto delle detrazioni di cui all'art. 8, in due rate da corrispondere la prima entro il mese di giugno 2016 e la seconda entro il mese di ottobre 2016, comunque nei limiti della disponibilità di cassa del capitolo 1365, relativo al Fondo di solidarietà comunale, iscritto nello stato di previsione del Ministero dell'interno.

Art. 10.

Operazioni da parte dell'Agenzia delle entrate

1. Per l'anno 2016 gli importi dovuti dai singoli comuni, come indicati nell'allegato 1 e nell'allegato 4, colonna 4, o derivanti dall'applicazione dell'art. 8 sono comunicati dal Ministero dell'interno all'Agenzia delle entrate, la quale provvede a trattenere le relative somme dall'imposta municipale propria riscossa tramite il sistema del versamento unitario, di cui all'art. 17 del decreto legislativo 9 luglio 1997, n. 241. La trattenuta da parte dell'Agenzia delle entrate è effettuata in due rate di pari importo a valere sulle somme versate in relazione alle scadenze del 16 giugno e del 16 dicembre 2016. Gli importi recuperati dall'Agenzia delle entrate sono versati ad appositi capitoli dell'entrata del bilancio dello Stato.

Ai predetti importi si applica quanto previsto dall'art. 2, commi 2 e 3 del presente decreto.

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

Roma, 18 maggio 2016

p. *Il Presidente del Consiglio dei ministri*

DE VINCENTI

Il Ministro dell'economia e delle finanze

PADOAN

Il Ministro dell'interno

ALFANO

Registrato alla Corte dei conti il 20 maggio 2016

Ufficio controllo atti P.C.M. Ministeri giustizia e affari esteri, reg.ne prev. n. 1302

DECRETO 1° giugno 2016 - Ripartizione del contributo ai comuni per il ristoro del minor gettito IMU derivante dalle detrazioni IMU riconosciute, per l'anno 2015, per i terreni posseduti e condotti dai coltivatori diretti e dagli imprenditori agricoli professionali. (GU n. 135 dell'11.6.16)

IL CAPO DEL DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI INTERNI E TERRITORIALI DEL MINISTERO DELL'INTERNO

DI CONCERTO CON

IL DIRETTORE GENERALE DELLE FINANZE DEL MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Visti gli articoli 8 e 9 del decreto legislativo 14 marzo 2011, n. 23, che istituiscono e disciplinano l'imposta municipale propria (IMU);

Visto l'art. 13 del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214, che dispone l'anticipazione sperimentale dell'IMU;

Visto il decreto-legge 24 gennaio 2015, n. 4, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 marzo 2015, n. 34, recante «Misure urgenti in materia di esenzione IMU. Proroga di termini concernenti l'esercizio della delega in materia di revisione del sistema fi scale», che all'art. 1, comma 1 *-bis*, prevede, a decorrere dall'anno 2015, a seguito delle modifiche apportate ai criteri di esenzione IMU, una detrazione fi no a 200 euro dall'IMU dovuta per i terreni ubicati nei comuni elencati nell'allegato 0A allo stesso decreto-legge, posseduti e condotti dai coltivatori diretti e dagli imprenditori agricoli professionali, di cui all'art. 1 del decreto legislativo 29 marzo 2004, n. 99, iscritti nella previdenza agricola;

Visto l'art. 1, comma 9 *-bis* del decreto-legge n. 4 del 2015, che prevede che con decreto del Ministero dell'interno, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, si provvede, a decorrere dall'anno 2015, alla ripartizione del contributo, pari complessivamente a 15,35 milioni di euro, tra i comuni delle regioni a statuto ordinario, della Regione siciliana e della regione Sardegna, secondo una metodologia adottata sentita la Conferenza Stato-città ed autonomie locali, al fi ne di assicurare il ristoro del minor gettito IMU derivante dalle predette detrazioni;

Considerato che ai sensi del citato art. 1, comma 9 *-bis*, per i comuni delle regioni Friuli-Venezia Giulia e Valle d'Aosta, a cui la legge attribuisce competenza in materia di fi nanza locale, la compensazione del minor gettito dell'IMU, derivante dalle predette detrazioni avviene attraverso un minor accantonamento per l'importo di 0,15 milioni di euro a valere sulle quote di compartecipazione ai tributi erariali, ai sensi del comma 17 del citato art. 13 del decreto-legge n. 201 del 2011, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 214 del 2011, sulla base della citata metodologia;

Considerato che tra i comuni della regione Valle d'Aosta non vi sono enti benefi ciari del contributo compensativo;

Sentita la Conferenza Stato-città ed autonomie locali nella seduta dell'11 novembre 2015 in merito alla metodologia adottata per la ripartizione delle quote del contributo a favore di ciascun comune interessato

Visto l'art. 1, comma 13, della legge di stabilità 2016 (legge 28 dicembre 2015, n. 208), che prevede l'esenzione dall'IMU per i terreni posseduti e condotti dai coltivatori diretti e dagli imprenditori agricoli professionali, di cui all'art. 1 del decreto legislativo 29 marzo 2004, n. 99, iscritti nella previdenza agricola, indipendentemente dalla loro ubicazione, e contestualmente dispone l'abrogazione dei commi da 1 a 9 *-bis* dell'art. 1 del citato decreto-legge n. 4 del 2015, a decorrere dall'anno 2016;

Decreta:

Art. 1.

Ripartizione del contributo ai comuni per il ristoro del minor gettito IMU derivante dalle detrazioni IMU riconosciute per i terreni posseduti e condotti dai coltivatori diretti e dagli imprenditori agricoli professionali

1. Per l'anno 2015, a favore dei comuni delle regioni a statuto ordinario, della Regione siciliana e della regione Sardegna, elencati nell'allegato 0A al decreto-legge 24 gennaio 2015, n. 4, convertito con modificazioni dalla legge 24 marzo 2015, n. 34, è attribuito il contributo complessivo, pari a 15,35 milioni di euro, a titolo di compensazione del minor gettito derivante dalle detrazioni IMU riconosciute ai terreni posseduti e condotti dai coltivatori diretti e dagli imprenditori agricoli professionali. Il contributo è ripartito secondo la metodologia, riportata nell'allegato 1, adottata sentita la Conferenza Stato città ed autonomie locali nella seduta dell'11 novembre 2015 nella misura determinata pro-quota nell'allegato 2.

2. Per l'anno 2015, a favore dei comuni della regione a statuto speciale Friuli-Venezia Giulia elencati nell'allegato 0A al citato decreto-legge n. 4 del 2015, è attribuito un contributo complessivo di 0,15 milioni di euro a titolo di compensazione del minor gettito derivante dalle detrazioni IMU riconosciute ai terreni posseduti e condotti dai coltivatori diretti e dagli imprenditori agricoli professionali. Il contributo è ripartito tra i comuni interessati secondo la metodologia di cui al comma 1 e nella misura determinata, pro quota, nell'allegato 3.

La Regione Friuli-Venezia Giulia provvede alla successiva attribuzione ai comuni beneficiari nel rispetto delle disposizioni dello statuto speciale, delle relative norme di attuazione e delle eventuali specifiche disposizioni legislative di settore.

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

Roma, 1° giugno 2016

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

BELGIORNO

Il direttore generale delle finanze del Ministero dell'economia e delle finanze

LAPECORELLA

PREVIDENZA

MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

Approvazione della delibera n. 152 adottata dal Consiglio di amministrazione dell'Ente nazionale di previdenza ed assistenza per i consulenti del lavoro (ENPACL) in data 17 dicembre 2015. (GU n. 131 del 7.6.16)

Con ministeriale n. 36/0006777/MA004.A007/CONS-L-62 del 5 maggio 2016 è stata approvata, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, la delibera n. 152 adottata dal Consiglio di amministrazione dell'Ente nazionale di previdenza ed assistenza per i consulenti del lavoro (ENPACL) in data 17 dicembre 2015, concernente la riscossione della contribuzione obbligatoria per l'anno 2016.

Approvazione della delibera n. 25 adottata dal Consiglio di amministrazione dell'Ente nazionale di previdenza ed assistenza per i consulenti del lavoro (ENPACL) in data 3 marzo 2016.(GU n. 131 del 7.6.16)

Con ministeriale n. 36/0006780/MA004.A007/CONS-L-64 del 5 maggio 2016 è stata approvata, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, la delibera n. 25 adottata dal Consiglio di amministrazione dell'Ente nazionale di previdenza ed assistenza per i consulenti del lavoro (ENPACL) in data 3 marzo 2016, concernente la rivalutazione delle pensioni, dei redditi professionali e dei contributi per l'anno 2016.

PRIVATO SOCIALE

MINISTERO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

DECRETO 29 aprile 2016 - Liquidazione coatta amministrativa della «Parcheggiatori Sammaritani - cooperativa sociale», in Santa Maria Capua Vetere e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 127 del 1.6.16)

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 l'Unione nazionale cooperative italiane ha chiesto che la «Parcheggiatori Sammaritani - Cooperativa sociale» sia ammessa alla procedura di liquidazione coatta amministrativa;

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

Considerato quanto emerge dalla visura camerale aggiornata, effettuata d'ufficio presso il competente registro delle imprese, dalla quale si evince che l'ultimo bilancio depositato dalla cooperativa, riferito all'esercizio 31 dicembre 2010, evidenzia una condizione di sostanziale insolvenza in quanto, a fronte di un attivo patrimoniale di € 276.918,00, si riscontra una massa debitoria di € 298.546,00 ed un patrimonio netto negativo di € -165.370,00;

Considerato che è stato assolto l'obbligo di cui all'art. 7 della legge 7 agosto 1990, n. 241, dando comunicazione dell'avvio del procedimento a tutti i soggetti interessati, che non hanno formulato osservazioni e/o controdeduzioni;

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

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

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

Decreta:

Art. 1.

La società cooperativa «Parcheggiatori Sammaritani - Cooperativa sociale», con sede in Santa Maria Capua Vetere (Caserta) - (codice fi scale n. 02629840618) è posta in liquidazione coatta amministrativa, ai sensi dell'art. 2545 *-terdecies* del codice civile.

Considerati gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal *curriculum vitae*, è nominato commissario liquidatore il dott. Giuseppe Pennavaria (codice fiscale PNNGPP55P23B532I) nato a Campofelice di Roccella (Palermo) il 23 settembre 1955, e domiciliato in Roma, via Calabria n. 56.

Art. 2.

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

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

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

Roma, 29 aprile 2016

D'ordine del Ministro

il Capo di Gabinetto

COZZOLI

DECRETO 3 maggio 2016 - Liquidazione coatta amministrativa della «Nuova Serenità società cooperativa sociale», in Castellina in Chianti e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 128 del 3.5.16)

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 Confcooperative ha chiesto che la società «Nuova Serenità società cooperativa sociale» sia ammessa alla procedura di liquidazione coatta amministrativa;

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

Considerato quanto emerge dalla visura camerale, effettuata d'ufficio presso il competente registro delle imprese e dalla situazione patrimoniale della cooperativa, aggiornata al 17 giugno 2013, da cui si evidenzia che a fronte di un attivo circolante di € 62.799,68, si riscontra una massa debitoria a breve di € 82.447,14 ed un patrimonio netto negativo di € - 7.565,44;

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, che non hanno formulato 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 giugno 1975, n. 400, delle designazioni dell'Associazione nazionale di rappresentanza alla quale il sodalizio risulta aderente;

Decreta:

Art. 1.

La società cooperativa «Nuova Serenità società cooperativa sociale», con sede in Castellina in Chianti (SI) (codice fiscale 01193220520) è posta in liquidazione coatta amministrativa, ai sensi dell'art. 2545 -*terdecies* c.c.

Considerati gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal *curriculum vitae*, è nominato commissario liquidatore il dott. Francesco Federighi (codice fiscale FDR FNC 77 M 12G 713A), nato a Pistoia (PT) il 12 agosto 1977, e ivi residente in via C. Trinci n. 2.

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 maggio 2016

D'Ordine del Ministro

Il Capo di Gabinetto

COZZOLI

DECRETO 4 maggio 2016 - Liquidazione coatta amministrativa della «Orizzonti società cooperativa sociale onlus in liquidazione», in Bienno e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 128 del 3.5.16)

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 «Orizzonti società cooperativa sociale onlus in liquidazione» sia ammessa alla procedura di liquidazione coatta amministrativa;

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

Considerato quanto emerge dalla visura camerale aggiornata, effettuata d'ufficio presso il competente registro delle imprese, dalla quale si evince che l'ultimo bilancio depositato dalla cooperativa, riferito all'esercizio 31 dicembre 2013, evidenzia una condizione di sostanziale insolvenza in quanto, a fronte di un attivo patrimoniale di € 3.320,00, si riscontra una massa debitoria di € 25.120,00 ed un patrimonio netto negativo di € - 24.550,00;

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, che non hanno formulato 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 giugno 1975, n. 400, delle designazioni dell'Associazione nazionale di rappresentanza alla quale il sodalizio risulta aderente;

Decreta:

Art. 1.

La società cooperativa «Orizzonti società cooperativa sociale onlus in liquidazione», con sede in Bienna (BS) (codice fi scale 02573330988) è posta in liquidazione coatta amministrativa, ai sensi dell'art. 2545 *-terdecies* c.c.

Considerati gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal *curriculum vitae*, è nominato commissario liquidatore il dott. Fiorenzo Racheli, (codice fi scale RCHFZ53C23H598Z) nato a Rovato (BS) il 23 marzo 1953, e domiciliato in Bovezzo (BS), via Vittorio Veneto, n. 49.

Art. 2.

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

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

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

Roma, 4 maggio 2016

D'Ordine del Ministro

Il Capo di Gabinetto

COZZOLI

DECRETO 29 aprile 2016 - Liquidazione coatta amministrativa della «Belvedere Solidale società cooperativa sociale - o.n.l.u.s. in liquidazione», in Belvedere Langhe e nomina del commissario liquidatore. /GU n. 133 del 9.6.16)

IL MINISTRO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 5 dicembre 2015, 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 «Belvedere Solidale

Società cooperativa sociale - O.N.L.U.S. in liquidazione» sia ammessa alla procedura di liquidazione coatta amministrativa;

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

Considerato quanto emerge dalla visura camerale aggiornata, effettuata d'ufficio presso il competente Registro delle Imprese, dalla quale si evince che l'ultimo bilancio depositato dalla cooperativa, riferito all'esercizio 31 dicembre 2012, evidenzia una condizione di sostanziale insolvenza in quanto, a fronte di un attivo patrimoniale di € 343.994,00, si riscontra una massa debitoria di € 354.364,00 ed un patrimonio netto negativo di € 35.497,00;

Considerato che é 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;

Preso atto che il legale rappresentante della suddetta cooperativa ha comunicato formalmente di voler procedere, in tempi brevi, al deposito del bilancio finale di liquidazione presso il competente ufficio del registro delle imprese;

Considerato che nessun atto è stato prodotto e non risulta, da visura camerale aggiornata, alcun deposito del bilancio finale di liquidazione;

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 «Belvedere Solidale società cooperativa sociale - O.N. L.U.S. in liquidazione», con sede in Belvedere Langhe (CN) (codice fi scale 02984200044) 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 nominata commissario liquidatore l'avv. Francesca Gastaldi, nata ad Alba (CN) l'8 settembre 1981 (codice fi scale GSTFNC81P48AI24B), ivi domiciliata in via Vida, n. 6.

Art. 2.

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

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

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

Roma, 29 aprile 2016

D'ordine del Ministro

il Capo di Gabinetto

DECRETO 4 maggio 2016 - Liquidazione coatta amministrativa della «Cooperativa sociale Coluna - Onlus», in Roma e nomina del commissario. (GU n. 134 del 10.6.16) liquidatore. (GU n. 134 del 10.6.16)

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 l'Unione nazionale cooperative italiane ha chiesto che la «Cooperativa sociale Coluna - Onlus» sia ammessa alla procedura di liquidazione coatta amministrativa;

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

Considerato quanto emerge dalla visura camerale aggiornata, effettuata d'ufficio presso il competente registro delle imprese, 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 € 513.755,00, si riscontra una massa debitoria di € 616.146,00 ed un patrimonio netto negativo di € - 131.725,00;

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 la propria rinuncia alla presentazione di osservazioni e/o controdeduzioni;

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

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

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

Decreta:

Art. 1.

La «Cooperativa sociale Coluna - Onlus», con sede in Roma (codice fi scale 06662521001) è posta in liquidazione coatta amministrativa, ai sensi dell'art. 2545 -*terdecies* del codice civile.

Considerati gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal *curriculum vitae*, è nominato commissario liquidatore il rag. Giuseppe Pennavaria, nato a Campofelice di Roccella (PA) il 23 settembre 1955 (C.F. PNNGPP55P23B532I), e domiciliato in Roma, via Calabria, n. 56.

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, 4 maggio 2016

D'ordine del Ministro

Il Capo di Gabinetto

COZZOLI

QUALITA' DELLA VITA

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 25 maggio 2016 .

Approvazione del bando con il quale sono definiti le modalità e la procedura di presentazione dei progetti per la riqualificazione urbana e la sicurezza delle periferie delle città metropolitane, dei comuni capoluogo di provincia e della città di Aosta. (GU n. 127 del 1.6.16)

IL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

DI CONCERTO CON

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE,

IL MINISTRO DELLE INFRASTRUTTURE E DEI TRASPORTI

E IL MINISTRO DEI BENI E DELLE ATTIVITÀ CULTURALI E DEL TURISMO

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

Vista la legge 28 dicembre 2015, n. 208, recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)";

Visto, in particolare, l'art. 1, comma 974, della citata legge n. 208 del 2015, che ha istituito per l'anno 2016 il Programma straordinario di intervento per la riqualificazione urbana e la sicurezza

delle periferie delle città metropolitane e dei comuni capoluogo di provincia, finalizzato alla realizzazione di interventi urgenti per la rigenerazione delle aree urbane degradate attraverso la promozione di progetti di miglioramento della qualità del decoro urbano, di manutenzione, riuso e rifunzionalizzazione delle aree pubbliche e delle strutture edilizie esistenti, rivolti all'accrescimento della sicurezza territoriale e della capacità di resilienza urbana, al potenziamento delle prestazioni urbane anche con riferimento alla mobilità sostenibile, allo sviluppo di pratiche, come quelle del terzo settore e del servizio civile, per l'inclusione sociale e per la realizzazione di nuovi modelli di welfare metropolitano, anche con riferimento all'adeguamento delle infrastrutture destinate ai servizi sociali e culturali, educativi e didattici, nonché alle attività culturali ed educative promosse da soggetti pubblici e privati;

Visto l'art. 1, comma 975, della citata legge n. 208 del 2015, che ha stabilito che ai fini della predisposizione del suddetto Programma, entro il 1° marzo 2016 gli enti interessati trasmettono i progetti di cui al comma 974 alla Presidenza del Consiglio dei ministri, secondo le modalità e la procedura stabilite con apposito bando, approvato, entro il 31 gennaio 2016, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, con il Ministro delle infrastrutture e dei trasporti e con il Ministro dei beni e delle attività culturali e del turismo, sentita la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281;

Visto l'art. 1, comma 976, della citata legge n. 208 del 2015, che ha stabilito che “Con il decreto di cui al comma 975 sono altresì definiti:

- a) la costituzione, la composizione e le modalità di funzionamento, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, di un Nucleo per la valutazione dei progetti di riqualificazione, il quale ha facoltà di operare anche avvalendosi del supporto tecnico di enti pubblici o privati ovvero di esperti dotati delle necessarie competenze;
- b) la documentazione che gli enti interessati devono allegare ai progetti e il relativo cronoprogramma di attuazione;
- c) i criteri per la valutazione dei progetti da parte del Nucleo, in coerenza con le finalità del Programma, tra i quali la tempestiva esecutività degli interventi e la capacità di attivare sinergie tra finanziamenti pubblici e privati.”;

Visto l'art. 1, comma 977, della citata legge n. 208 del 2015, che ha stabilito che “Sulla base dell'istruttoria svolta, il Nucleo seleziona i progetti in coerenza con i criteri definiti dal decreto di cui al comma 975, con le relative indicazioni di priorità. Con uno o più decreti del Presidente del Consiglio dei ministri sono individuati i progetti da inserire nel Programma ai fini della stipulazione di convenzioni o accordi di programma con gli enti promotori dei progetti medesimi. Tali convenzioni o accordi di programma definiscono i soggetti partecipanti alla realizzazione dei progetti, le risorse finanziarie, ivi incluse quelle a valere sul fondo di cui al comma 978, e i tempi di attuazione dei progetti medesimi, nonché i criteri per la revoca dei finanziamenti in caso di inerzia realizzativa.

Le amministrazioni che sottoscrivono le convenzioni o gli accordi di programma forniscono alla Presidenza del Consiglio dei ministri i dati e le informazioni necessari allo svolgimento dell'attività di monitoraggio degli interventi.

Il monitoraggio degli interventi avviene ai sensi del decreto legislativo 29 dicembre 2011, n. 229, ove compatibile.

L'insieme delle convenzioni e degli accordi stipulati costituisce il Programma.”;

Visto, altresì, che l'art. 1, comma 978, della citata legge n. 208 del 2015 ha stabilito che per l'attuazione delle disposizioni di cui ai commi da 974 a 977, per l'anno 2016 è istituito nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze un fondo denominato «Fondo per l'attuazione del Programma straordinario di intervento per la riqualificazione urbana e la sicurezza delle periferie», da trasferire al bilancio autonomo della Presidenza del Consiglio dei ministri, e che a tale fine è autorizzata la spesa di 500 milioni di euro per l'anno 2016;

Considerata, pertanto, la necessità di dare attuazione ai predetti commi da 974 a 978 del richiamato art. 1 della citata legge n. 208 del 2015;

Vista la Convenzione europea del paesaggio, stipulata a Firenze il 20 ottobre 2000, ratificata in Italia con la legge 9 gennaio 2006, n. 14, recante “Ratifica ed esecuzione della Convenzione europea sul paesaggio, fatta a Firenze il 20 ottobre 2000”, ed in particolare il preambolo, ove si riconosce che “il paesaggio è in ogni luogo un elemento importante della qualità della vita delle popolazioni: nelle aree urbane e nelle campagne, nei territori degradati, come in quelli di grande qualità, nelle zone considerate eccezionali, come in quelle della vita quotidiana”;

Visto il decreto legislativo 22 gennaio 2004, n. 42, recante “Codice dei beni culturali e del paesaggio, ai sensi dell’articolo 10 della legge 6 luglio 2002, n. 137”, ed in particolare l’articolo 135, comma 4, ove si stabilisce che “Per ciascun ambito i piani paesaggistici definiscono apposite prescrizioni e previsioni ordinate in particolare:

... b) alla riqualificazione delle aree compromesse o degradate”;

Ritenuto, pertanto, che le finalità di interesse generale previste dall’articolo 1, comma 974, della citata legge n. 208 del 2015, volte alla “realizzazione di interventi urgenti per la rigenerazione delle aree urbane degradate”, comprendono la riqualificazione paesaggistica quale obiettivo necessario per il recupero della dignità e dell’identità espressiva dei luoghi, e che tale obiettivo rafforza la coesione sociale, l’attrattività turistica ed il rilancio economico-sociale delle zone degradate;

Ritenuto, altresì, che nel quadro della riqualificazione assume un ruolo di rilievo la qualità degli interventi architettonici, in quanto interventi capaci di rappresentare poli catalizzatori di tali forme di riqualificazione e rinnovamento;

Sentita la Conferenza unificata di cui all’art. 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, nella seduta del 14 aprile 2016;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 23 aprile 2015, con il quale al Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri, prof. Claudio De Vincenti, è stata delegata la firma di decreti, atti e provvedimenti di competenza del Presidente del Consiglio dei ministri;

Decreta:

Art. 1.

Approvazione e contenuti del bando

1. Ai sensi dell’art. 1, commi 975 e 976, lett. b) e c) , della legge 28 dicembre 2015, n. 208, è approvato il bando allegato, con il quale sono definiti: le modalità e la procedura di presentazione dei progetti per la riqualificazione urbana e la sicurezza delle periferie delle città metropolitane, dei comuni capoluogo di provincia e della città di Aosta; la documentazione che gli enti interessati devono allegare ai progetti; il relativo cronoprogramma di attuazione e i criteri per la valutazione dei progetti.

2. Ai fini del presente decreto e del bando allegato, si considerano periferie le aree urbane caratterizzate da situazioni di marginalità economica e sociale, degrado edilizio e carenza di servizi.

3. Il bando allegato costituisce parte integrante del presente decreto.

Art. 2.

Istituzione e funzionamento del Nucleo

1. Ai sensi dell’art. 1, comma 976, lett. a) , della legge 28 dicembre 2015, n. 208, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri è istituito un Nucleo per la valutazione dei progetti per la riqualificazione urbana e la sicurezza delle periferie (di seguito Nucleo).

2. Il Nucleo è composto dal Segretario generale della Presidenza del Consiglio dei ministri, con funzioni di presidente, e da sei esperti di particolare qualificazione professionale, anche estranei alla pubblica amministrazione, due dei quali designati, rispettivamente, dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome e dall’Associazione nazionale dei comuni italiani.

3. I componenti del Nucleo sono nominati, dopo il termine ultimo di presentazione dei progetti, con decreto del Segretario generale della Presidenza del Consiglio dei ministri.

4. Si applicano le speciali disposizioni in materia di incompatibilità e inconfiribilità degli incarichi.

5. Il Nucleo ha sede presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, Segretariato generale.
6. Il Nucleo viene convocato dal presidente. Il presidente convoca la prima seduta entro sette giorni dalla scadenza del termine per la presentazione delle domande.
Nella prima seduta sono definite le modalità operative di funzionamento del Nucleo stesso, nonché gli ulteriori criteri di valutazione dei progetti.
7. Il Nucleo opera ordinariamente fin al completo espletamento della procedura di valutazione dei progetti.
Conclusa tale fase, può essere riconvocato laddove residuino risorse a seguito della revoca parziale o totale dei finanziamenti concessi per la realizzazione di alcuni progetti, o non si proceda alla stipula delle convenzioni o degli accordi previsti dall'articolo 10 del bando.
8. Il Nucleo si avvale di una segreteria tecnico-amministrativa, istituita con decreto del Segretario generale, operante presso il Segretariato generale della Presidenza del Consiglio dei ministri.
9. Il Nucleo può avvalersi del supporto di enti pubblici o privati, ovvero di esperti dotati delle necessarie competenze.
10. Ai componenti del Nucleo e della segreteria tecnico- amministrativa non è corrisposto alcun emolumento o indennità. È previsto il rimborso delle sole spese di viaggio per i componenti del Nucleo non residenti a Roma.
11. Agli esperti estranei alla pubblica amministrazione di cui al precedente comma 2, può essere riconosciuto un compenso omnicomprensivo nel limite massimo di 10.000 euro ciascuno.

Art. 3.

Individuazione dei progetti

1. Sulla base dell'istruttoria svolta, il Nucleo seleziona i progetti in coerenza con i criteri definiti nel bando allegato al presente decreto, con le relative indicazioni di priorità in base al punteggio ottenuto.
2. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri sono individuati, secondo l'ordine di priorità definito ai sensi del comma 1, i progetti da inserire nel Programma ai fini della stipulazione di convenzioni o accordi di programma con gli enti promotori dei progetti medesimi, nonché i termini per la stipulazione stessa. Con lo stesso decreto sono definite le modalità di monitoraggio, di verifica dell'esecuzione, nonché di rendicontazione del finanziamento assegnato, anche in coerenza con quanto disposto dal decreto legislativo 29 dicembre 2011, n. 229. Con lo stesso decreto, inoltre, si definisce la procedura per l'eventuale riassegnazione delle risorse in caso di inottemperanza alle disposizioni stabilite dal bando, dalle convenzioni o dagli accordi di programma.
3. Tali convenzioni o accordi di programma definiscono i soggetti partecipanti alla realizzazione dei progetti, le risorse finanziarie, ivi incluse quelle a valere sul fondo di cui all'art. 1, comma 978, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, e i tempi di attuazione dei progetti medesimi, nonché i criteri per la revoca dei finanziamenti in caso di inerzia organizzativa (con specifico riferimento alle scadenze da rispettare e alle modalità di interruzione, laddove necessario, dell'erogazione delle risorse ancora non trasferite, o di restituzione delle risorse medesime, qualora già nella disponibilità dei beneficiari). Sono inoltre definite le relative procedure.
4. Le convenzioni prevedono che la realizzazione del progetto, per la parte oggetto di finanziamento pubblico, avvenga nel rispetto dei principi di evidenza pubblica.
5. La mancata stipula delle convenzioni o degli accordi di programma, per cause imputabili ai soggetti promotori dei progetti, comporta l'esclusione del progetto e l'individuazione di altro progetto beneficiario secondo l'ordine di priorità definito ai sensi del comma 1 e compatibilmente con le risorse disponibili.
6. I soggetti che sottoscrivono le convenzioni o gli accordi di programma forniscono alla Presidenza del Consiglio dei ministri i dati e le informazioni necessari allo svolgimento dell'attività di monitoraggio degli interventi.
7. Ai sensi dell'art. 1, comma 977, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, l'insieme delle convenzioni e degli accordi stipulati costituisce il Programma.

Art. 4.

Finanziabilità degli interventi

1. Le convenzioni o gli accordi di programma costituenti il Piano sono finanziati, in ordine di punteggio decrescente ottenuto, fino al limite di capienza delle risorse finanziarie disponibili per l'esercizio finanziario 2016.

2. Nelle convenzioni e negli accordi di programma sono determinate le modalità per l'erogazione del finanziamento, in coerenza con il quadro economico presentato e con quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di cui al precedente art. 3, comma 2.

3. Una quota di finanziamento non superiore al 10% può essere erogata, su richiesta del rappresentante legale dell'ente beneficiario, successivamente alla sottoscrizione della convenzione o accordo di programma. Una quota pari al 30% può essere erogata nella fase intermedia di realizzazione del progetto, in base al cronoprogramma.

4. La restante parte di finanziamento è erogata a conclusione del progetto, ad esito delle verifiche previste dalla procedura definita nel richiamato decreto di cui al precedente art. 3, comma 2.

5. Il presente decreto e l'allegato bando sono sottoposti alla registrazione dei competenti organi di controllo e sono pubblicati nella *Gazzetta ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 25 maggio 2016

p. *Il Presidente del Consiglio dei ministri, il Sottosegretario di Stato*

DE VINCENTI

Il Ministro dell'economia e delle finanze

PADOAN

Il Ministro delle infrastrutture e dei trasporti

DELRIO

Il Ministro dei beni e delle attività culturali e del turismo

FRANCESCHINI

ALLEGATO

Bando per la presentazione di progetti per la predisposizione del Programma straordinario di intervento per la riqualificazione urbana e la sicurezza delle periferie delle città metropolitane e dei comuni capoluogo di provincia.

Art. 1.

Ente banditore

La presente procedura di selezione è indetta dalla Presidenza del Consiglio dei ministri, in attuazione della legge 28 dicembre 2015, n. 208, articolo 1, commi 974, 975, 976, 977 e 978, per la predisposizione del Programma straordinario di intervento per la riqualificazione urbana e la sicurezza delle periferie delle città metropolitane e dei comuni capoluogo di provincia (di seguito Programma).

Art. 2.

Oggetto e dotazione finanziaria

1. Oggetto della presente procedura è la selezione di progetti per la riqualificazione urbana e la sicurezza delle periferie delle città metropolitane, dei comuni capoluogo di provincia e della città di Aosta.

2. Per l'attuazione del Programma è istituito un fondo denominato "Fondo per l'attuazione del Programma straordinario di intervento per la riqualificazione urbana e la sicurezza delle periferie", di cui all'articolo 1, comma 978, della legge 28 dicembre 2015, n. 208. A tale fine è autorizzata la spesa di 500 milioni di euro per l'anno 2016.

Art. 3.

Soggetti proponenti

1. Sono ammessi a presentare i progetti, entro 90 giorni dalla pubblicazione in *Gazzetta ufficiale* del DPCM e del bando: le città metropolitane, i comuni capoluogo di provincia e la città di Aosta.

2. Ai fini dell'individuazione degli interventi, gli enti di cui al precedente comma 1 favoriscono la più ampia partecipazione all'attuazione dei progetti da parte di altri soggetti pubblici e privati.

3. Le città metropolitane presentano proposte che comprendono progetti specifici per il comune del loro territorio con il maggior numero di abitanti, distinti dalle ulteriori iniziative per le quali si richiede il finanziamento, e proposte che interessano anche i comuni contermini alla città capoluogo all'interno del perimetro metropolitano.

4. Gli enti di cui al precedente comma 1 promuovono i progetti in coerenza con gli strumenti di pianificazione e di programmazione territoriale regionale e comunitaria e ne assicurano l'integrazione con le politiche settoriali assunte dagli altri enti pubblici competenti per territorio.

Art. 4.

Oggetto dei progetti

1. I progetti devono avere ad oggetto la riqualificazione urbana e la sicurezza delle periferie delle città metropolitane, dei comuni capoluogo di provincia e della città di Aosta.

2. Ai fini del presente bando, si considerano periferie le aree urbane caratterizzate da situazioni di marginalità economica e sociale, degrado edilizio e carenza di servizi.

3. Gli interventi, da attuarsi senza ulteriore consumo di suolo, potranno riguardare una o più delle seguenti tipologie di azione:

a) progetti di miglioramento della qualità del decoro urbano;

b) progetti di manutenzione, riuso e rifunzionalizzazione di aree pubbliche e di strutture edilizie esistenti, per finalità di interesse pubblico;

c) progetti rivolti all'accrescimento della sicurezza territoriale e della capacità di resilienza urbana;

d) progetti per il potenziamento delle prestazioni e dei servizi di scala urbana, tra i quali lo sviluppo di pratiche del terzo settore e del servizio civile, per l'inclusione sociale e la realizzazione di nuovi modelli di welfare metropolitano e urbano;

e) progetti per la mobilità sostenibile e l'adeguamento delle infrastrutture destinate ai servizi sociali e culturali, educativi e didattici, nonché alle attività culturali ed educative promosse da soggetti pubblici e privati.

4. Qualora i progetti rechino interventi su beni culturali o su immobili o su aree sottoposte a tutela paesaggistica o a vincolo ambientale, per i quali sono già state rilasciate autorizzazioni o preventiva dichiarazione in merito alla loro compatibilità, le stesse sono trasmesse a corredo del progetto.

5. Una quota del 5% delle risorse dell'investimento per ciascuna città può essere destinata alla predisposizione di piani urbanistici, piani della mobilità, studi di fattibilità e/o atti necessari per la costituzione di società pubblico/private e/o interventi in finanza di progetto, investimenti immateriali quali e-government, marketing territoriale, sviluppo di nuovi servizi, formazione (se collegati e funzionali ai progetti innovativi proposti).

Art. 5.

Documentazione ed elaborati richiesti

1. Le domande, redatte in carta semplice, su carta intestata del comune e firmate dal sindaco della città metropolitana, del comune capoluogo di provincia o della città di Aosta, o da un loro delegato, devono essere inviate esclusivamente a mezzo posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo PEC: programma.periferieurbane@pec.governo.it

Alla domanda devono essere allegati, a pena di inammissibilità, in formato PDF, i seguenti documenti:

a) una relazione generale di non più di 10 cartelle in formato A4 (2000 battute ciascuna, spazi inclusi), nella quale sono chiaramente illustrati:

i. la tipologia e le caratteristiche del progetto;

ii. il costo complessivo del progetto, il piano finanziario e le specifiche coperture finanziarie previste;

iii. la tipologia e il numero di beneficiari diretti e indiretti e le relative modalità di individuazione;

iv. i tempi di esecuzione;

v. le aree in cui saranno svolte le attività progettuali;

vi. la dimensione dell'investimento da realizzare con indicazione dei risultati attesi;

vii. la partecipazione di eventuali soggetti privati e le modalità di coinvolgimento attraverso procedure di evidenza pubblica;

b) il cronoprogramma dei tempi di realizzazione del progetto;

c) una scheda relativa ai soggetti pubblici e privati cofinanziatori del progetto, con indicazione del relativo apporto finanziario;

d) le intese o accordi sottoscritti con i soggetti di cui al punto c) ;

e) la delibera di approvazione del progetto – che deve presentarsi, come ribadito al successivo articolo 6 - da parte del Comune e il decreto di nomina del responsabile del procedimento (RUP);

f) una dichiarazione del RUP relativa alla conformità degli interventi proposti con gli strumenti di pianificazione urbanistica vigenti o adottati, nonché con i regolamenti edilizi.

2. Nel caso in cui la domanda riguardi il finanziamento di una iniziativa relativa a lavori, il progetto è corredato da una documentazione grafico/fotografica di non più di 10 cartelle, in formato A3, contenente una planimetria d'insieme, nella scala minima di 1:1000, e schemi interpretativi o disegni tecnici in scala adeguata, che illustrino compiutamente il progetto proposto.

3. Nel caso in cui la domanda riguardi solo il finanziamento di progetti relativi a servizi, la stessa è accompagnata soltanto dai documenti di cui ai punti a) , i, ii, iii, iv, vi, vii, b) , c) , d) , e) , f) , e dai relativi capitolati approvati dall'amministrazione.

4. I progetti che recano interventi che insistono su beni culturali e/o su immobili o aree sottoposti a tutela paesaggistica, dovranno essere corredati delle autorizzazioni o di una preventiva dichiarazione in merito alla compatibilità degli interventi proposti, rilasciate dai competenti uffici preposti alla tutela dei vincoli del patrimonio culturale previsti nelle parti II e III del Codice dei beni culturali e del paesaggio di cui al decreto legislativo 22 gennaio 2004, n. 42. Tali documenti dovranno essere allegati ai progetti al momento della loro presentazione, se disponibili, o consegnati di seguito, contestualmente al progetto definitivo o esecutivo, laddove questi ultimi fossero trasmessi successivamente alla domanda.

5. Se l'intervento proposto ricade nella tipologia soggetta a vincolo ambientale, il progetto dovrà essere corredato delle autorizzazioni/ nulla osta rilasciate dalle autorità competenti in materia ambientale. Tali documenti dovranno essere allegati ai progetti al momento della loro presentazione, se disponibili, o consegnati di seguito, contestualmente al progetto definitivo o esecutivo, laddove questi ultimi fossero trasmessi successivamente alla domanda.

Art. 6.

Ulteriori requisiti di ammissibilità

I progetti dovranno possedere al momento della presentazione della domanda – a pena di inammissibilità - i seguenti ulteriori requisiti:

a) rientrare nelle tipologie di intervento di cui all'art. 4;

b) essere stati approvati come progetti definitivi o esecutivi.

I soggetti proponenti possono presentare anche progetti di carattere preliminare. In tal caso si impegnano ad approvare, entro 60 giorni dalla sottoscrizione della convenzione o accordo di programma, il relativo progetto definitivo o esecutivo;

c) essere conformi con le previsioni dello strumento urbanistico vigente;

d) se costituiti da lotti funzionali, essere autonomamente fruibili.

Tale requisito dovrà essere dimostrato con apposita relazione tecnica da allegare alla domanda di contributo.

Art. 7.

Criteri di valutazione dei progetti

1. Nella selezione dei progetti saranno applicati i seguenti criteri di valutazione, con relativi punteggi:

a) tempestiva esecutività degli interventi (fino a 25 punti);

b) capacità di attivare sinergie tra finanziamenti pubblici e privati, laddove il contributo finanziario di questi ultimi sia pari almeno al 25% dell'importo complessivo necessario alla realizzazione del progetto proposto (fino a 25 punti);

c) fattibilità economica e finanziaria e coerenza interna del progetto, anche con riferimento a singoli moduli funzionali (fino a 20 punti);

d) qualità e innovatività del progetto sotto il profilo organizzativo, gestionale, ecologico ambientale e architettonico (fino a 20 punti);

e) capacità di innescare un processo di rivitalizzazione economica, sociale e culturale del contesto urbano di riferimento (fino a 10 punti).

2. Il Nucleo per la valutazione dei progetti, di cui al successivo articolo 9, stabilisce un punteggio minimo per l'ammissione dei progetti a finanziamento.

Art. 8.

Modalità di finanziamento

1. Il finanziamento può essere finalizzato:

a) alla copertura dei costi di progettazione;

b) alla copertura dei costi per procedure di gara e di affidamento dei lavori;

c) alla copertura dei costi per la realizzazione dell'intervento.

2. L'ammontare del finanziamento, nel limite complessivo di 500 milioni di euro fissato dall'articolo 2, è determinato dal Nucleo di valutazione, sulla base di quanto richiesto da ogni singola città e del punteggio conseguito, fino a un massimo di 40.000.000 euro per il territorio di ciascuna città metropolitana e di 18.000.000 euro per i comuni capoluogo di provincia, per i comuni con il maggior numero di abitanti di ciascuna città metropolitana e per la città di Aosta.

I progetti presentati devono indicare, congiuntamente all'importo complessivamente richiesto, il limite di finanziamento pubblico al di sotto del quale il soggetto proponente è in grado di garantire comunque la fattibilità dell'intervento, facendo ricorso a risorse proprie o a finanziamenti privati, o ridimensionando l'iniziativa assicurando l'efficacia dei risultati parziali in questo modo conseguibili.

3. I soggetti privati possono concorrere per una quota parte significativa, secondo criteri di convenienza, efficacia ed efficienza, sulla base di piani finanziari e di corrispettivi di gestione.

Art. 9.

Valutazione dei progetti

1. La valutazione dei progetti è effettuata dal Nucleo tecnico di cui all'art. 2 del DPCM.

2. Il Nucleo opera avvalendosi di una segreteria tecnica ed eventualmente del supporto di enti pubblici o privati, ovvero di esperti dotati di specifiche competenze.

Art. 10.

Esito della selezione

1. Entro 90 giorni dalla scadenza dei termini della presentazione dei progetti da parte dei soggetti proponenti, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri sono individuati i progetti da inserire nel Programma ai fini della stipulazione di convenzioni o accordi di programma con gli enti promotori dei progetti medesimi.

2. Entro 30 giorni dalla data di pubblicazione dello stesso decreto, dovrà procedersi alla stipulazione delle convenzioni o degli accordi di programma con gli enti promotori dei progetti medesimi.

Art. 11.

Responsabile del procedimento

1. È responsabile del procedimento per il presente bando la dott.ssa Valentina Tucci.

Art. 12.

Pubblicità e comunicazione

1. Il presente bando sarà pubblicato sulla *Gazzetta ufficiale* della Repubblica italiana e verrà reso disponibile sul sito del governo: www.governo.it

Comunicato relativo al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 25 maggio 2016, recante: "Approvazione del bando con il quale sono definiti le modalità e la procedura di presentazione dei progetti per la riqualificazione urbana e la sicurezza delle periferie delle

città metropolitane, dei comuni capoluogo di provincia e della città di Aosta". (Decreto pubblicato nella Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n. 127 del 1° giugno 2016).

Nel bando allegato al decreto citato in epigrafe, pubblicato nella sopraindicata *Gazzetta Ufficiale*, alla pagina 17, prima colonna, all'art. 6, comma 1, lettera *b*), secondo rigo, dove è scritto: "I soggetti proponenti possono presentare anche progetti di *carattere preliminare*.", leggasi: "I soggetti proponenti possono presentare anche progetti di *fattibilità tecnica ed economica*."

SANITA'

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 17 maggio 2016 - Conferma del riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS di diritto privato «Fondazione del Piemonte per l'oncologia» in Candiolo, per la disciplina di «oncologia». (GU n. 135 dell'11.6..6)

Art. 1.

1. È confermato il riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS di diritto privato «Fondazione del Piemonte per l'oncologia», con sede legale in Candiolo (Torino), strada provinciale 142, km 3,95, relativamente all'Istituto per la ricerca e la cura del cancro con sede a Candiolo (Torino), strada provinciale 142, km 3,95, per la disciplina di «Oncologia».

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

Roma, 17 maggio 2016

Il Ministro: LORENZIN

PANORAMA REGIONALE

Bollettini Ufficiali regionali pervenuti al 10 GIUGNO 2016, arretrati compresi

AMMINISTRAZIONE REGIONALE

EMILIA-ROMAGNA

DAL 25.5.16, n. 70 - Nomina, ai sensi dell'articolo 69 comma 3 dello Statuto e dell'articolo 3 della L.R. 4 dicembre 2007, n. 23, dei componenti la Consulta di garanzia statutaria (BUR n. 162 del 31.5.16)

Note

L'articolo 69 dello Statuto regionale, in particolare il comma 3 prevede che la Consulta sia composta da cinque componenti, di cui tre nominati dall'Assemblea legislativa.

Ai sensi del comma 1 dell'articolo 3, della L.R. n. 23/2007, la Consulta è nominata dall'Assemblea legislativa nel corso di ogni legislatura, non prima di dodici mesi e non dopo diciotto mesi dalla data d'insediamento.

Vengono nominati tre componenti della Consulta di garanzia statutaria i signori:

- 1) Dott.ssa Caterina Grechi (nata a Roma - RM - il 21 ottobre 1954),
- 2) Avv. Massimo Romolotti (nato a Reggio Emilia - RE - il 23 luglio 1958),
- 3) Avv. Laura Cavandoli (nata a Parma - PR - il 15 dicembre 1971);

PUGLIA

L.R. 27.5.16, n. 9 - “Disposizioni per il completamento del processo di riordino previsto dalla legge regionale 30 ottobre 2015, n.31 (Riforma del sistema di governo regionale e territoriale)”. (BUR n. 62 del 30.5.16)

Art. 1

Principi e finalità

1. La presente legge, in attuazione dell'articolo 118 della Costituzione, della legge 7 aprile 2014, n. 56 (Disposizioni sulle città metropolitane, sulle province, sulle unioni e fusioni di comuni), delle altre disposizioni statali in materia e della legge regionale 30 ottobre 2015, n. 31 (Riforma del sistema di governo regionale e territoriale), provvede al completamento del processo di riordino e riallocazione delle funzioni amministrative sul proprio territorio.

Art. 2

Funzioni oggetto di trasferimento alla Regione

1. Sono oggetto di trasferimento alla Regione, e dalla stessa esercitate, le seguenti funzioni amministrative delegate, conferite o comunque esercitate dalle province prima della data di entrata in vigore della presente legge:

- a) le funzioni di cui all'articolo 4, comma 1, della I.r. 31/2015;
- b) le funzioni in materia di valorizzazione dei beni culturali e in materia di biblioteche, musei e pinacoteche, fatte salve le disposizioni di cui all'articolo 5, comma 1, lettera a);
- c) le funzioni di controllo e vigilanza ambientale e rurale di cui all'articolo 2 della legge regionale 28 dicembre 2015, n. 37 (Istituzione della Sezione regionale di vigilanza della Regione Puglia), nelle modalità disciplinate dalla legge medesima;
- d) le funzioni in materia di turismo;

e) le funzioni relative al trasporto e all'assistenza specialistica per l'integrazione scolastica degli alunni disabili nelle scuole medie superiori, nonché all'assistenza specialistica per alunni audiolesi e videolesi nelle scuole di ogni ordine e grado;

f) le funzioni in materia di formazione professionale.

2. A seguito del trasferimento delle funzioni di cui al comma 1, lettera c), sono attribuite alla Regione le connesse funzioni di autorità competenti all'applicazione delle sanzioni amministrative previste dalla legislazione vigente e l'introito dei relativi proventi.

3. Le funzioni di cui al comma 1, lettere b), d) e f) vengono esercitate dalla Regione anche mediante forme di avvalimento e convenzione alla Città metropolitana di Bari e alle province, trasferendo nell'organico regionale il personale allocato nelle medesime funzioni e dichiarato soprannumerario dalle province stesse, fino alla concorrenza della propria capacità assunzionale relativa alle annualità 2015 e 2016 che residua rispetto agli impegni già disposti con la I.r. 37/2015, ai sensi dell'articolo 1, comma 424, della legge 23 dicembre 2014, n. 190 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato), nonché secondo le disposizioni di cui all'articolo 3, comma 2, della I.r. 31/2015.

4. La Sezione regionale personale e organizzazione è autorizzata a ricollocare nell'organico regionale, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il personale non dirigenziale di cui al precedente comma 3, nonché il personale delle province già in avvalimento presso la Regione ai sensi della convenzione di cui alla deliberazione di Giunta regionale 6 ottobre 2015, n. 1723, fino alla concorrenza della capacità assunzionale dell'Ente relativa alle annualità 2015 e 2016, che residua rispetto agli impegni già disposti con la I.r. 37/2015.

5. Restano ferme le disposizioni di cui all'articolo 2, commi 6, 7, 9 e 10 della I.r. 31/2015.

6. Le funzioni di cui al comma 1, lettera e), vengono esercitate dalla Regione, in avvalimento alla Città metropolitana di Bari e alle province, secondo le disposizioni di cui all'articolo 3, comma 2, della I.r. 31/2015.

Art. 3

Funzioni oggetto di trasferimento ai comuni

1. Sono oggetto di trasferimento ai comuni, in forma singola o associata, le seguenti funzioni amministrative attribuite, conferite o comunque esercitate dalle province prima della data di entrata in vigore della presente legge, con i relativi beni, risorse umane e finanziarie, ai sensi dell'articolo 1, comma 92, della I. 56/2014, nonché del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 26 settembre 2014 (Criteri per l'individuazione dei beni e delle risorse finanziarie, umane, strumentali e organizzative connesse con l'esercizio delle funzioni provinciali):

a) le funzioni residuali in materia di servizi sociali, con esclusione delle funzioni di cui all'articolo 2, comma 1, lettera e);

b) le funzioni in materia di sport e politiche giovanili;

c) le funzioni in materia di attività culturali;

d) le funzioni in materia di agricoltura;

e) le funzioni in materia di attività produttive;

f) le funzioni in materia di protezione civile;

g) le funzioni in materia di difesa del suolo e delle coste.

2. Le funzioni di cui al comma 1, vengono esercitate dai comuni trasferendo nei propri organici il personale allocato nelle medesime funzioni e dichiarato soprannumerario dalle province o, comunque, inserito nell'apposito portale ministeriale, a valere sulla loro capacità assunzionale relativa alle annualità 2015 e 2016, ai sensi dell'articolo 1, comma 424, della I. 190/2014, fino al completo assorbimento dello stesso e nel rispetto delle disposizioni di cui all'articolo 2, commi 6, 7, 9 e 10 della I.r. 31/2015.

3. È fatto obbligo a ogni comune, a domanda individuale degli interessati al comune medesimo, e trasmessa, per conoscenza, alla Sezione regionale enti locali, il collocamento nei propri organici del personale individuato al comma 2, che ne produce istanza, fino alla concorrenza della capacità assunzionale relativa alle annualità 2015 e 2016 del comune adito.

4. Il comune adito, all'esito del procedimento di cui al comma 3, dà immediata comunicazione dei provvedimenti assunti alla Sezione regionale enti Locali.

5. Ai comuni destinatari delle istanze di cui al comma 3 che risultino inadempienti, decorsi trenta giorni dal ricevimento dell'istanza individuale, si applicano, a iniziativa della Sezione regionale enti locali, i poteri sostitutivi di cui all'articolo 11, comma 3, della I.r. 31/2015.

Art. 4

Conferenza Regione - Città metropolitana

1. L'esercizio delle funzioni non fondamentali da parte della Città metropolitana di Bari è regolato dalla presente legge, la quale disciplina le funzioni attribuite, nonché le modalità di svolgimento delle stesse.

2. Al fine di condividere modalità di collaborazione e di raccordo, nonché di definire azioni di interesse comune, è istituita, senza oneri a carico della finanza pubblica, la Conferenza permanente Regione – Città metropolitana quale sede istituzionale di concertazione degli obiettivi strategici di interesse comune, la cui composizione e modalità organizzative sono stabilite con deliberazione di Giunta regionale, previo accordo interistituzionale sottoscritto tra il Presidente della Giunta regionale e il Sindaco della Città metropolitana.

Art. 5

Funzioni non fondamentali attribuite alla Città metropolitana di Bari

1. Ai sensi dell'articolo 1, comma 46, della I. 56/2014 e in conformità alle disposizione dell'articolo 3, comma 1, della I.r. 31/2015, sono oggetto di trasferimento alla Città metropolitana di Bari le funzioni e i compiti amministrativi attribuiti, conferiti o comunque esercitati dalla Provincia di Bari prima della data di entrata in vigore della presente legge, con i relativi beni, risorse umane e finanziarie, ai sensi dell'articolo 1, comma 92, della I. 56/2014, nonché del d.p.c.m. 26 settembre 2014:

a) la gestione di beni e servizi relativi alla pinacoteca “Corrado Giaquinto” e alla biblioteca e centro di cultura “Santa Teresa dei Maschi-De Gemmis”, nonché i compiti relativi alla gestione del “Pulo di Molfetta” e della “Istituzione concertistica orchestrale (ICO)”;

b) le funzioni in materia di protezione civile e, in particolare, la gestione di emergenze ed eventi calamitosi (prevenzione incendi e calamità naturali), delle avversità atmosferiche e delle altre funzioni già trasferite dall'articolo 3, comma 1, della legge regionale 7 maggio 2008, n. 6 (Disposizioni in materia di incidenti rilevanti connessi con determinate sostanze pericolose) e dall'articolo 12 della legge regionale 25 settembre 2000, n. 13 (Procedure per l'attuazione del Programma operativo della Regione Puglia 2000 - 2006);

c) le funzioni in materia di attività produttive (industria, commercio e artigianato);

d) le funzioni in materia di sport e politiche giovanili.

2. Le funzioni di cui al comma 1, sono conferite alla Città metropolitana di Bari senza alcun trasferimento di personale e di beni. Il personale già della Provincia di Bari si colloca nell'organico della Città metropolitana, così come si collocano nella sua titolarità giuridica i beni connessi all'esercizio delle funzioni attribuite con la presente legge e gli oneri conseguenti, nel rispetto della disciplina prevista dall'articolo 1, comma 96, della I. 56/2014.

3. La Regione favorisce e promuove l'esercizio da parte della Città metropolitana di Bari delle funzioni indicate all'articolo 1, comma 88, della I. 56/2014, nonché di ulteriori funzioni per lo svolgimento delle quali i comuni intendano avvalersi di intese con la Città metropolitana di Bari.

Art. 6

Disposizioni per il trasferimento delle funzioni

1. Ai fini del trasferimento delle funzioni di cui agli articoli 2, 3 e 5, a eccezione dei servizi di cui all'articolo 5, comma 1, lettera a), nel rispetto della normativa statale vigente, la Regione, l'ANCI, l'UPI, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 2, comma 4, nonché dal comma 4 del presente articolo, stipulano, nell'ambito dell'Osservatorio regionale, specifici accordi che disciplinano la effettiva decorrenza del trasferimento, le modalità operative, nonché l'entità dei beni, delle risorse umane, finanziarie, strumentali e organizzative destinate dalle province e dalla Città metropolitana

di Bari all'esercizio della singola funzione e individuano eventuali risorse aggiuntive rinvenibili a carico del bilancio regionale con la relativa copertura finanziaria, in un quadro di piena e durevole sostenibilità.

Ciascun accordo può prevedere il trasferimento di una o più funzioni secondo criteri di gradualità.

2. Gli accordi di cui al comma 1, sono recepiti con legge regionale entro trenta giorni dalla loro sottoscrizione.

3. Gli accordi sono trasmessi dal Presidente della Giunta regionale al Ministero dell'interno, ai sensi e per gli effetti del d.p.c.m. 26 settembre 2014.

4. Dalla data di entrata in vigore della I.r. 31/2015 le competenze amministrative in materia di attività professionali turistiche si intendono esercitate dalla Regione.

Art. 7

Criteria generali per l'individuazione delle risorse finanziarie

1. La Giunta regionale, nel rispetto della disciplina prevista dall'articolo 1, comma 96, della I. 56/2014, della legge regionale 19 dicembre 2008, n. 36 (Norme per il conferimento delle funzioni e dei compiti amministrativi

al sistema delle autonomie locali) e della I.r. 31/2015, nonché delle relazioni sindacali previste dalla normativa vigente, stabilisce i criteri e le modalità di trasferimento delle risorse finanziarie, connesse al riordino delle funzioni attribuite con la presente legge.

Art. 8

Trasferimento delle risorse umane e strumentali

1. A seguito del completamento del processo di trasferimento delle funzioni di cui alla I.r. 31/2015, la Giunta regionale, nel rispetto della disciplina prevista dall'articolo 1, comma 96, della I. 56/2014, nonché delle relazioni sindacali previste dalla normativa vigente, stabilisce i criteri e le modalità di trasferimento delle risorse umane e strumentali, con oneri a carico dell'ente cedente le funzioni non fondamentali.

Art. 9

Disposizioni in materia di servizi per l'impiego e di politiche attive del lavoro

1. Le funzioni in materia di politiche attive del lavoro continuano a essere esercitate dalla Città metropolitana di Bari e dalle province fino all'entrata in vigore delle riforme di settore ai sensi dell'articolo 11 dell'accordo di cui all'articolo 1, comma 91, della I. 56/2014, sancito in Conferenza unificata (Disposizioni in materia di servizi per l'impiego e di politiche attive del lavoro).

2. Per il biennio 2015-2016, fino alla costituzione dell'Agenzia nazionale del lavoro, i rapporti e gli obblighi in relazione alla gestione dei servizi per l'impiego e delle politiche attive del lavoro sono disciplinati sulla base di quanto stabilito nella convenzione stipulata tra il Ministero del lavoro e delle politiche sociali e la Regione Puglia, ai sensi e nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 15, comma 2, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78 (Disposizioni urgenti in materia di enti territoriali), convertito con modificazione dalla legge 6 agosto 2015, n. 125.

Art. 10

Trasferimento ed utilizzazione degli immobili

1. Gli immobili della Città metropolitana di Bari e delle province utilizzati come sedi per l'espletamento delle funzioni non fondamentali, a seguito del completamento del processo di trasferimento delle funzioni di cui alla I.r. 31/2015, sono trasferiti in uso gratuito agli enti pubblici utilizzatori che si assumono gli oneri di manutenzione ordinaria e straordinaria, nonché gli oneri dei necessari interventi di ristrutturazione, ampliamento e adeguamento alle norme vigenti. I relativi rapporti sono disciplinati mediante convenzione.

2. Gli enti pubblici utilizzatori subentrano, a tutti gli effetti, nei contratti di locazione o di comodato e nelle spese di gestione degli immobili di proprietà di terzi, utilizzati dalla Città metropolitana e dalle province quali sedi per l'espletamento delle funzioni non fondamentali. fatta salva la possibilità di risoluzione dei contratti.

Art. 11

Conferma di competenze e funzioni

1. Si intende confermato in favore della Città metropolitana di Bari e delle province il conferimento di competenze, funzioni o deleghe attuato con precedenti disposizioni legislative e non espressamente abrogate e riordinate con la presente legge e con la I.r. 31/2015.

Art. 12

Norma finanziaria

1. Al finanziamento degli oneri derivanti dall'attuazione degli interventi di cui all'articolo 6 della presente legge, con esclusione del costo del personale, che trova copertura a norma del comma 2, si provvede con le disponibilità di cui all'articolo 13 della legge regionale 15 febbraio 2016, n. 1 (Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2016 e bilancio pluriennale 2016-2018 della Regione Puglia - legge di stabilità regionale 2016).

2. Gli oneri connessi all'attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 2, comma 3, fino alla concorrenza della capacità assunzionale della Regione Puglia relativa alle annualità 2015 e 2016, trovano copertura nell'ambito degli ordinari stanziamenti di bilancio relativi alle spese di personale.

3. Al finanziamento degli interventi di cui alla presente legge concorrono eventuali finanziamenti dell'Unione europea, statali o derivanti da atti di programmazione negoziata, nei limiti e secondo le modalità indicati dalle normative vigenti.

Art. 13

Clausola valutativa

1. La Giunta regionale entro il 30 luglio 2016 e successivamente con cadenza annuale e fino al completamento del percorso di riordino, trasmette al Consiglio regionale una relazione dettagliata sullo stato di attuazione della presente legge.

VENETO

DGR 27.5.16, n. 802 - Organizzazione amministrativa della giunta regionale: istituzione delle direzioni in attuazione dell'art. 12 della legge regionale n. 54 del 31.12.2012, come modificato dalla legge regionale 17 maggio 2016, n. 14. (BUR n, 54 del 3.6.15)

Note

PREMESSA

Con deliberazione n. 2045 del 23 dicembre 2015 la Giunta regionale ha dato seguito allo sviluppo del progetto di "ridefinizione dell'assetto organizzativo" delle strutture regionali, approvato con deliberazione n. 1197 del 15 settembre 2015. In particolare, è stato autorizzato l'avvio delle ulteriori due fasi di ridefinizione del modello organizzativo: l'analisi della situazione organizzativa attuale e la definizione del modello organizzativo futuro.

La Giunta regionale con provvedimento n. 435 del 15 aprile 2016 ha individuato le seguenti cinque nuove Aree:

Area 1 - Area Sviluppo Economico

Area 2 - Area Capitale Umano e Cultura

Area 3 - Area Programmazione e Sviluppo Strategico

Area 4 - Area Tutela e Sviluppo del Territorio

Area 5 - Area Risorse Strumentali

Vengono quindi individuate le nuove Direzioni in cui si articoleranno le Aree, nella configurazione contenuta nell'**Allegato A** al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante e sostanziale, dando atto che l'attivazione delle nuove strutture decorrerà dal 1° luglio 2016.;

Vengono altresì approvate le principali competenze delle nuove Direzioni nei termini di cui all'Allegato A sopra citato, dando atto che, ai sensi dell'art. 28 della legge regionale 17 maggio 2016, n.14, costituiscono strutture organizzative complesse ai sensi del vigente contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) per l'area separata della dirigenza;

Viene approvato l'avviso di selezione sarà relativo altresì alla copertura della struttura dell'Avvocatura regionale, istituita ai sensi della legge regionale n. 24 del 16.08.2001;

BOLZANO

L.P. 24.5.16, n. 10 - Modifiche di leggi provinciali in materia di salute, edilizia abitativa agevolata, politiche sociali, lavoro e pari opportunità.

Note

PRESENTAZIONE

La Provincia, in relazione ad una organica normativa in tema di politiche volte allo sviluppo di un adeguato sistema amministrativo, in particolare svolge specifiche azioni in particolare rivolte a quelli che possono essere definiti i servizi alla persona ed alla comunità (salute, edilizia, assistenza, lavoro, pari opportunità), e in tale contesto il presente provvedimento rappresenta la risultante di una verifica in itinere delle leggi vigenti, ed il loro adeguamento.

Se ne riporta il testo integrale.

CAPO I

SALUTE

Art. 1

Modifica della legge provinciale 15 novembre 2002, n. 14, “Norme per la formazione di base, specialistica e continua nonché altre norme in ambito sanitario”

1. Dopo l’articolo 17, comma 5, della legge provinciale 15 novembre 2002, n. 14, è inserito il seguente comma:

“6. Con il regolamento sulla formazione specifica in medicina generale, la Provincia autonoma di Bolzano può prevedere la concessione di un’indennità aggiuntiva a favore di coloro che ricoprono un posto di formazione e sono in possesso dell’attestato riferito al diploma di laurea, rilasciato ai sensi degli articoli 3 e 4 del decreto del Presidente della Repubblica 26 luglio 1976, n. 752, e successive modifiche, o di un attestato equipollente.”

2. Il comma 1 dell’articolo 18 della legge provinciale 15 novembre 2002, n. 14, è così sostituito:

“1. I medici tutori sono medici di medicina generale e, per la parte concernente la formazione pediatrica, medici pediatri di libera scelta, convenzionati da almeno sei anni con il servizio sanitario nazionale o provinciale e in possesso della titolarità di un numero di assistiti almeno pari alla metà del massimale vigente. I medici tutori devono operare in uno studio professionale accreditato ai sensi dell’articolo 16. I medici che la funzione docente o di coordinamento o tutoriale sono iscritti in un elenco provinciale a tal fine istituito.”

3. Il comma 3 dell’articolo 30 della legge provinciale 15 novembre 2002, n. 14, e successive modifiche, è così sostituito:

“3. Con regolamento d’esecuzione, la Provincia autonoma di Bolzano può prevedere la concessione di un’indennità aggiuntiva a favore di coloro che ricoprono un posto di formazione nell’Azienda Sanitaria dell’Alto Adige e sono in possesso dell’attestato riferito al diploma di laurea, rilasciato ai sensi degli articoli 3 e 4 del decreto del Presidente della Repubblica 26 luglio 1976, n. 752, e successive modifiche, o di un attestato equipollente.”

4. Dopo l’articolo 32 della legge provinciale 15 novembre 2002, n. 14, e successive modifiche, è inserito il seguente articolo:

“Art. 32-bis (Conciliazione tra lavoro ed esigenze familiari)

- 1. Per favorire la conciliazione tra lavoro ed esigenze familiari e per un periodo non superiore a 12 mesi, al medico specializzando è consentita la frequenza della formazione medica specialistica con impegno ad orario ridotto, con successivo recupero delle attività formative non svolte.

2. Nel corso del periodo di formazione medica specialistica con orario ridotto di cui al comma 1 il trattamento economico viene proporzionalmente ridotto.”

Art. 2

Modifiche della legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7, “Riordinamento del servizio sanitario provinciale”

1. Dopo il comma 2 dell’articolo 4-sexies della legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7, e successive modifiche, sono aggiunti i seguenti commi 3, 4, 5 e 6:

“3. Al fine di favorire l’insediamento di medici di medicina generale, soprattutto nelle località carenti e disagiate dell’Alto Adige e nelle aggregazioni funzionali territoriali, la Provincia

autonoma di Bolzano e i comuni possono, su richiesta dei medici stessi, mettere a disposizione, a titolo gratuito, dei locali da adibire ad ambulatorio.

4. La Provincia autonoma di Bolzano può concedere agevolazioni per la costruzione, la ristrutturazione e la dotazione di attrezzature degli ambulatori dei medici di medicina generale. Queste agevolazioni sono destinate in particolare ad ambulatori situati in località carenti e disagiate dell'Alto Adige e nelle aggregazioni funzionali territoriali.

5. La Provincia autonoma di Bolzano può incentivare istituti di ricerca nell'ambito della medicina generale.

6. La Giunta provinciale stabilisce l'entità delle agevolazioni, i criteri ed eventuali forme di convenzionamento con le case di riposo e di cura.”

2. Il comma 1 dell'articolo 24 della legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7, è così sostituito:

“1. Per l'espletamento di compiti e funzioni di particolare rilevanza e di interesse strategico, il Direttore generale dell'Azienda Sanitaria può conferire incarichi, mediante la stipula di contratti a tempo determinato e con rapporto di lavoro esclusivo, a laureati di particolare e comprovata qualificazione professionale che abbiano svolto attività in centri ed enti pubblici o privati o aziende pubbliche o private e che non godano del trattamento di quiescenza. Tali incarichi non possono essere assegnati ad un contingente di personale superiore al due per cento della dotazione organica della dirigenza. I contratti hanno durata non inferiore a due e non superiore a cinque anni, con facoltà di rinnovo.”

3. Dopo il comma 2 dell'articolo 32-ter della legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7, e successive modifiche, sono aggiunti i seguenti commi 3 e 4:

“3. La Provincia autonoma di Bolzano concede alle persone affette da fibrosi cistica, le cui disabilità funzionali nelle attività della vita quotidiana non siano tali da giustificare un inquadramento in uno dei livelli assistenziali di cui alla legge provinciale 12 ottobre 2007, n. 9, e che per la complessità della loro patologia hanno un'elevata necessità di effettuare fisioterapia, un contributo forfetario mensile per effettuare fisioterapia a domicilio. “

4. La Giunta provinciale stabilisce l'entità delle agevolazioni e determina i relativi criteri.”

Art. 3

Modifica della legge provinciale 1° luglio 1993, n. 12, “Assegni di studio a favore di neolaureati tirocinanti, nonché modifiche agli articoli 5 e 10 della legge provinciale 12 novembre 1992, n. 40”

1. L'articolo 1 della legge provinciale 1° luglio 1993, n. 12, e successive modifiche, è così sostituito:

“Art. 1 (Psicologi e veterinari tirocinanti)

- 1. Hanno diritto alla concessione di assegni di studio mensili le neolaureate e i neolaureati:

a) in psicologia che dispongono di un'adeguata conoscenza della lingua italiana e tedesca e che, per poter sostenere l'esame di Stato, effettuano un tirocinio pratico in una struttura socio-sanitaria della provincia di Bolzano o in una struttura sanitaria convenzionata con il servizio sanitario provinciale; presupposto è che la struttura sia ritenuta idonea dalla competente autorità ai sensi del decreto del Ministro dell'Università e della Ricerca scientifica e tecnologica 13 gennaio 1992, n. 239;

b) in veterinaria che dispongono di un'adeguata conoscenza della lingua italiana e tedesca e che, per poter sostenere l'esame di Stato, effettuano un tirocinio pratico ai sensi dell'articolo 5 del decreto del Ministro per la Pubblica Istruzione 9 settembre 1957, e successive modifiche.

2. Con la corresponsione dell'assegno di studio l'attività di tirocinio pratico di cui al comma 1 non costituisce rapporto di impiego o di lavoro ed obbliga le tirocinanti e i tirocinanti all'osservanza dell'orario a tempo pieno e dei doveri di servizio fissati per psicologi e veterinari collaboratori.

3. L'importo dell'assegno di studio è stabilito dall'Assessora/Assessore alla sanità.

4. Con regolamento di esecuzione sono determinati:

a) le modalità di accertamento della conoscenza della lingua italiana e tedesca di cui al comma 1;

“ b) il limite massimo dell'importo dell'assegno di studio.”

Art. 4

Modifica della legge provinciale 13 novembre 1995, n. 22, “Disposizioni in materia di sanità”

1. L’articolo 7 della legge provinciale 13 novembre 1995, n. 22, e successive modifiche, è così sostituito:

“Art. 7 (Premio mensile di operosità per pazienti psichiatrici) –

1. L’Azienda Sanitaria può assegnare un premio differenziato mensile di operosità, quale incentivo alla terapia occupazionale e comportamentale, alle persone assistite dai servizi psichiatrici che svolgono attività ergoterapeutiche presso le strutture dell’Azienda o presso associazioni ed altre organizzazioni senza scopo di lucro. La Giunta provinciale fissa l’entità dei premi di operosità e i tipi di attività per i quali i premi possono essere concessi.”

Art. 5

Modifica della legge provinciale 17 dicembre 1998, n. 13, “Ordinamento dell’edilizia abitativa agevolata”:

1. Dopo il comma 2 dell’articolo 24 della legge provinciale 17 dicembre 1998, n. 13, sono aggiunti i seguenti commi 3 e 4:

“3. Le persone di cui al comma 2, che necessitano di riabilitazione finalizzata al reinserimento sociale o lavorativo, hanno diritto di usufruire, su indicazione clinica del Centro di salute mentale competente, di assistenza terapeutica all’interno di un alloggio condiviso, gestito dal Centro e per il quale sia stato stipulato un apposito contratto di locazione con l’IPES.

4. Il diritto di cui al comma 3 di godere di assistenza terapeutica presso una comunità alloggio è garantito indipendentemente dalla situazione economica degli interessati e per un periodo minimo di 12 mesi e massimo di 5 anni.”

2. La lettera c) del comma 1 dell’articolo 32 della legge provinciale 17 dicembre 1998, n. 13, e successive modifiche, è così sostituita:

“c) i componenti di famiglie il cui reddito superi quello di cui all’articolo 58, comma 1, lettera d);”

3. La disposizione di cui al comma 2 si applica retroattivamente dalla data di entrata in vigore della legge provinciale 18 marzo 2016, n. 5.

4. Dopo il comma 11 dell’articolo 62 della legge provinciale 17 dicembre 1998, n. 13, e successive modifiche, sono aggiunti i seguenti commi 12 e 13:

“12. Per tutte le abitazioni, che prima dell’entrata in vigore della legge provinciale 18 marzo 2016, n. 5, sono state ammesse ad agevolazioni edilizie provinciali per la costruzione, l’acquisto e il recupero dell’abitazione per il fabbisogno primario e per tutti i terreni agevolati assegnati prima e dopo l’entrata in vigore della predetta legge, il vincolo sociale è di durata ventennale.

13. Agli effetti previsti dal comma 12 e dalle correlate disposizioni, si applicano le norme vigenti prima dell’entrata in vigore della legge provinciale 18 marzo 2016, n. 5, relative al secondo decennio di durata del vincolo.”

5. Il comma 1 dell’articolo 86 della legge provinciale 17 dicembre 1998, n. 13, e successive modifiche, è così sostituito:

“1. Le aree di edilizia abitativa agevolata sono soggette al vincolo sociale ventennale di edilizia abitativa agevolata di cui all’articolo 62.”

6. Il comma 5 dell’articolo 86 della legge provinciale 17 dicembre 1998, n. 13, e successive modifiche, è così sostituito:

“5. Decorsi 20 anni dalla dichiarazione di effettiva occupazione dell’abitazione, il nulla osta per la cancellazione dell’annotazione del vincolo sociale dal libro fondiario è rilasciato ai sensi dell’articolo 68.”

7. I commi 5-ter e 8 dell’articolo 86 della legge provinciale 17 dicembre 1998, n. 13, sono abrogati.

8. Dopo il comma 5-ter dell’articolo 86 della legge provinciale 17 dicembre 1998, n. 13, è inserito il seguente comma:

“5-quater. I proprietari di alloggi realizzati su terreno agevolato, che prima dell’entrata in vigore del presente comma hanno chiesto, al Comune competente, il pagamento dell’indennità dovuta ai sensi del comma 5 nella versione vigente prima dell’entrata in vigore del presente comma, possono

ottenere, previo pagamento di quanto dovuto, la cancellazione anticipata del vincolo sociale ai sensi dell'articolo 68.”

Art. 6

Modifiche della legge provinciale 11 ottobre 2012, n. 16, “Assistenza farmaceutica”

1. Dopo il comma 1 dell'articolo 1 della legge provinciale 11 ottobre 2012, n. 16, e successive modifiche, è inserito il seguente comma:

“1-bis. La presente legge disciplina altresì l'esercizio delle funzioni amministrative in materia di distribuzione all'ingrosso di farmaci.”

2. Dopo il comma 3 dell'articolo 2 della legge provinciale 11 ottobre 2012, n. 16, è aggiunto il seguente comma:

“4. La Giunta provinciale stabilisce le procedure per il rilascio dell'autorizzazione alla distribuzione all'ingrosso di farmaci e le modalità di vigilanza sull'osservanza delle disposizioni normative in materia.”

3. L'articolo 5 della legge provinciale 11 ottobre 2012, n. 16, è così sostituito:

“Art. 5 (Requisiti per la distribuzione dei farmaci) -

1. La Giunta provinciale determina i requisiti organizzativi, tecnici e strutturali degli esercizi farmaceutici e commerciali autorizzati alla distribuzione dei farmaci al dettaglio e all'ingrosso.”

4. Dopo l'articolo 9 della legge provinciale 11 ottobre 2012, n. 16, è inserito il seguente articolo:

“Art. 9-bis (Controllo e vigilanza sui grossisti di farmaci) -

1. La Ripartizione provinciale Sanità vigila sull'osservanza delle disposizioni di legge vigenti da parte degli esercizi di distribuzione all'ingrosso di farmaci.

2. Le ispezioni sono effettuate da un'apposita commissione ispettiva, di cui la Giunta provinciale determina la composizione, la durata in carica e l'attività.”

5. L'articolo 11 della legge provinciale 11 ottobre 2012, n. 16, è così sostituito:

“Art. 11 (Contabilizzazione dei farmaci e dei dispositivi medici) -

1. L'Azienda sanitaria dell'Alto Adige individua l'unità organizzativa che contabilizza le ricette dei farmaci e le attestazioni riguardanti l'erogazione di materiale di medicazione e di presidi terapeutici a carico del Servizio sanitario provinciale spedite dalle farmacie e dagli esercizi commerciali convenzionati e le controlla dal punto di vista tecnico, contabile e amministrativo. L'unità organizzativa si avvale a tal fine dei dati delle ricette e attestazioni suindicate, trasmesse dalle farmacie e dagli esercizi commerciali in formato elettronico.

2. L'unità organizzativa:

a) adegua la propria attività alle norme in materia di dematerializzazione delle ricette;

b) effettua l'istruttoria connessa ai relativi procedimenti contenziosi;

c) trasmette mensilmente alla Ripartizione provinciale Sanità, ai fini dell'attività di indirizzo e di programmazione, tutti i dati statistici riguardanti costi ed entità del consumo di farmaci, materiale di medicazione e di presidi terapeutici.”

6. Il comma 2 dell'articolo 12 della legge provinciale 11 ottobre 2012, n. 16, è così sostituito:

“2. La Giunta provinciale individua i prodotti galenici magistrali, il materiale di medicazione e i presidi terapeutici e stabilisce i criteri per la loro erogazione e prescrizione quali prestazioni sanitarie aggiuntive a carico del Servizio sanitario provinciale. L'Azienda sanitaria dell'Alto Adige garantisce l'erogazione delle prestazioni di cui sopra tenuto conto delle risorse stanziare sull'apposito capitolo del bilancio, ottimizzando le modalità di acquisto, di prescrizione e di erogazione e potenziando i relativi controlli. L'importo della spesa sostenuta è liquidato sulla base di apposite rendicontazioni presentate dall'Azienda sanitaria dell'Alto Adige.”

7. Dopo il comma 2 dell'articolo 12 della legge provinciale 11 ottobre 2012, n. 16, è aggiunto il seguente comma:

“3. L'istituzione di dispensari farmaceutici può essere autorizzata dalla Provincia autonoma di Bolzano in comuni che non hanno i requisiti per l'apertura di una farmacia. I criteri per la concessione di dispensari farmaceutici sono stabiliti con regolamento di esecuzione.”

8. Dopo l'articolo 12 della legge provinciale 11 ottobre 2012, n. 16, è inserito il seguente articolo:

“Art. 12-bis (Progetti per l'assistenza sanitaria) -

1. La Giunta provinciale può agevolare progetti specifici nell'ambito dell'assistenza sanitaria, realizzati dalle farmacie altoatesine.

2. Per i comuni o i centri abitati con popolazione fino a 3.000 abitanti, i comuni possono concedere a titolo gratuito locali idonei ai dispensari.”

9. Il comma 2 dell'articolo 14 della legge provinciale 11 ottobre 2012, n. 16, è così sostituito:

“2. Tutte le funzioni amministrative connesse all'attività delle farmacie, alla distribuzione di farmaci negli esercizi commerciali e alla distribuzione all'ingrosso di farmaci sono esercitate dalla Ripartizione provinciale Sanità.

Art. 7

Modifiche della legge provinciale 18 maggio 2006, n. 3, “Interventi in materia di dipendenze”

1. Al comma 1 dell'articolo 6 della legge provinciale 18 maggio 2006, n. 3, il numero “16” è sostituito dal numero “18”.

2. Dopo l'articolo 6 della legge provinciale 18 maggio 2006, n. 3, è inserito il seguente articolo:

“Art. 6-bis (Disposizioni in materia di gioco d'azzardo)

- 1. Al fine di tutelare determinate categorie di persone e di prevenire il gioco d'azzardo patologico ovvero la dipendenza da gioco, per l'autorizzazione all'esercizio di sale da giochi e di attrazione per i giochi leciti individuati dall'articolo 110, comma 6, del regio decreto 18 giugno 1931, n. 773, e successive modifiche, si applicano le disposizioni di cui all'articolo 5-bis della legge provinciale 13 maggio 1992, n. 13, e successive modifiche, e all'articolo 11 della legge provinciale 14 dicembre 1988, n. 58, e successive modifiche.

2. Per le finalità di cui al comma 1, le limitazioni spaziali e temporali sono estese anche alle rivendite di generi di monopolio di cui alla legge 22 dicembre 1957, n. 1293, e successive modifiche, e agli esercizi commerciali di cui alla legge provinciale 17 febbraio 2000, n. 7, e successive modifiche.

3. Su tutto il territorio provinciale è vietata la collocazione di “totem” presso rivendite di generi di monopolio ed esercizi pubblici, qualora tali apparecchi distribuiscano premi, sia pure sotto forma di punti spendibili online, o altri vantaggi, anche se non monetari.”

Art. 8

Modifica della legge provinciale 13 maggio 1992, n. 13, “Norme in materia di pubblico spettacolo”

1. Dopo il comma 1 dell'articolo 5-bis della legge provinciale 13 maggio 1992, n. 13, e successive modifiche, è inserito il seguente comma:

“1-bis. Per la concessione dell'autorizzazione all'esercizio di sale da giochi e di attrazione ai sensi del comma 1 sono inoltre considerati luoghi sensibili tutte le strutture sanitarie e socio-assistenziali pubbliche e private che svolgono attività di accoglienza, assistenza e consulenza. La Giunta provinciale può individuare altri luoghi sensibili in cui non si possono mettere a disposizione giochi.”

Art. 9

Modifica della legge provinciale 14 dicembre 1988, n. 58, “Norme in materia di esercizi pubblici”

1. Dopo il comma 1-ter dell'articolo 11 della legge provinciale 14 dicembre 1988, n. 58, e successive modifiche, è inserito il seguente comma:

„1-quater. “1-quater. Sono inoltre considerati luoghi sensibili ai sensi del comma 1-bis tutte le strutture sanitarie e socio-assistenziali pubbliche e private che svolgono attività di accoglienza, assistenza e consulenza.”

Art. 10

Modifica della legge provinciale 13 gennaio 1992, n. 1, “Norme sull'esercizio delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica e medicina legale”

1. I commi 1 e 2 dell'articolo 23 della legge provinciale 13 gennaio 1992, n. 1, e successive modifiche, sono così sostituiti:

“1. L’Azienda Sanitaria esercita le attività di medicina legale mediante il servizio di medicina legale.

2. Il servizio di medicina legale svolge in particolare le seguenti funzioni:

- a) accertamento dell’idoneità generica e specifica al lavoro e dell’incapacità temporanea al lavoro per malattia o infortunio dei lavoratori dipendenti del settore privato;
- b) accertamento dell’idoneità generica e specifica alle mansioni lavorative e dell’incapacità temporanea al servizio per infermità dei dipendenti degli enti pubblici, ferme restando le competenze statali di cui all’articolo 6, comma 1, lettera z), della legge 23 dicembre 1978, n. 833;
- c) giudizio di invalidità permanente dei dipendenti di enti pubblici, anche locali, e di dispensa dal servizio;
- d) accertamenti di idoneità o di invalidità temporanea o permanente, previsti da leggi o regolamenti dello Stato, della Regione o della Provincia, compresi quelli relativi a invalidità civile, disabilità, diritto al lavoro dei disabili, cecità e sordità ai sensi della legge provinciale del 8 aprile 1998, n. 3;
- e) assistenza sanitaria in favore di invalidi civili di guerra, per servizio ed altre categorie protette al fine della concessione di protesi e di soggiorni climatici;
- f) accertamenti e autorizzazioni riguardanti le cure termali e le prestazioni sanitarie integrative;
- g) prestazioni medico-legali su richiesta della direzione sanitaria dell’ospedale nonché dei responsabili di altri servizi dell’Azienda Sanitaria;
- h) prestazioni di medicina legale su richiesta di enti pubblici o di privati;
- i) ogni altra prestazione e certificazione medicolegale di interesse pubblico, fatte salve le competenze del medico igienista distrettuale di cui all’articolo 14 della presente legge;
- j) nell’ambito della gestione del rischio clinico, tutta l’attività medico-legale correlata alle richieste di risarcimento danno in ipotesi di responsabilità professionale sanitaria.”

Art. 11

Modifica della legge provinciale 19 maggio 2015, n. 6, “Ordinamento del personale della Provincia“

1. Nella lettera c) del comma 1 dell’articolo 13 della legge provinciale 19 maggio 2015, n. 6, e successive modifiche, sono soppresse le parole: “; la presente lettera non si applica al personale sanitario”.

2. Dopo la lettera d) del comma 1 dell’articolo 13 della legge provinciale 19 maggio 2015, n. 6, è inserita la seguente lettera:

“d-bis) sono consentite, senza autorizzazione e senza limite di reddito, le locazioni private di camere e appartamenti e le locazioni di cui alla legge provinciale 11 maggio 1995, n. 12, e alla legge provinciale 19 settembre 2008, n. 7;”.

3. Dopo l’articolo 22 della legge provinciale 19 maggio 2015, n. 6, è inserito il seguente articolo:

“Art. 22-bis (Riconoscimenti per il personale) –

1. Le amministrazioni di cui all’articolo 1 possono sostenere spese per manifestazioni e per regali quali segni di riconoscimento in favore del personale distintosi per particolari meriti o collocato a riposo dopo attività di servizio pluriennale. Sono ammesse anche spese connesse alla conclusione di corsi di formazione svolti dalle amministrazioni.

2. Il comma 1 trova applicazione con l’entrata in vigore della legge provinciale 19 maggio 2015, n. 6.”

4. Nell’elenco degli articoli nel comma 1 dell’articolo 50 della legge provinciale 19 maggio 2015, n. 6, è inserita la dizione “22-bis”.

CAPO II

POLITICHE SOCIALI

Art. 12

Modifiche della legge provinciale 30 aprile 1991, n. 13, e successive modifiche, “Riordino dei servizi sociali in Provincia di Bolzano”

1. Al comma 1 dell’articolo 2 della legge provinciale 30 aprile 1991, n. 13, e successive modifiche, la parola “triennio” è sostituita dalle parole “cinque anni”.

2. Il comma 2 dell'articolo 6 della legge provinciale 30 aprile 1991, n. 13 è così sostituito:

“2. Contro le decisioni degli enti pubblici gestori dei servizi sociali è ammesso ricorso, per motivi di legittimità, alla Sezione ricorsi di cui all'articolo 4.”

3. L'articolo 7-bis della legge provinciale 30 aprile 1991, n. 13, e successive modifiche, è così sostituito:

“Art. 7-bis (Assistenza economica sociale) –

1. Le prestazioni di assistenza economica sociale sono prestazioni erogate per limitati periodi di tempo, per contribuire a soddisfare i bisogni fondamentali di persone e famiglie che si trovano in situazioni di emergenza individuale o familiare, consentendone il definitivo superamento.

Per bisogni fondamentali si intendono quelli relativi all'alimentazione, all'abbigliamento, all'igiene della persona, all'abitazione e al riscaldamento.

2. Sono altresì prestazioni di assistenza economica sociale quelle che contribuiscono a soddisfare i bisogni che determinano una situazione di emergenza individuale o familiare in particolari circostanze della vita.

3. I criteri e le modalità di concessione di prestazioni di assistenza economica sociale sono disciplinati con regolamento di esecuzione, nel rispetto delle finalità e dei principi dell'articolo 1 e del presente articolo.”

4. Al comma 1 dell'articolo 9 della legge provinciale 30 aprile 1991, n. 13, e successive modifiche, sono soppresse le parole “,sentita la consulta provinciale dell'assistenza sociale,”. Al comma 5 dello stesso articolo sono soppresse le parole “,sentito il parere della consulta provinciale per l'assistenza sociale,”.

∴ Dopo l'articolo 11 della legge provinciale 30 aprile 1991, n. 13, e successive modifiche, sono inseriti i seguenti articoli 11-bis, 11-ter e 11-quater:

“Articolo 11-bis (Servizi sociali per anziani) –

1. Costituiscono servizi sociali per anziani le prestazioni economiche, i servizi residenziali e semiresidenziali, le prestazioni dell'assistenza domiciliare erogate presso il domicilio o presso i centri diurni, nonché altri servizi a sostegno delle persone anziane.

2. Salvo quanto diversamente disposto, tali servizi sono accessibili anche ad altre categorie di persone assistibili, qualora essi soddisfino bisogni analoghi.

Articolo 11-ter

(Servizi di assistenza aperta per anziani) –

1. Costituiscono servizi di assistenza aperta per anziani:

- a) l'assistenza domiciliare presso il domicilio;
- b) l'assistenza domiciliare presso il centro diurno e i servizi pasti a domicilio e mensa;
- c) i club per anziani e i servizi di consulenza;
- d) i soggiorni per anziani.

Articolo 11-quater

(Servizi di assistenza semiresidenziale e residenziale per anziani) –

1. Costituiscono servizi di assistenza semiresidenziale per anziani l'assistenza diurna in strutture e i centri di assistenza diurna.

2. Costituiscono servizi di assistenza residenziale per anziani:

- a) l'accompagnamento e l'assistenza abitativa per anziani nonché le varie forme di comunità alloggio per anziani;
- b) le residenze per anziani.

3. L'organizzazione e i requisiti strutturali dei servizi di cui al presente articolo sono disciplinati dalla Giunta provinciale.

4. Le residenze per anziani devono essere preventivamente riconosciute idonee al funzionamento in ordine alla funzionalità architettonica, degli arredi e delle attrezzature. Per ottenere l'idoneità al funzionamento deve essere presentata una domanda di attestazione, corredata da una planimetria dei locali e dal prospetto dei mezzi destinati allo svolgimento dell'attività. In tutti gli altri casi non

disciplinati dalla legge, l'accreditamento comprende anche l'attestazione di idoneità al funzionamento.

5. Per l'esame e la valutazione dei progetti per la realizzazione di strutture destinate all'assistenza agli anziani è costituita una commissione tecnica.

6. Le spese per l'assistenza, l'organizzazione del tempo libero e i servizi alberghieri nonché quelle relative alla direzione e al coordinamento del settore di assistenza e di cura sono coperti tramite la retta. Le spese per l'assistenza sanitaria di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e per l'assistenza farmaceutica sono escluse dal calcolo per la determinazione della retta giornaliera. Tali spese, se non sono direttamente a carico dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, vengono rimborsate alle strutture sulla base dei criteri stabiliti dalla Giunta provinciale. La Giunta provinciale stabilisce i profili professionali che possono svolgere la funzione di responsabile tecnico dell'assistenza.

7. L'assistenza medica è garantita da medici della residenza per anziani, o da uno o più medici di medicina generale del distretto in cui ha sede la residenza per anziani, oppure da medici dell'ospedale. Il servizio sanitario provinciale garantisce inoltre un'adeguata assistenza medica specialistica, consulenza dietetica e, ai fini dell'assistenza sanitaria di tutti gli ospiti delle residenze per anziani, mette a disposizione il materiale sanitario necessario, i presidi sanitari e i farmaci.

8. Per i centri di degenza gestiti dal servizio sanitario provinciale trovano applicazione le norme espressamente previste dalle rispettive disposizioni.”

6. Dopo il comma 7 dell'articolo 14 della legge provinciale 30 aprile 1991, n. 13, e successive modifiche, è aggiunto il seguente comma:

“8. Nel caso di mancato adempimento delle prescrizioni in sede di autorizzazione o accreditamento entro i termini stabiliti sono previste, a carico degli enti gestori inadempienti, sanzioni per un importo annuo compreso tra 20.000,00 euro e 80.000,00 euro.

La Giunta provinciale stabilisce i criteri di gradazione delle sanzioni previste. Le sanzioni sono detratte dal finanziamento del relativo servizio.”

7. Dopo il comma 3 dell'articolo 15 della legge provinciale 30 aprile 1991, n. 13, e successive modifiche, è inserito il seguente comma:

“4. In ogni distretto è istituito un Comitato di distretto per favorire il lavoro di comunità e la partecipazione della popolazione. La composizione, i compiti e il funzionamento del Comitato di distretto sono disciplinati dall'ente gestore sulla base dei principi e dei criteri stabiliti dalla Giunta provinciale.”

8. L'articolo 15-bis della legge provinciale 30 aprile 1991, n. 13, e successive modifiche, è così sostituito:

Art. 15-bis (Sportello unico per l'assistenza e cura)

- 1. Gli enti gestori dei servizi sociali e dei servizi sanitari ambulatori, semiresidenziali e residenziali per persone non autosufficienti attivi in un determinato ambito territoriale istituiscono, in accordo con gli enti locali e con il coinvolgimento delle organizzazioni senza scopo di lucro operanti nel settore, uno sportello unico sia per l'informazione e la consulenza alle persone non autosufficienti e ai loro familiari che per il migliore coordinamento dei propri servizi ed interventi.

2. La Giunta provinciale definisce le forme organizzative e gli ambiti territoriali degli sportelli unici.

3. Ai fini della realizzazione di quanto previsto dal comma 1 è possibile uno scambio di dati e informazioni, anche di natura personale e sensibile, tra gli enti partecipanti.

4. La partecipazione a tali sportelli unici costituisce requisito per l'accreditamento dei servizi.

5. Se un ente gestore non partecipa all'istituzione o alla gestione dello sportello unico nel proprio ambito territoriale, a tale ente si applica una sanzione mensile di 8.000,00 euro. L'importo corrispondente è detratto dal finanziamento del relativo servizio ed assegnato agli altri enti gestori partecipanti, per assicurare la regolare gestione del servizio.”

9. Dopo il comma 2 dell'articolo 17 della legge provinciale 30 aprile 1991, n. 13, è aggiunto il seguente comma:

“3. Presso ogni distretto è istituito un comitato tecnico, composto da tre membri effettivi e tre supplenti, nominati secondo le direttive della Provincia. Il comitato tecnico è competente per le decisioni concernenti prestazioni che presuppongono una valutazione di particolari circostanze o situazioni personali e familiari; ad esso compete inoltre la valutazione della situazione familiare in relazione alla revoca, alla restituzione della prestazione e all'esclusione dai benefici ai sensi dell'articolo 2-bis della legge provinciale 22 ottobre 1993, n. 17, e successive modifiche.”

10. Nella rubrica dell'articolo 19 della legge provinciale 30 aprile 1991, n. 13, e successive modifiche, le parole “Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza” sono sostituite dalle parole “Aziende pubbliche di servizi alla persona”. Nel testo dell'articolo 19 della legge provinciale 30 aprile 1991, n. 13, e successive modifiche, le parole “istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza” sono sostituite dalle parole “aziende pubbliche di servizi alla persona”.

11. Dopo il comma 1 dell'articolo 20-bis della legge provinciale 30 aprile 1991, n. 13, e successive modifiche, sono inseriti i seguenti commi 1-bis e 1- “1-bis. La Provincia rimborsa agli enti competenti della gestione di residenze per anziani accreditate le spese, preventivamente autorizzate, sostenute per l'acquisto o la locazione finanziaria di apparecchiature, attrezzature, arredi ed altri beni mobili ad uso sanitario e relativi accessori, necessari per l'assistenza sanitaria agli ospiti. La Giunta provinciale determina le apparecchiature, le attrezzature, gli arredi e gli altri beni mobili ad uso sanitario finanziabili, nonché i relativi importi massimi delle spese rimborsabili. Sono rimborsati anche i costi dei relativi ricambi, purché non venga superato l'importo del contributo concesso ed i costi complessivi non ammontino ad una somma superiore a quella massima fissata per il relativo bene.

1-ter. La Provincia può concedere agli enti di cui al comma 1-bis contributi per spese correnti per la copertura totale o parziale della maggiore spesa derivante dal trasferimento in altra struttura degli ospiti delle residenze per anziani in corso di ristrutturazione.

I contributi sono erogati su domanda degli enti gestori interessati, secondo criteri e modalità fissati dalla Giunta provinciale. Possono inoltre essere concessi contributi per spese correnti per coprire i maggiori oneri derivanti rispettivamente dalla riapertura o apertura di residenze per anziani nel periodo immediatamente anteriore all'inizio dell'effettiva attività gestionale.”

12. Al comma 2 dell'articolo 20-bis della legge provinciale 30 aprile 1991, n. 13, e successive modifiche, le parole “regolamento di esecuzione” sono sostituite dalle parole “deliberazione della Giunta provinciale”.

13. Al comma 2-bis e al comma 3 dell'articolo 20-bis della legge provinciale 30 aprile 1991, n. 13, e successive modifiche, le parole “nel regolamento di esecuzione” sono sostituite dalle parole “nella deliberazione della Giunta provinciale”.

14. Dopo il comma 3 dell'articolo 37 della legge provinciale 30 aprile 1991, n. 13, e successive modifiche, sono inseriti i seguenti commi 4 e 5:

“4. Gli alloggi per anziani non adibiti all'accompagnamento e all'assistenza abitativa, così come le comunità alloggio per anziani non adibite all'accompagnamento e all'assistenza abitativa, già costruiti o, rispettivamente, autorizzate alla data del 1° aprile 2016, possono continuare ad essere messi a disposizione a favore della relativa utenza e ad essere finanziati secondo i criteri stabiliti con la deliberazione

5. Il personale addetto alle attività sociali il cui esercizio viene delegato dagli enti comunali di assistenza singoli o consorziati o dai comuni singoli o consorziati alle comunità comprensoriali, è trasferito alle comunità stesse, nel rispetto della posizione giuridico economica acquisita.”

Art. 13

Modifica della legge provinciale 12 ottobre 2007, n. 9, e successive modifiche, „Interventi per l'assistenza alle persone non autosufficienti”

1. Il comma 4 dell'articolo 1 della legge provinciale 12 ottobre 2007, n. 9, è così sostituito:

“4. Restano ferme le disposizioni che disciplinano le prestazioni economiche in favore dei ciechi civili, dei sordi e degli invalidi civili.”

2. Il comma 2 dell'articolo 3 della legge provinciale 12 ottobre 2007, n. 9, è così sostituito:

“2. L’unità di valutazione esegue anche controlli per verificare la permanenza delle condizioni che hanno dato diritto alla prestazione e per verificare l’adeguatezza dell’assistenza prestata a domicilio e nelle strutture residenziali. L’assegno di cura è revocato se la persona beneficiaria o il suo legale rappresentante non acconsentono alla verifica sulla permanenza dei requisiti di cui all’articolo 2, comma 1, oppure se la verifica stessa non è stata resa possibile.

Le modalità di espletamento dei controlli sono definite dalla Giunta provinciale.”

Art. 14

Modifiche della legge provinciale 14 luglio 2015, n. 7, “Partecipazione e inclusione delle persone con disabilità”

1. Dopo l’articolo 15, comma 1, lettera d) della legge provinciale 14 luglio 2015, n. 7, è inserita la seguente lettera:

“e) contributi ai titolari d’imprese per l’occupazione di collaboratori familiari con disabilità.”

2. Dopo il comma 1 dell’articolo 17 della legge provinciale 14 luglio 2015, n. 7, è inserito il seguente comma:

“2. Alle persone inserite presso enti pubblici ai sensi degli articoli 14, comma 1, lettera d), e articolo 16, comma 1, lettera a), è corrisposto da ciascun ente un contributo per le spese di vitto.”

3. Dopo il comma 5 dell’articolo 29 della legge provinciale 14 luglio 2015, n. 7, è inserito il seguente comma:

“6. L’inclusione delle persone sorde e sordo cieche è riconosciuta anche tramite il sostegno, l’incentivazione e la diffusione della lingua dei segni e della lingua dei segni tattile.”

Art. 15

Modifiche della legge provinciale 14 febbraio 1992, n. 6, “Disposizioni in materia di finanza locale”

1. Il comma 1 dell’articolo 12-bis della legge provinciale 14 febbraio 1992, n. 6, e successive modifiche, è così sostituito:

“1. Tutti i posti occupati, sia quelli relativi al personale a tempo indeterminato, sia quelli relativi al personale a tempo determinato, devono essere previsti nella pianta organica del comune. È escluso il personale stagionale assunto ai sensi dell’articolo 18 della legge 31 gennaio 1994, n. 97, e successive modifiche, e il personale con disabilità assunto previa attivazione di una convenzione di affidamento ai sensi della lettera d) del comma 1 dell’articolo 14 della legge provinciale 14 luglio 2015, n. 7, e successive modifiche.”

CAPO III

LAVORO

Art. 16

Modifica della legge provinciale 27 ottobre 1988, n. 41, e successive modifiche, “Riorganizzazione dei servizi di tutela dell’ambiente e del lavoro”

1. Dopo l’articolo 25-ter della legge provinciale 27 ottobre 1988, n. 41, e successive modifiche, è inserito il seguente articolo:

“Art. 25-quater (Riferimenti) - 1. Ogni riferimento agli “esperti della sicurezza” ovvero alla relativa formazione, come prevista dalla pertinente disciplina provinciale, contenuto in provvedimenti di legge o norme di rango secondario è da intendersi, in quanto compatibile, a persone che possano dimostrare la frequenza di un corso con le seguenti caratteristiche:

- a) abbia riguardato almeno i concetti generali della sicurezza del lavoro, la pianificazione e l’organizzazione della prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, nonché i rischi e i pericoli specifici dei vari ambienti di lavoro e la relativa prevenzione;
- b) abbia avuto una durata non inferiore di 120 ore;
- c) sia stata conclusa con positiva verifica dell’apprendimento.”

Art. 17

Razionalizzazione e semplificazione dei controlli sulle imprese

1. La Giunta provinciale adotta, con deliberazione da pubblicarsi sul Bollettino ufficiale della Regione e sul sito istituzionale della Provincia, apposite direttive per lo svolgimento dei controlli

sulle imprese sentito il Comitato Provinciale di Coordinamento per la salute e la sicurezza sul lavoro.

2. Le direttive sono formulate osservando i seguenti criteri:

- a) proporzionalità dei controlli al rischio inerente all'attività controllata e dei connessi adempimenti amministrativi, evitando doppioni e sovrapposizioni e recando il minore intralcio possibile al normale esercizio delle attività dell'impresa;
- b) razionalizzazione dei controlli sulle imprese e dei controlli d'ufficio anche tramite accessi a banche dati di altri enti;
- c) progressiva informatizzazione degli adempimenti e delle procedure amministrative;
- d) approccio collaborativo del personale, in considerazione delle proprie responsabilità, collaborazione con le associazioni di categoria dei datori di lavoro e delle organizzazioni sindacali dei lavoratori per prevenire rischi e situazioni di irregolarità.

3. Con regolamento di esecuzione sono individuate le ipotesi di violazioni amministrative che non danno luogo a danni irreversibili e per le quali, in caso di accertamento di una violazione, vengono emesse le prescrizioni di adeguamento con il relativo termine di adeguamento, per assicurare il rispetto delle norme violate e per le quali l'irrogazione della sanzione amministrativa è condizionata all'inosservanza, anche parziale, delle prescrizioni.

CAPO IV

Art. 18

Modifiche della legge provinciale 8 marzo 2010, n. 5, "Legge della Provincia autonoma di Bolzano sulla parificazione e sulla promozione delle donne e modifiche a disposizioni vigenti"

1. Il comma 5 dell'articolo 10 della legge provinciale 8 marzo 2010, n. 5, è così sostituito:

"5. In tutti gli organi di cui ai commi 1 e 2 devono essere rappresentati entrambi i generi, con le eccezioni di cui al comma 2. Il membro effettivo e il membro supplente devono essere dello stesso genere con arrotondamento all'unità inferiore in caso di cifra decimale inferiore a cinquanta e con arrotondamento all'unità superiore in caso di cifra decimale pari o superiore a cinquanta."

2. Ai commi 1, 2, 3 e 4 dell'articolo 10 della legge provinciale 8 marzo 2010, n. 5, è soppressa la parola "complessivamente".

CAPO V

NORME FINALI

Art. 19

Abrogazione di norme

1. Sono abrogate le seguenti disposizioni:

- a) legge provinciale 17 settembre 1973, n. 59, e successive modifiche;
- b) legge provinciale 26 ottobre 1973, n. 69, e successive modifiche;
- c) legge provinciale 30 ottobre 1973, n. 77, e successive modifiche;
- d) legge provinciale 14 dicembre 1974, n. 36, e successive modifiche;
- e) legge provinciale 16 gennaio 1976, n. 4, e successive modifiche;
- f) comma 2 dell'articolo 22, commi 1 e 2 dell'articolo 29, articolo 30-bis, articolo 31, commi 4 e 7 dell'articolo 32 e articolo 34 della legge provinciale 30 aprile 1991, n. 13, e successive modifiche;
- g) articolo 22 della legge provinciale 18 agosto 1988, n. 33;
- h) articoli 22 e 23 della legge provinciale 27 ottobre 1988, n. 41, e successive modifiche;
- i) legge provinciale 10 dicembre 1992, n. 43, e successive modifiche.

Art. 20

Norma transitoria

1. Ogni riferimento alle disposizioni in materia di case di riposo e centri di degenza di cui alla legge provinciale 30 ottobre 1973, n. 77, alla legge provinciale 18 agosto 1988, n. 33, e relative successive modifiche, nonché ogni riferimento alle disposizioni in materia di assistenza di base di cui alla legge provinciale 26 ottobre 1973, n. 69, e successive modifiche, sono da intendersi riferite alle corrispondenti disposizioni contenute nella legge provinciale 30 aprile 1991, n. 13, e successive modifiche.

2. La norma transitoria di cui all'articolo 50, comma 5-bis, della legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7, e successive modifiche, è prorogata per la durata di cinque anni dall'entrata in vigore della presente legge.
3. Gli incarichi di cui all'articolo 65-quinquies, comma 16, della legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7, e successive modifiche, possono essere prorogati per la durata di cinque anni dall'entrata in vigore della presente legge.
4. A causa dell'ampliamento dei luoghi sensibili di cui all'articolo 5-bis, comma 1-bis, della legge provinciale 13 maggio 1992, n. 13, e successive modifiche, per le sale da giochi e di attrazione che non corrispondono più alle presenti norme in vigore le autorizzazioni scadono entro due anni dall'entrata in vigore della presente legge. Le autorizzazioni scadute in data 31 dicembre 2015, ai sensi dell'articolo 5-bis, comma 1, della legge provinciale 13 maggio 1992, n. 13, e successive modifiche, non sono rinnovabili.
5. Gli apparecchi da gioco di cui all'articolo 110, comma 6, del Testo Unico delle leggi sulla pubblica sicurezza, approvato con regio decreto 18 giugno 1931, n. 773, e successive modifiche, già installati negli esercizi pubblici all'entrata in vigore della disposizione di cui al comma 1-quater dell'articolo 11 della legge provinciale 14 dicembre 1988, n. 58, inserito dall'articolo 9 della presente legge, devono essere rimossi entro due anni dall'entrata in vigore della presente legge. Le autorizzazioni scadute in data 31 dicembre 2015, ai sensi dell'articolo 5-bis, comma 1, della legge provinciale 13 maggio 1992, n. 13, e successive modifiche, non sono rinnovabili.
6. Gli apparecchi da gioco di cui all'articolo 110, comma 6, del Testo Unico delle leggi sulla pubblica sicurezza già installati all'entrata in vigore delle disposizioni di cui all'articolo 6-bis, commi 1, 2 e 3, della legge provinciale 18 maggio 2006, n. 3, devono essere rimossi dagli esercizi entro due anni dall'entrata in vigore della presente legge. Le autorizzazioni scadute in data 31 dicembre 2015, ai sensi dell'articolo 5-bis, comma 1, della legge provinciale 13 maggio 1992, n. 13, e successive modifiche, non sono rinnovabili.

Art. 21

Disposizione finanziaria

1. Alla copertura degli oneri derivanti dalla presente legge si provvede mediante gli stanziamenti di spesa già disposti nel fondo globale per nuovi provvedimenti legislativi (Missione 20 - Programma 03) del bilancio 2016-2018.
2. Le seguenti disposizioni della presente legge comportano maggiori oneri:
 - a) articolo 1, comma 1, per un importo di 105.300,00 euro per l'anno 2016 e 405.000,00 euro per gli anni 2017 e 2018 (missione - 13 programma - 01 titolo - 1);
 - b) articolo 1, comma 3, per un importo di 261.000,00 euro per l'anno 2016 e 648.000,00 euro per gli anni 2017 e 2018 (missione - 13 programma - 01 titolo - 1 e missione - 13 programma - 01 titolo - 1);
 - c) articolo 2, comma 1, per un importo di 50.000,00 euro per l'anno 2016, così come per gli anni 2017 e 2018 (missione - 13 programma - 05 titolo - 2);
 - d) articolo 2, comma 3, per un importo di 170.000,00 euro per l'anno 2016 e 200.000,00 euro per gli anni 2017 e 2018 (missione - 13 programma - 01 titolo - 1);
 - e) articolo 4 per un importo di 10.000,00 euro per l'anno 2016, così come per gli anni 2017 e 2018 (missione - 13 programma - 02 titolo - 1);
 - f) articolo 6, comma 8, per un importo di 50.000,00 euro per l'anno 2016, così come per gli anni 2017 e 2018 (missione - 13 programma - 01 titolo - 1);
 - g) articolo 14, comma 1, per un importo di 300.000,00 euro per l'anno 2016, così come per gli anni 2017 e 2018 (missione - 15 programma - 03 titolo - 1).
3. Le spese a carico dei successivi esercizi finanziari saranno stabilite con la legge di stabilità annuale.

VENETO

DGR 11.5.16, n. 636 - Protocollo per la prevenzione delle patologie da elevate temperature nella popolazione anziana della regione veneto - estate 2016. (BUR n. 51 del 27.5.16)

Note

PREMESSA

Tra le situazioni di emergenza, la cui gestione deve avvenire attraverso un'attività di coordinamento delle strutture di volta in volta interessate, rientrano le ondate di calore e gli effetti sulla salute della popolazione. Sia a livello internazionale, che a livello nazionale e regionale è riconosciuta la criticità dell'effetto delle condizioni climatiche estive estreme sulla mortalità, in particolar modo, della popolazione ultrasessantacinquenne.

Negli ultimi decenni e nelle varie zone del mondo, le ondate di calore, un tempo considerate eccezionali, sono divenute più frequenti, anche a causa del progressivo riscaldamento cui va incontro il nostro pianeta. Alla luce di ciò e al fine di prevenire e contenere eventuali danni alla salute è necessario predisporre adeguate linee d'azione.

La Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Protezione Civile attiva, ogni anno, le Amministrazioni regionali e locali al fine di organizzare un sistema di comunicazione con il Centro di Competenza Nazionale per il monitoraggio delle condizioni climatiche e la previsione e prevenzione degli effetti delle ondate di calore. Le modalità operative che possono essere adottate nelle varie aree prevedono due opzioni:

1. L'amministrazione regionale/locale si avvale del sistema di prevenzione nazionale.
2. L'amministrazione regionale/locale si avvale di un sistema di allarme sviluppato localmente - (il bollettino nazionale verrà comunque reso disponibile alla lettura).

La Regione del Veneto si è impegnata, fin dall'anno 2004, a rispondere a tale necessità attraverso l'elaborazione di un "Protocollo Sanitario Operativo" per la prevenzione della mortalità causata da elevate temperature nella popolazione anziana al di sopra dei 75 anni o ultrasessantacinquenne con patologie croniche invalidanti, e con l'attivazione di piani operativi sociali al fine di intervenire prontamente negli stati di rischio e "fragilità". In particolare, nell'anno 2005, la Giunta regionale con DGRV n. 1826 del 12/07/2005 ha approvato ed attuato un protocollo operativo che contempla il coinvolgimento di diversi attori, quali: l'Agenzia Regionale per la Prevenzione e Protezione Ambientale del Veneto - ARPAV, il Sistema Regionale della Prevenzione, i Distretti e i Medici di Medicina Generale, i Servizi Sociali e le Amministrazioni Comunali, i Servizi Ospedalieri e il Sistema dell'Urgenza/Emergenza, le Centrali Operative Territoriali, il Sistema Epidemiologico Regionale - SER e le Aziende sanitarie. Visti i risultati positivi conseguiti, la Giunta regionale annualmente provvede ad adottare il protocollo specifico.

In ottica di continuità con quanto già realizzatosi propone:

- a) di adottare il "Protocollo per la prevenzione delle patologie da elevate temperature nella popolazione anziana della Regione Veneto - estate 2016", che si riporta nell'**Allegato A**) quale parte integrante del presente provvedimento, avvalendosi, quindi, di un sistema di allarme sviluppato localmente;
- b) di implementare l'interfaccia operativa del Protocollo medesimo;
- c) di procedere dal punto di vista operativo con le modalità seguite l'anno scorso, così come descritte nella DGR 571 del 21.4.2015 cui si rinvia.

Anche per il corrente anno, pertanto:

- la sala operativa di protezione civile - COREM - Coordinamento regionale in emergenza, invierà l'allarme presso le strutture deputate a porre in essere gli interventi di contrasto agli effetti dell'ondata di calore;
- l'Agenzia Regionale per la Prevenzione e Protezione Ambientale del Veneto - ARPAV provvederà all'emissione di un bollettino sullo stato climatico delle aree geografiche e all'implementazione dell'interfaccia operativa del Protocollo di cui all'**Allegato A**), e svilupperà anche per quest'anno, un sistema integrato al fine di fornire al Servizio Sanitario Regionale uno

strumento di "allarme climatico" in grado di far scattare a cascata i provvedimenti previsti dal citato protocollo;

- il Centro Meteorologico di Teolo formulerà, quotidianamente, una previsione sul disagio fisico e sulla qualità dell'aria, articolato sulle quattro aree sub-regionali individuate nel Protocollo. Il bollettino previsionale sarà trasmesso ai soggetti/strutture econ le modalità e tempistiche stabiliti nella DGR 571/2015;
- la Sala operativa di protezione civile - COREM - Coordinamento regionale in emergenza, qualora il Bollettino ARPAV indicasse una previsione di disagio intenso prolungato, sentito il medico reperibile, invierà in tempo reale l'avviso di allarme climatico come schematizzato nella Tabella A dell'**Allegato A**). A questo scopo il Responsabile del Coordinamento Regionale Emergenza ed Urgenza individuerà i medici reperibili e ne definirà i turni di reperibilità;
- l'ARPAV, a conclusione delle attività predette, produrrà un elaborato relativo alle attività svolte, completo di tutte le rilevazioni effettuate;
- ogni Azienda ULSS elaborerà uno specifico Piano di emergenza caldo per il territorio di competenza, (la cui attuazione è responsabilità del Direttore Sanitario e del Direttore dei Servizi Sociali e della Funzione territoriale, come descritto nell'**Allegato A**) con i contenuti indicati nella DGR 571/2015;
- il Sistema Epidemiologico Regionale - SER continuerà anche quest'anno il monitoraggio dei decessi nei Comuni capoluogo di provincia e nei Comuni non capoluogo con più di 25.000 abitanti per il periodo dal 1° giugno al 15 settembre. Il monitoraggio in questione consentirà di valutare l'effetto di eventuali condizioni climatiche estreme sulla mortalità generale delle aree metropolitane.

ALLEGATO A

PROTOCOLLO PER LA PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE DA ELEVATE TEMPERATURE NELLA POPOLAZIONE ANZIANA DELLA REGIONE VENETO - ESTATE 2016 -

1. INTRODUZIONE

La Regione Veneto, nell'ambito della propria attività e delle proprie competenze, con la finalità di dare una risposta efficace e tempestiva alle emergenze sanitarie e ai relativi effetti, attraverso il coinvolgimento coordinato delle strutture, regionali e non, che sono titolari di competenze in materia, intende promuovere alcune azioni atte a prevenire le patologie da elevate temperature climatiche nella popolazione anziana della Regione Veneto nell'estate 2016.

Gli studi portati a termine dal Sistema Epidemiologico Regionale - SER sui dati relativi alla mortalità nei mesi di giugno, luglio e agosto negli anni dal 2003 al 2015 hanno confermato che risulta a rischio la popolazione al di sopra dei 75 anni.

Per il 2015 il SER ha continuato le attività di monitoraggio già favorevolmente sperimentate negli anni precedenti, anche attraverso la gestione del flusso regionale di mortalità al fine di analizzare il dato della mortalità per il periodo estivo su tutto il territorio regionale.

A partire dai dati ambientali rilevati nei capoluoghi di provincia dall'ARPAV il SER ha calcolato l'humidex regionale, un indicatore del disagio climatico che tiene conto della temperatura e dell'umidità. L'estate 2015 ha presentato parametri di disagio climatico ben superiori ai dati registrati sia nell'estate 2014 che negli anni precedenti, comunque ancora lontani dalle misure osservate nell'estate del 2003, caratterizzata dal susseguirsi di ondate di calore. La tabella 1 riporta i dati relativi alla media dei valori di humidex massimo registrati nei capoluoghi di provincia nell'estate 2015, confrontandoli con quelli del 2003 e degli anni 2011- 2014.

Tabella 1: numero di giorni in base ai livelli di humidex nel periodo giugno-agosto 2003 e 2011-2015.

2003	2011	2012	2013	2014	2015
Humidex <30*	1	27	12	18	26
Humidex 30-35	16	32	25	36	42
Humidex 35-40	42	25	42	22	24

Humidex >40 33 8 13 16 0 21

* humidex fino a 30: disagio ambientale assente, humidex tra 30 e 35: disagio ambientale moderato, humidex tra 35 e

40: disagio ambientale elevato, humidex maggiore di 40: condizioni climatiche pericolose per la salute.

Come nelle estati precedenti, i Comuni capoluogo di provincia del Veneto hanno comunicato il numero giornaliero di residenti deceduti in città tra il 1 giugno ed il 31 agosto e nella prima metà di settembre (dal 2008 il monitoraggio è stato prolungato al 15 settembre).

La Tabella 2 mostra il numero di decessi nel 2015, disaggregato per mese ed età (cut-off: 75 anni), confrontato con la media dei decessi del periodo 2011-2014. Si può vedere come vi sia stato, soprattutto a Luglio e Agosto, un aumento del numero di decessi nella popolazione anziana durante tutta l'estate rispetto alla media degli anni precedenti. Durante le ondate di calore di Luglio si è verificato un incremento della mortalità anche nella popolazione più giovane.

Tabella 2. Decessi nel periodo estivo nei Comuni capoluogo di provincia della Regione Veneto per classe di età, confronto 2015 vs periodo 2011-2014.

Deceduti Variazione 2015 - Media (11-14)

Media

(11-14)

2015 assoluta percentuale

Giugno < 75 199 169 -30 -15%

>=75 631 641 10 2%

Totale 829 810 -19 -2%

Luglio < 75 190 227 37 19%

>=75 610 721 111 18%

Totale 799 948 149 19%

Agosto < 75 187 174 -13 -7%

>=75 617 729 112 18%

Totale 804 903 99 12%

Totale < 75 576 570 -6 -1%

>=75 1.857 2.091 234 13%

Totale 2.433 2.661 228 9%

Inoltre anche i Comuni di Adria, Arzignano, Bassano del Grappa, Castelfranco Veneto, Chioggia, Cittadella, Conegliano, Feltre, Jesolo, Legnago, Mira, Mirano, Mogliano Veneto, Monselice, Montebelluna, Portogruaro, San Donà di Piave, Schio, Spinea, Valdagno, Villafranca di Verona e Vittorio Veneto hanno comunicato il numero giornaliero di residenti deceduti sia in città che fuori comune tra il 1 giugno ed il 15 settembre 2015.

Si sono verificati 1.807 decessi (478 in giugno, 550 in luglio, 541 in agosto, 238 nella prima metà di settembre). In tali Comuni, applicando un modello di regressione di Poisson per indagare l'associazione tra disagio climatico e mortalità, si osserva una relazione tra decessi registrati nei residenti ed andamento dell'humidex regionale (+1,2% di decessi per ogni grado di incremento dell'humidex, $p < .0001$).

Nel complesso, si conferma un'associazione statisticamente significativa tra l'humidex ed i decessi registrati dei Comuni monitorati (Comuni capoluogo e non, +1,4% di decessi giornalieri per ogni grado di incremento dell'humidex, $p < .0001$).

Le Figure 1 e 2 mostrano l'andamento dell'humidex e dei decessi nei Comuni capoluogo e negli altri Comuni maggiori nel corso dell'intero periodo monitorato. Soprattutto nei Comuni capoluogo, si può osservare un aumento della mortalità in corrispondenza dei picchi di disagio climatico, particolarmente evidente nella seconda metà di luglio.

Figura 1. Andamento dei decessi (barre) e dell'humidex (linea continua), medie mobili 7 gg: Comuni capoluogo, 1 giugno-15 settembre 2015

Figura 2. Andamento dei decessi (barre) e dell'humidex (linea continua), medie mobili 7 gg: Comuni non capoluogo, 1 giugno-15 settembre 2015

2. ATTORI E RUOLI

2.1 Agenzia Regionale per la Prevenzione e Protezione Ambientale del Veneto-ARPAV

Il Centro Meteorologico di Teolo dell'ARPAV ha sviluppato un sistema che integrerà le previsioni del tempo e il monitoraggio dell'ozono all'indice di disagio fisico e alla previsione della qualità dell'aria, per fornire al Servizio Sanitario Regionale un preciso strumento di "allarme climatico" finalizzato ad attivare le procedure previste da questo protocollo.

Tale sistema è elaborato tenendo conto anche del sistema di allerta nazionale HHWW previsto dal Dipartimento di Protezione Civile e dei modelli di previsione utilizzati dal Dipartimento medesimo ed applicati, per quanto riguarda la Regione Veneto, alle città di Venezia e Verona, comprese nelle 27 città italiane per le quali è prevista l'attivazione dei Sistemi HHWW.

Il centro meteorologico di Teolo (ARPAV) sarà in grado di definire le previsioni meteorologiche applicate al disagio fisico e alla qualità dell'aria, mappando la Regione Veneto in 4 fasce:

- 1) Costiera,
- 2) Continentale
- 3) Pedemontana
- 4) Montana

Tale suddivisione è dovuta al fatto che la Regione Veneto possiede un territorio particolarmente variegato caratterizzato da aree montane, collinari, costiere e agglomerati urbani nell'entroterra a cui corrisponde una diversità di clima: verosimilmente i tassi di umidità saranno più alti nelle zone pianeggianti e litoranee che nelle zone collinari e montane, le temperature saranno più miti nelle fasce costiere e montane.

A seconda di tali peculiarità geografiche e quindi climatiche, risulta sicuramente utile dividere il territorio nelle fasce sopraindicate, indicando le aree più a rischio, tenendo sotto controllo la popolazione anziana e "fragile" residente.

L'ARPAV, tramite il proprio Centro Meteorologico di Teolo, provvederà a formulare quotidianamente una previsione sul disagio fisico e sulla qualità dell'aria, con particolare riferimento all'inquinante tipico della stagione estiva (ozono), specifica per la Regione Veneto ed articolata sulle quattro aree sub-regionali.

Il bollettino previsionale avrà cadenza di emissione quotidiana, dal 1° giugno 2016 al 15 settembre 2016, giorni festivi compresi, entro le ore 15.00. La validità temporale della previsione sarà per il pomeriggio/sera del giorno in corso e per i tre giorni successivi.

Si definiscono tre classi di disagio: assente, debole/moderato, intenso. Tali classi sono determinate sulla base di una valutazione combinata che tiene conto sia dell'indice di Scharlau, ottenuto analizzando le reazioni fisiologiche di persone medie e sane in relazione a varie combinazioni di temperatura dell'aria ed umidità atmosferica, sia del livello di Humidex, un indicatore di temperatura percepita ricavabile dai dati di temperatura ed umidità relativa. L'ARPAV si riserva, inoltre, di testare ulteriori indici di disagio che prevedono una combinazione di temperatura dell'aria e di umidità atmosferica.

Per quanto riguarda la previsione della qualità dell'aria (ozono), si definiscono tre classi: buona/discreta, scadente, pessima. Tali classi sono definite sulla base della normativa vigente (D.L. 183/2004), la quale, con riferimento alle concentrazioni di ozono, distingue quattro classi di qualità dell'aria: buona ($< 120 \mu\text{g}/\text{m}^3$), discreta ($120-180 \mu\text{g}/\text{m}^3$), scadente ($180-240 \mu\text{g}/\text{m}^3$), pessima ($> 240 \mu\text{g}/\text{m}^3$).

Per il giorno in corso e per quello successivo, per ciascuna delle quattro aree sub-regionali, verrà sinteticamente indicata la previsione del disagio fisico prevalente e della qualità dell'aria (ozono). Con riferimento al disagio fisico prevalente: la classificazione "assente" sarà indicata con sfondo verde; la classificazione "debole/moderato" sarà indicata con sfondo arancio; la classificazione "intenso" sarà indicata con sfondo rosso. Con riferimento alla qualità dell'aria: la classificazione "buona/discreta" sarà indicata con sfondo verde; la classificazione "scadente" sarà indicata con

sfondo arancio; la classificazione “pessima” sarà indicata con sfondo rosso. Tali indicazioni sintetiche saranno corredate da un campo che potrà contenere eventuali spiegazioni e/o osservazioni sulla situazione meteorologica.

Per i due giorni successivi, verrà indicata la previsione del disagio fisico prevalente e della qualità dell'aria (ozono), con eventuali osservazioni sulla situazione meteorologica e con eventuali riferimenti ad una o più tra le quattro aree sub-regionali, in modo da consentire alle strutture coinvolte nel Protocollo di emettere l'allarme.

Il bollettino previsionale verrà inviato a mezzo e-mail ai seguenti referenti istituzionali ed operativi indicati nella Tabella A.

2.2 Sala operativa di protezione civile – COREM – Coordinamento regionale in emergenza

La sala operativa di Protezione Civile – COREM – Coordinamento regionale in emergenza ha il compito di diffondere l'allarme climatico.

Qualora il Bollettino ARPAV indichi una previsione di disagio intenso prolungato, la Sala operativa di protezione civile – COREM – Coordinamento regionale in emergenza, sentito il medico reperibile, invia in tempo reale l'avviso di allarme climatico alle Strutture in grado di rispondere attivamente ai bisogni di ordine sanitario della popolazione, così come schematizzato nelle Tabella A.

A questo scopo, il Responsabile del Coordinamento Regionale Emergenza ed Urgenza individua i medici reperibili e ne definisce i turni di reperibilità.

2.3 Sistema Regionale della Prevenzione

Il ruolo dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS si svolge attraverso le seguenti funzioni:

1. coordinamento delle attività di comunicazione nell'ambito dell'Azienda ULSS;
2. cura della rete locale di alleanze per affrontare il problema “caldo”: tra servizi ULSS, comuni, provincia, MMG, volontariato, ecc.;
3. diffusione di comunicati stampa a livello locale;
4. predisposizione di materiali informativi da distribuire attivando la rete locale.

La popolazione maggiormente a rischio è composta da:

- gli anziani
- i bambini da 0 a 4 anni
- i diabetici
- gli ipertesi
- chi soffre di malattie venose
- le persone non autosufficienti
- chi ha patologie renali
- chi è sottoposto a trattamenti farmacologici.

Vi sono una serie di semplici e generali precauzioni da adottare, che potranno essere divulgate alla popolazione e, in particolare, agli anziani più a rischio attraverso una campagna di informazione capillare.

Andranno sensibilizzati particolarmente gli operatori sanitari e le persone più a contatto con gli anziani (infermieri delle case di riposo, medici di famiglia, assistenti sociali dei distretti sanitari etc.), per attivarsi nei confronti degli anziani sopra i 75 anni, o con patologie croniche invalidanti o in condizioni di solitudine, al fine di prevenire l'insorgenza di quadri clinici che poi richiedano un'ospedalizzazione del paziente. In particolare, andranno verificate, oltre le norme comportamentali, il corretto uso della terapia ed il suo eventuale aggiustamento, nonché l'attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), l'ADIMED, e i supporti infermieristici e assistenziali sociali garantiti dai Distretti Sociosanitari e dai Comuni.

2.4 Azioni dei Distretti e dei Medici di Medicina Generale

Le **Direzioni dei Distretti Sanitari** opereranno su indicazione del Direttore dei Servizi Sociali e della Funzione territoriale e con la necessaria collaborazione dei **Servizi Sociali degli Enti Locali** per identificare la popolazione a rischio, individuando soprattutto le condizioni di particolare

solitudine e “fragilità”. I Distretti, inoltre, effettueranno il monitoraggio del grado di risposta, sul livello provinciale, ai bisogni della popolazione di riferimento.

Le Direzioni dei Distretti, fulcro del sistema di presidio sanitario del territorio, agiranno, altresì, attraverso le loro molteplici articolazioni funzionali (Medici di Medicina Generale, Servizi di Continuità Assistenziale,

Servizi di Assistenza Domiciliare, ADI, rete della residenzialità extraospedaliera definitiva e temporanea), che rappresentano il primo livello di intervento clinico-sanitario sul paziente, mirato prevalentemente a prevenire l’insorgere di situazioni di rischio, favorendo interventi comportamentali, e, se necessario, terapeutici (effettuare interventi preventivi e di supporto a domicilio, con visite e contatti costanti anche telefonici, fornire eventuale supporto alle esigenze quotidiane etc.).

In particolare, per quanto riguarda gli interventi dei **Medici di Medicina Generale** nei confronti della popolazione a rischio, ovvero quella al di sopra dei 75 anni e gli ultrasessantacinquenni con patologie croniche invalidanti, si raccomanda ai Direttori Generali e ai Direttori di Distretto di valutare l’opportunità, ove necessario, limitatamente al periodo di giugno, luglio, agosto e settembre 2015 ed alle zone geografiche “a rischio di allarme climatico”, di autorizzare l’attivazione dei protocolli di Assistenza Programmata Domiciliare anche oltre il tetto massimo, previsto dall’art. 59 co. 3, lett. C, punto 2 dell’Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i MMG reso esecutivo con Intesa della Conferenza Stato Regioni rep. n. 2272 del 23 marzo 2005 e successive modifiche e integrazioni.

2.5 Azioni dei Servizi Sociali e delle Amministrazioni Comunali

Gli indirizzi per la predisposizione di azioni ed interventi atti a fronteggiare l’emergenza caldo richiedono di sottolineare una premessa fondamentale: in ambito sociale gli interventi di emergenza si connotano, indipendentemente dalla stagione climatica, per la situazione di isolamento e di esclusione sociale che le persone più fragili vivono nella quotidianità della vita di tutti i giorni. Tali situazioni di emergenza sicuramente si acuiscono e diventano a volte drammatiche durante il periodo estivo in cui “l’ondata di calore” è accompagnata soprattutto “da condizioni di abbandono”, con ridotta possibilità di usufruire dei servizi rispetto al normale periodo lavorativo dell’anno.

Il piano di intervento in ambito sociale si deve connotare, pertanto, prioritariamente per il suo carattere preventivo, che vede coinvolta tutta la comunità locale con le risorse e le opportunità che in essa esistono, al fine di affermare e consolidare nel tessuto sociale i valori della solidarietà e della dignità della persona.

Il piano di intervento dovrà essere elaborato, concordato e realizzato in raccordo con le Associazioni di volontariato, con gli enti di promozione sociale, con la Protezione Civile e con i gruppi organizzati dell’ambito territoriale di riferimento, che essendo in un contatto di vicinanza e di prossimità con le persone, sono in grado di conoscere e di monitorare i bisogni delle persone più fragili.

In considerazione dell’esperienza svolta negli anni passati, le Aziende UU.LL.SS.SS. e le Amministrazioni Comunali dovranno provvedere ad elaborare un piano di intervento che preveda:

- modalità operative ed il raccordo con le Associazioni di volontariato e gli enti di promozione sociale del territorio;
- possibilità di ricorrere ai servizi esistenti facilitando l’accesso quando ciò sia richiesto a motivo dell’emergenza;
- potenziamento dei servizi esistenti prevedendo la possibilità di utilizzare maggiori disponibilità nel periodo di durata dell’emergenza.

Gli interventi che dovranno essere assicurati durante la fase di emergenza sono:

- interventi coordinati di SAD e di ADI;
- frequenza ai Centri Diurni;
- accoglienza nelle strutture residenziali.

Al fine di facilitare l'accesso alle informazioni sulle risorse e sulle opportunità del territorio è attivato il Numero Verde **800-462340** in collaborazione con il Servizio di Telesoccorso e Telecontrollo.

2.6 Azioni dei Servizi Ospedalieri e del Sistema dell'Emergenza/Urgenza

Il ruolo del Sistema dell'Emergenza/ Urgenza coinvolge la rete del SUEM 118 e delle strutture di Pronto Soccorso, che, se necessario con l'ausilio delle Associazioni di volontariato, fa fronte ai possibili aumenti

delle richieste di soccorso, sia extra che intraospedaliero derivanti dalle elevate temperature, in particolare nella popolazione anziana.

L'obiettivo principale è prevenire lo stato clinico di malattia da eccessive temperature. Il protocollo garantisce un'ulteriore integrazione tra il Sistema dell'Emergenza/Urgenza e l'attività dei Distretti Socio Sanitari, per ricorrere al numero dell'emergenza 118 solo nei casi realmente urgenti, rispetto ai casi di patologia da calore che troveranno risposta sul territorio da parte dei Medici di Medicina Generale, dalla Continuità Assistenziale e dalle altre forme di assistenza previste. Il ricorso alle strutture di Pronto Soccorso dovrà essere limitato ai casi realmente urgenti.

Gli aspetti sanitari risultano pertanto a forte integrazione tra la medicina del territorio, con prevalente funzione di prevenzione e di diagnosi e cura degli stati iniziali di patologia da calore e delle complicanze correlate, e il sistema dell'emergenza/urgenza che affronta le situazioni cliniche divenute realmente urgenti e talora a rischio per la vita del paziente (emergenza) che richiedono un trattamento diagnostico-terapeutico di tipo ospedaliero.

Le chiamate al 118 devono essere limitate alle reali esigenze di urgenza ed emergenza, in ogni caso, a fronte dell'attivazione dell'allarme climatico, i criteri di Dispatch terranno in considerazione l'età, la presenza di patologie associate, l'individuazione di sintomi che facciano presupporre una patologia da calore (ipotensione, spossatezza etc.), le condizioni sociali di vita e le caratteristiche dell'abitazione (presenza di impianto di condizionamento, presenza di familiari o altre persone nella casa, tempo di esposizione a temperature ed umidità elevate) e le condizioni di alimentazione (assunzione di cibo e liquidi).

Quando la situazione non richiede l'invio dell'ambulanza, dovranno essere forniti consigli telefonici sulle azioni di prevenzione o su come rivolgersi alle strutture territoriali. Le Aziende UU.LL.SS.SS. dovranno in ogni momento garantire un'adeguata interfaccia tra la Centrale Operativa SUEM 118 e la rete dell'assistenza territoriale gestita dalle Direzioni di Distretto, in particolare durante i periodi di prolungata condizione meteorologica difficile. Qualora, sulla base dei dati epidemiologici degli anni precedenti, l'andamento delle condizioni climatiche faccia prevedere un aumento delle richieste di intervento, dovrà essere pianificato il potenziamento del sistema SUEM 118, in particolare mediante l'attivazione delle risorse delle Associazioni di Volontariato.

In base all'allarme climatico, nel Pronto Soccorso dovranno inoltre essere messi in atto criteri di particolare

attenzione nel TRIAGE che considerino nell'anziano i rischi derivanti dalle particolari condizioni climatiche.

2.7 Compiti delle Aziende Sanitarie

Le Aziende Sanitarie, in relazione alle indicazioni di cui sopra, dovranno elaborare uno specifico **Piano di emergenza caldo per il territorio di competenza**, la cui attuazione è responsabilità del Direttore Sanitario e del Direttore dei Servizi Sociali e della Funzione territoriale, come descritto nella Tabella A. Detto Piano dovrà contenere la procedura di attivazione che comprenda le modalità con cui è assicurata la ricezione dell'allarme h24 e 7 giorni su 7, nonché le conseguenti modalità di allerta delle strutture interessate. Il bollettino/l'allerta dovrà essere inviato anche alla COT, la quale per i pazienti ad alto rischio verifica la sussistenza di bisogni ed attiva le risorse più appropriate in riferimento al caso specifico.

2.8 Compiti del Sistema Epidemiologico Regionale - SER

A partire dal 2003 il Coordinamento del Sistema Epidemiologico Regionale - SER ha sviluppato un

protocollo per il monitoraggio degli effetti delle condizioni climatiche avverse sulle condizioni di salute della popolazione, con particolare riferimento alla popolazione anziana; al progetto hanno collaborato i Comuni, le ASL e l'ARPAV per i dati di pertinenza.

Come per gli anni precedenti, il SER continuerà il monitoraggio dei decessi nei comuni capoluogo di provincia e nei comuni non capoluogo con più di 25.000 abitanti per il periodo dal 1° giugno al 15 settembre 2016. Tale sorveglianza, relativamente tempestiva almeno per i comuni capoluogo, consente di valutare l'effetto di eventuali condizioni climatiche estreme sulla mortalità generale delle aree metropolitane.

Il SER ha inoltre in gestione il flusso regionale di mortalità che consente di analizzare il dato della mortalità per il periodo estivo su tutta la Regione. Tale monitoraggio consente una valutazione dell'impatto di eventuali ondate di calore esteso a tutta la Regione e comprensivo dell'analisi delle cause di morte.

Tali dati sanitari verranno incrociati con le misure ambientali fornite dall'ARPAV. Negli anni precedenti l'ARPAV ha comunicato per ciascun capoluogo i dati giornalieri di temperatura massima ed umidità relativa misurata alla medesima ora, da cui è stato ricavato un indicatore di temperatura percepita (Humidex).

Tabella A – SCHEMATIZZAZIONE DELLE MODALITÀ OPERATIVE

ARPAV emette il bollettino (ore 15.00)

e lo invia a mezzo e-mail ai seguenti riferimenti istituzionali e operativi:

Assessorato alla Sanità e alla

Programmazione socio-sanitaria

Area Sanità e Sociale

Sezione Attuazione Programmazione Socio-Sanitaria

CREU – Coordinamento Regionale Emergenza Urgenza

7 Centrali Operative 118

SER – Sistema Epidemiologico Regionale

23 Direzioni Generali Aziende ULSS ed Ospedaliere + Direzione Generale dello IOV

21 Centrali Operative Territoriali Assessorato ai Servizi Sociali Sezione Servizi Sociali

21 Conferenze dei Sindaci

Segreteria ANCI VENETO Assessorato all'Ambiente e Protezione civile

Dipartimento Ambiente

Sezione Protezione Civile

Sala Operativa Protezione Civile – COREM – Coordinamento regionale in emergenza

Il COREM, in caso di previsione di disagio intenso e prolungato, allerta a cascata:

23 Direzioni Generali Aziende ULSS ed Ospedaliere + Direzione Generale dello IOV (di volta in volta interessate dall'emergenza)

Direttore Sanitario delle Aziende ULSS ed Ospedaliere (di volta in volta interessate dall'emergenza)

Direttore dei Servizi Sociali e della Funzione territoriale delle Aziende ULSS (di volta in volta interessate dall'emergenza)

Centrali Operative 118 (di volta in volta interessate dall'emergenza)

Unità Operative di Pronto Soccorso (di volta in volta interessate dall'emergenza) utilizzando la casella di posta elettronica istituzionale regionale di cui alla DGR 1313/2009)

Centrali Operative Territoriali (di volta in volta interessate dall'emergenza)

I Direttori Sanitari e i Direttori dei Servizi Sociali e della funzione territoriale delle Aziende Sanitarie allertano a cascata ed in base al proprio Piano aziendale:

Distretti Socio Sanitari (di volta in volta interessati dall'emergenza)

Conferenze dei Sindaci e Comuni (di volta in volta interessati dall'emergenza)

Le quattro fasce climatiche della Regione Veneto

ASSISTENZA PENITENZIARIA

CAMPANIA

DGR 7.6.16, n. 251 - Approvazione schema di convenzione tra la regione campania e la regione molise per l'utilizzo del sistema informativo per il monitoraggio del superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari denominato "SMOP" (sistema informativo per il monitoraggio degli ospedali psichiatrici) con allegato. (BUR n. 36 del 9.6.16)

Nota**PREMESSA**

Il Decreto Legislativo 22.6.99 n. 230, come modificato ed integrato dal Decreto Legislativo 22.12.2000 n. 433, ha introdotto il riordino della medicina penitenziaria sancendo il principio fondamentale della parità di trattamento, in tema di assistenza sanitaria, dei cittadini liberi e degli individui detenuti ed internati.

Il D.P.C.M. 01.04.2008, adottato ai sensi dell'art. 2, commi 283 e 284 della Legge 24 Dicembre 2007 n. 244 (legge Finanziaria 2008) stabilisce, al fine di dare completa attuazione al riordino della medicina penitenziaria di cui ai decreti legislativi sopra citati, il trasferimento al Servizio sanitario nazionale di tutte le funzioni sanitarie svolte dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia.

Con DGRC n. 1551 del 26.09.2008 è stato recepito il DPCM sopra citato.

L'Allegato C al suddetto DPCM prevede specifiche implementazioni costituenti, nel loro complesso, il percorso di superamento degli attuali Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), per la cui attuazione è stato attivato, ai sensi dell'art. 5, comma 2, dello stesso DPCM un Comitato paritetico interistituzionale.

La Regione Campania, con Decreto Dirigenziale n. 142 del 21.07.2011 ha istituito il "Laboratorio Territoriale Sperimentale per la Sanità penitenziaria Eleonora Amato", che - nell'ambito dei compiti specificamente assegnati, compresi quelli di cui al Programma Operativo Regionale approvato con Decreto Commissariale n. 108/2014 - per rispondere all'urgenza di supportare il definitivo e completo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, ha sviluppato il Sistema informativo per il monitoraggio del superamento degli OPG della Campania di seguito denominato "SMOP".

La Giunta Regionale della Campania con la Deliberazione n. 654 del 06.12.2011 ("Recepimento e provvedimenti attuativi dell'Accordo della Conferenza Unificata del 13 ottobre 2011 "Integrazioni agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari OPG e le Case di Cura e Custodia CCC di cui all'Allegato C al DPCM 1° Aprile 2008") ha, tra l'altro, disposto l'istituzione dei gruppi di coordinamento per il superamento degli OPG - successivamente perfezionata e aggiornata con i Decreti Dirigenziali n. 195 del 16.10.2012 e n. 78 del 13.05.2015 - e approvato un Accordo di Programma art. 34 del T.U. EE.LL. per il coordinamento del bacino di afferenza degli OPG regionali - successivamente sottoscritto dai Presidenti delle Regioni Abruzzo, Campania, Lazio e Molise, e repertoriato al n. 2012.0000021 del 12.05.2012.

In attuazione del suddetto Accordo di programma, il Sistema informativo per il monitoraggio del superamento degli OPG della Campania "SMOP" - giusta Deliberazione ASL CE n. 261/2013 - è stato reso operativo in tutte le AASSLL delle Regioni Abruzzo, Campania, Lazio e Molise, ed è stato reso disponibile alle diverse articolazioni, sanitarie e non, coinvolte nel processo di superamento degli OPG, compresi gli altri bacino macroregionali e le articolazioni governative, senza oneri per le stesse.

La legge 17 febbraio 2012 n. 9 di conversione del Decreto Legge 22 dicembre 2011 n. 211, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale del 20 febbraio 2012, recante: "Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri" e in particolare l'articolo 3-ter dal titolo "Disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari" stabilisce che le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia debbano essere eseguite esclusivamente all'interno di strutture sanitarie prevedendo uno specifico finanziamento per la loro realizzazione e riconversione.

Il decreto-legge 31 marzo 2014, n.52, coordinato con la legge di conversione 30 maggio 2014, n.81, in Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.125 del 31-5-2014, ha disposto significativi cambiamenti in tema di misure di sicurezza OPG e CCC esplicitamente finalizzati a evitare l'invio in Ospedale psichiatrico giudiziario, anche in relazione alla nuova offerta di servizi sanitari in ambito penitenziario, derivante dalla riforma recata dal D.P.C.M. 1° aprile 2008.

La Conferenza Unificata, nella seduta del 31 luglio 2008, ha deliberato (Rep. Atti n. 81/CU) la costituzione del Comitato paritetico interistituzionale, previsto dal citato articolo 5, comma 2, del D.P.C.M. 1° aprile 2008, a cui sono demandati la predisposizione degli indirizzi sugli adempimenti di cui al richiamato Allegato C al medesimo D.P.C.M., nonché degli strumenti per supportare il programma graduale di superamento degli O.P.G. e favorire le forme di collaborazione tra il Ministero della giustizia ed il Servizio sanitario nazionale a livello nazionale, regionale e locale.

Il Comitato paritetico interistituzionale, nella riunione del 2 febbraio 2015, ha definito un documento successivamente approvato nella seduta della Conferenza Unificata nella seduta del 26 febbraio 2015 come "Accordo ai sensi del D.M. 1° ottobre 2012, Allegato A, concernente disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari in attuazione al D.M. 1 ottobre 2012, emanato in applicazione dell'art. 3-ter, comma , del decreto legge 22 dicembre 2011, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9 e modificato dal decreto legge 31 marzo 2014 n. 52, convertito in legge 30 maggio 2014, n.81.

Il suddetto Accordo, ha impegnato, tra l'altro, le Regioni sede di Strutture residenziali extraospedaliere per le misure di sicurezza OPG e CCC (REMS) ad assicurare le procedure inerenti i procedimenti di ammissione alla REMS, la registrazione ai fini amministrativi-sanitari, la conservazione degli atti relativi alla posizione giuridica e rapporti con l'Autorità Giudiziaria, i rapporti e le comunicazioni alla Magistratura di sorveglianza o di cognizione e le comunicazioni delle Autorità Giudiziarie nei confronti dei ricoverati (a titolo di esempio: permessi, licenze, notifiche), nonché quelle all'Amministrazione Penitenziaria.

Il predetto Accordo ha inoltre dettagliato l'obbligazione, disposta dal decreto-legge 31 marzo 2014, n.52, coordinato con la legge di conversione 30 maggio 2014, n.81, per le Regioni e PP.AA. ad assicurare, attraverso le Aziende sanitarie competenti, la predisposizione e l'invio all'Autorità Giudiziaria - nonché, nel rispetto del decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196, al Ministero della Salute - dei progetti terapeutico riabilitativi individualizzati (PTRI) finalizzati all'adozione di soluzioni assistenziali diverse dalle REMS per tutte le persone di propria competenza ed entro 45 dal loro ingresso nelle strutture per il superamento degli ex OPG.

Nella seduta del Comitato paritetico interistituzionale del 18 giugno 2014 il rappresentante designato della Regione Campania ha messo a disposizione delle altre amministrazioni, senza oneri, il predetto sistema informativo che, con procedura semplice, consente, ai soggetti autorizzati, un immediato utilizzo per la raccolta, la gestione e l'elaborazione dei dati essenziali - anagrafici, sanitari e giuridici - riguardanti anche le persone cui sono applicate le misure di sicurezza detentive OPG e CCC, nonché la collegata gestione documentale informatizzata e la dematerializzazione delle comunicazioni.

Con riferimento alle Regioni e PP.AA., la suddetta disponibilità è stata confermata nell'ambito delle attività del Gruppo interregionale sanità penitenziaria (GISPE) della Commissione Salute, che ha ritenuto il Sistema informativo "SMOP" idoneo a soddisfare anche i requisiti informativi richiesti per il funzionamento delle Residenze per l'esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) e ha condiviso uno schema di convenzione con la Regione Campania (Allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente atto) per l'utilizzo del Sistema informativo in parola, già approvato e sottoscritto dalle regioni Marche, Lombardia, Emilia-Romagna, Puglia e Veneto.

Al fine di uniformare la regolamentazione dell'operatività del sistema informativo SMOP, già in uso nelle Regioni di afferenza del bacino campano per il superamento degli OPG (Abruzzo, Lazio, Molise), a quanto condiviso a livello interregionale, la Regione Molise, con Deliberazione di Giunta Regionale 26 aprile 2016, n. 169, ha approvato lo schema di convenzione di cui all'Allegato 1.

Viene approvato lo schema di convenzione tra la Regione Campania e la Regione Molise riportato all'Allegato 1 parte integrante del presente provvedimento.

EMILIA-ROMAGNA

DGR 30.5.16, n. 788 - Approvazione operazione presentata a valere sul 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"; Approvato con D.G.R. 271/2016. (BUR n. 168 del 7.6.16)

Note

A seguito della complessa istruttoria portata avanti, viene dato atto che è pervenuta alla data del 6/4/2016, secondo le modalità e i termini previsti dall'Invito di cui all'Allegato 1) alla propria deliberazione n. 271/2016, un'operazione, contraddistinta dal rif. PA n. 2016-5157/RER a titolarità Opera Madonna del Lavoro di Bologna (cod. org. 1463), per un costo complessivo di euro 84.935,92 e un finanziamento pubblico richiesto di pari importo.

Viene preso atto altresì che:

- in esito all'istruttoria di ammissibilità, in applicazione di quanto previsto alla lettera I) "Procedure e criteri di valutazione" del sopra citato Invito, la suddetta operazione è risultata ammissibile a valutazione;
- in esito alla valutazione effettuata dal Nucleo di valutazione, la suddetta operazione è risultata approvabile, avendo raggiunto un punteggio superiore a 70/100, nello specifico "da approvare con modifiche".

Viene approvata, tenuto conto di quanto sopra esposto, l'operazione pervenuta, per un costo complessivo di euro 84.935,92.

COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA - ISEE

TOSCANA

MOZIONE 18 maggio 2016, n. 301 - In merito alla salvaguardia e al potenziamento dei servizi offerti per garantire il diritto allo studio universitario. (BUR n. 22 del 1.6.16)

IL CONSIGLIO REGIONALE

Premesso che:

- il diritto allo studio è uno dei diritti fondamentali ed inalienabili della persona garantito a livello costituzionale;
- l'articolo 3, secondo comma, della Costituzione affida alla Repubblica il compito di rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese;
- l'articolo 34 della Costituzione specificamente prevede che i capaci e meritevoli, anche se privi di mezzi, abbiano diritto di raggiungere i gradi più alti degli studi e stabilisce che sia la Repubblica a rendere effettivo questo diritto con borse di studio, assegni alle famiglie ed altre provvidenze, che devono essere attribuite per concorso.

Ricordato che:

- la Regione Toscana garantisce e promuove il diritto allo studio e ha da sempre messo in atto numerosi interventi mirati a sostenere gli studenti meritevoli e privi di mezzi attestandosi, in merito, su livelli di eccellenza;
- in Toscana, il livello ISEE (Indicatore della situazione economica equivalente) per l'accesso degli studenti alla borsa studio è stato innalzato da 19.000,00 euro a 20.000,00 euro (v. ex plurimis la deliberazione della Giunta regionale 25 maggio 2015, n. 683 "Indirizzi all'Azienda DSU Toscana per l'erogazione di benefici e servizi agli studenti universitari") e sono stati istituiti strumenti di sostegno aggiuntivi, tra i quali, ad esempio, la Borsa Servizi, una misura volta a coprire una fascia

di studenti che non è ritenuta idonea ai fini dell'ottenimento della borsa di studio, ma che è comunque in possesso di determinati requisiti di merito e di reddito;

- in aggiunta a quanto sopra riportato, per l'anno accademico 2015 - 2016, la Regione ha deciso di integrare il bando relativo alla Borsa Servizi prevedendo interventi integrativi straordinari pari a 1.000.000,00 di euro per attenuare l'impatto della revisione ISEE e ISPE (Indicatore di Situazione Patrimoniale Equivalente) sugli studenti che presentano livelli di indicatori reddituali e patrimoniali di poco superiori ai livelli previsti per accedere alle borse DSU (Diritto allo studio universitario).

Preso atto che:

- il decreto legislativo 29 marzo 2012, n. 68 (Re visione della normativa di principio in materia di diritto allo studio e valorizzazione dei collegi universitari legalmente riconosciuti, in attuazione della delega prevista dall'articolo 5, comma 1, lettere a), secondo periodo, e d), della legge 30 dicembre 2010, n. 240, e secondo i principi e i criteri direttivi stabiliti al comma 3, lettera f), e al comma 6), conferma che le condizioni economiche dello studente sono individuate sulla base dell'ISEE e dell'ISPE;

- a partire dall'anno accademico 2015/2016 per la determinazione dell'ISEE e dell'ISPE, utilizzati ai fini dell'accesso alle prestazioni per il DSU, sono applicate le disposizioni di cui al regolamento emanato con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 5 dicembre 2013, n.159 (Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente "ISEE").

Rilevato che:

- l'applicazione delle disposizioni del citato d.p.c.m. 159/2013 alle prestazioni per il DSU ha determinato per l'anno accademico 2015 - 2016 l'esclusione di alcuni studenti dalle prestazioni per il diritto allo studio universitario;

- con decreto del Ministro dell'Università e della Ricerca 23 marzo 2016, n. 174 (Aggiornamento soglie ISEE e ISPE anno accademico 2016/2017), al fine di fronteggiare le problematiche emerse in seguito alla revisione del metodo di calcolo degli indicatori patrimoniali, sono stati aggiornati i limiti massimi previsti per gli indicatori ISEE e ISPE, prevedendo in particolare per l'anno accademico 2016 - 2017 che il limite massimo per l'ISEE è fissato in 23.000,00 euro e quello per l'ISPE è stato fissato in 50.000,00 euro;

- in Toscana, grazie alla legge di riforma del sistema regionale di gestione del diritto allo studio universitario, legge regionale 19 maggio 2008, n. 26 (Modifiche alla legge regionale 26 luglio 2002, n. 32 "Testo unico della normativa della Regione Toscana in materia di educazione, istruzione, orientamento, formazione professionale e lavoro" in tema di istituzione dell'Azienda unica regionale per il diritto allo studio universitario), che ha previsto l'accorpamento delle tre aziende e l'istituzione di un'azienda regionale unica, si è realizzata una riduzione di costi e burocrazia, che ha consentito un recupero di risorse utilizzate per ampliare i servizi per gli studenti e ha portato ad una maggiore uniformità sul territorio regionale.

Considerato che:

- nonostante le già menzionate misure di sostegno attuate dalla Regione Toscana, alcuni studenti, risultano tuttora esclusi dai sistemi di sostegno previsti, anche in seguito alla revisione della disciplina ISEE di cui al d.p.c.m. 159/2013;

- l'attribuzione di risorse per il finanziamento delle misure di sostegno al diritto allo studio da parte della Regione costituisce elemento di valutazione ai fini dell'assegnazione di specifici incentivi nel riparto del fondo integrativo statale (FIS) di cui all'articolo 18 del d.lgs. 68/2012.

Ritenuto pertanto opportuno potenziare ulteriormente il diritto allo studio al fine di incentivare l'accesso dei giovani in condizioni economiche svantaggiate all'istruzione superiore.

IMPEGNA

LA GIUNTA REGIONALE

a valutare, mediante l'utilizzo di appositi studi sugli impatti di bilancio, la possibilità per il prossimo anno accademico di rivedere ulteriormente il livello ISEE e ISPE di accesso alla borsa

studio o un'integrazione maggiore della Borsa Servizi, alla luce del d.m. università e ricerca 174/2016;

ad attivarsi in Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ed in particolare all'interno della IX Commissione (Istruzione, Lavoro, Innovazione, Ricerca) della Conferenza delle Regioni, al fine di:

- evitare che la possibile revisione dei criteri di ripartizione del FIS (Fondo integrativo statale) penalizzi Regioni virtuose come la nostra ma anzi siano l'occasione per discutere di un miglioramento complessivo del sistema nazionale del DSU;
- mantenere la gestione delle borse studio in capo alle Aziende per il DSU, al fine di evitare una non proficua frammentazione delle risorse che si verificherebbe qualora la gestione passasse direttamente agli Atenei;
- riportare l'attenzione sulla discussione sui LEP (Livelli essenziali delle prestazioni), come previsto dal d.lgs. 68/2012 rendendoli lo strumento in grado di promuovere e garantire un sistema di welfare studentesco realmente inclusivo, dove si superi finalmente la figura dello studente idoneo non beneficiario, assicurando le borse di studio a tutti gli studenti aventi diritto, e superando le disparità esistenti sul territorio nazionale.

DIPENDENZE

DCR 17.5.16, n. 48 - Osservatorio regionale sul fenomeno della dipendenza da gioco. Designazione dei componenti di competenza del Consiglio regionale. (BUR n. 22 del 1.6.16)

Note

La legge regionale 18 ottobre 2013, n. 57 (Disposizioni per il gioco consapevole e per la prevenzione della ludopatia) e il regolamento emanato con decreto del Presidente della Giunta regionale 11 marzo 2015, n. 26/R (Regolamento di attuazione della legge regionale 18 ottobre 2013, n. 57 "Disposizioni per il gioco consapevole e la prevenzione della ludopatia") prevedono l'istituzione dell'Osservatorio regionale sul fenomeno della dipendenza da gioco, di seguito denominato Osservatorio, quale organo di consulenza permanente del Consiglio regionale e della Giunta regionale.

Vengono designati, al Presidente della Giunta regionale, quali componenti dell'Osservatorio regionale sul fenomeno della dipendenza da gioco:

- i consiglieri regionali Giovannetti Ilaria, Quartini Andrea e Spinelli Serena; nel rispetto della parità di genere, i signori Lombardo Chiara, Paoletti Umberto e Tani Franca quali esperti in materie attinenti alla dipendenza da gioco.

EDILIZIA

UMBRIA

DGR 9.5.16, n. 506 - Legge 9 dicembre 1998, n. 431 e succ. mod. ed integr. art. 11. L.R. 23/2003 e ss.mm.ii. Fondo Nazionale per l'accesso alle abitazioni in locazione. Ripartizione tra i Comuni delle risorse assegnate per l'anno 2015. (BUR n. 26 del 1.6.16)

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

L'articolo 11 della legge 431/98 e successive modifiche ed integrazioni ha istituito presso il Ministero dei lavori Pubblici il Fondo Nazionale per l'accesso alle abitazioni in locazione, finalizzato a sostenere economicamente i nuclei familiari che corrispondono canoni di locazione eccessivamente onerosi rispetto al reddito percepito.

I requisiti soggettivi dei potenziali beneficiari, nonché le modalità, le procedure ed i tempi a cui i Comuni devono attenersi per l'emanazione dei bandi e la predisposizione delle graduatorie sono

stati inizialmente disciplinati con deliberazione consiliare n. 755 del 20 dicembre 1999, in attuazione di quanto disposto dalla normativa nazionale.

Nel corso degli anni tuttavia l'evoluzione normativa ha comportato modifiche ed integrazioni sia alle procedure che ai requisiti dovute all'approvazione di nuove disposizioni sia nazionali che regionali.

In particolare con D.G.R. 39 del 19 gennaio 2009 in applicazione di quanto stabilito dalla legge n. 133 del 6 agosto 2008 è stata regolata la disciplina per l'accesso ai bandi dei cittadini extracomunitari, normativa in seguito modificata con D.G.R. 1106 del 7 ottobre 2013 in attuazione dell'art. 29 della L.R. 23/2003 e ss.mm.ii. e del regolamento regionale n.1 del 4 febbraio 2014.

La Regione, dall'anno di istituzione del Fondo Nazionale al 2005, ha assegnato i finanziamenti ai Comuni solo dopo l'approvazione, da parte degli stessi, delle graduatorie definitive degli aventi titolo.

Dall'anno 2006 si è proceduto ad effettuare una ripartizione preventiva in maniera che i Comuni potessero conoscere in tempi brevi l'entità del finanziamento concesso e conseguentemente il contributo da liquidare agli aventi diritto.

Per procedere in tal senso, sono stati individuati dei criteri che potessero rappresentare il più realisticamente possibile lo stato di disagio abitativo presente nella Regione.

I criteri prescelti sono i seguenti:

- a) rapporto tra la popolazione residente in ciascun comune con quella totale della regione;
- b) rapporto tra il numero delle abitazioni condotte in locazione in ciascun comune con il totale delle abitazioni del comune stesso;
- c) media del fabbisogno rilevato negli ultimi tre anni da ciascun Comune a seguito dei bandi emanati per l'assegnazione dei contributi di cui alla legge 431/98.

La tabella che segue illustra l'andamento finanziario delle risorse statali, regionali e comunali stanziati nel corso degli anni, dalla quale si evince la progressiva diminuzione delle risorse da destinare al fondo:

La drastica riduzione dell'impegno economico dello Stato ha indotto la Regione ad introdurre alcune modifiche alle procedure di assegnazione dei contributi.

In particolare, nel 2011, la Regione ha stabilito di limitare la platea dei beneficiari ammettendo a contributo esclusivamente i nuclei familiari in possesso di un reddito annuo uguale o inferiore alla somma di due minime INPS, circa € 12.000,00.

Negli anni 2012 e 2013 ha autorizzato alla emanazione dei bandi solo i Comuni che hanno cofinanziato il Fondo ed ha modificato i criteri di ripartizione tenendo conto esclusivamente della media del fabbisogno di ciascun Comune e dell'incidenza del cofinanziamento comunale sul fabbisogno medio del Comune stesso.

Dall'anno 2014, con la riassegnazione delle risorse statali, tutti i Comuni sono stati autorizzati ad emanare i bandi, indipendentemente dalla loro compartecipazione finanziaria e conseguentemente, si è ritenuto opportuno reintrodurre i criteri di ripartizione adottati fino al 2011.

Le risorse a disposizione per l'anno 2015 ammontano a complessivi € 2.290.921,18 di cui:

€ 1.956.356,18 assegnati dal Ministero delle Infrastrutture e Trasporti

€ 140.000,00 stanziati nel bilancio regionale;

€ 2.096.356,18 Totale

€ 194.565,00 cofinanziamento comunale

€ 2.290.921,18 Somme a disposizione

Dall'importo di € 2.096.356,18 viene detratta la premialità, pari ad $\frac{1}{2}$, da attribuire ai Comuni che hanno cofinanziato il Fondo per un ammontare complessivo di € 194.565,00 (Tabella D).

Detratta la premialità di € 97.282,50 l'importo da ripartire tra i comuni ammonta ad euro 1.999.073,68 sulla base dei criteri di cui alla Tabella E), di seguito descritti:

- a) alla percentuale della popolazione regionale residente in ciascun comune di cui alla Tabella A) viene attribuito un peso del 15%;

b) al rapporto tra il numero delle abitazioni condotte in locazione in ciascun Comune con il totale delle abitazioni del comune stesso, di cui alla Tabella B), viene attribuito un peso del 5%;

c) alla media del fabbisogno rilevato nel triennio 2012-2014, di cui alla Tabella C) viene attribuito un peso del 80% per valorizzare maggiormente i Comuni con un elevato fabbisogno.

Dalla somma dei valori pesati dei tre indici deriva un coefficiente per ciascun Comune, utilizzato per la ripartizione di cui alla tabella F) dalla quale risultano i contributi totali assegnati ai Comuni.

Dalla ripartizione sono stati esclusi i Comuni di Lisciano Niccone, Montone, Poggiodomo, Sant'Anatolia di Narco, Sellano, Scheggia e Pascelupo, Vallo di Nera, Lugnano in Teverina, Montefranco, Montegabbione e Polino in quanto alcuni non hanno ricevuto richieste di contributo ed altri non hanno pubblicato il bando.

Gli importi attribuiti verranno erogati ai Comuni solo dopo l'invio alla Regione del provvedimento di approvazione delle graduatorie definitive.

Anno emanazione bando

Riferimento anno assegnazione risorse

Stanziamiento statale Stanziamiento regionale Stanziamiento comunale

2000	1999	5.555.641,52	593.925,43	0,00
2001	2000	5.166.118,36	77.468,53	0,00
2002	2001	4.797.109,91	533.499,98	0,00
2003	2002	3.784.977,75	1.000.000,00	0,00
2004	2003	3.678.897,34	1.000.000,00	160.064,35
2005	2004	4.061.342,74	1.000.000,00	169.500,00
2006	2005	3.991.805,48	1.000.000,00	245.889,88
2007	2006	5.459.437,61	1.000.000,00	354.100,00
2008	2007	3.724.437,51	1.000.000,00	803.300,00
31/03/2009	2008	3.655.706,71	608.500,00	604.500,00
30/09/2009	2009	3.286.516,56	791.500,00	157.500,00
2010	2010	2.461.685,51	1.000.000,00	173.500,00
2011	2011	182.989,43	2.000.000,00	50.017,00
2012	-----	0,00	2.000.000,00	608.600,00
2013	-----	0,00	1.020.163,87	373.316,00
2014	2014	1.956.356,18	140.000,00	258.935,00
2015	2015	1.956.356,18	140.000,00	194.565,00

Qualora un Comune non dovesse rilevare alcun fabbisogno la somma assegnata verrà trattenuta dalla Regione.

In particolare, nel caso in cui l'importo complessivo a disposizione del Comune fosse superiore al fabbisogno la Regione liquiderà quale contributo esclusivamente l'importo necessario al raggiungimento del fabbisogno detratto il cofinanziamento comunale.

Di confermare quanto già stabilito con D.G.R. n. 883/2010 con la quale è stata ridotta ad € 50,00 la soglia minima per liquidare ai richiedenti i contributi ripartiti redistribuendo le somme così conseguite tra gli altri beneficiari collocati in graduatoria.

La gestione dei bandi per l'erogazione dei contributi del Fondo Nazionale per l'affitto si avvale della procedura informatizzata "Weberp", fornita dalla Regione ai Comuni per la predisposizione delle graduatorie.

ENTI LOCALI

Statuto della Città metropolitana di Bologna

PREAMBOLO

LA CITTÀ METROPOLITANA DI BOLOGNA

Ispirando

la propria azione ai principi della Costituzione della Repubblica, della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea e delle fonti dell'ordinamento internazionale in materia di diritti universali; condividendo la volontà di realizzare un nuovo sistema comune, di carattere federativo e solidale tra le comunità e i territori che la compongono, in grado di valorizzare in una visione condivisa le proprie caratteristiche e tradizioni in una nuova identità metropolitana;

allo scopo

- di perseguire un più avanzato livello di sostenibile sviluppo ambientale, economico e sociale, assicurando il contesto più idoneo per le migliori condizioni di vita delle persone e per lo svolgimento delle attività produttive, agevolando la fruibilità dei servizi e la mobilità nell'intero territorio metropolitano;

- di realizzare i requisiti istituzionali e sostanziali per svolgere una attiva funzione di propulsione e di snodo nell'ambito del territorio della Regione Emilia-Romagna; di sviluppare il proprio ruolo in ambito nazionale ed europeo;

nella consapevolezza

- dell'esigenza di conseguire, nel proprio ambito, una più efficace distribuzione delle funzioni, un'armonizzazione delle regole e una semplificazione delle attività amministrative che consentano tempi adeguati per decidere e realizzare infrastrutture e servizi indispensabili per l'attrattività e la qualità del nostro territorio;

- dell'importanza fondamentale, a questi scopi, di sviluppare la più ampia condivisione di obiettivi, progetti, azioni, mezzi;

- di adottare, dunque, forme innovative di cura degli interessi comuni, migliorando l'efficienza dell'azione pubblica, anche attraverso il coinvolgimento dei privati, razionalizzando l'uso delle risorse, in modo da coniugare efficienza e uso rigoroso delle risorse pubbliche;

- di adeguare, in definitiva, il modo di essere e di funzionare delle istituzioni del territorio alle domande poste dall'attuale fase e dalle prospettive future della vita del Paese, nonché dall'evoluzione delle realtà metropolitane europee;

a conclusione

- di un processo di lavoro comune che, negli ultimi venti anni, ha trovato un avvio con l'Accordo per la Città metropolitana del 14 febbraio 1994 e con l'istituzione volontaria della Conferenza metropolitana dei Sindaci;

- di una esperienza diffusa nella istituzione di una serie di soggetti associativi, dalle Unioni di Comuni al Circondario di Imola, delineando nell'intero territorio metropolitano una vera e propria intelaiatura istituzionale, quale base solida e funzionale per la realizzazione di una nuova fase, delle norme stabilite dalla Costituzione (artt. 114 e seguenti) e dalla legge 7 2 aprile 2014, n. 56;

- della sottoscrizione del Patto per il Piano strategico metropolitano del 9 luglio 2013, conclusivo del percorso volontario, partecipato e condiviso col quale sono stati concertati con le organizzazioni sociali ed economiche del territorio programmi e progetti;

in riferimento

alle disposizioni dello Statuto della Regione Emilia-Romagna che, tra l'altro, chiamano la Città metropolitana a concorrere all'attività regionale legislativa, amministrativa e di programmazione (art. 8) e impegnano l'Assemblea legislativa ad individuare le funzioni della Città metropolitana (art. 26);

approva il seguente Statuto

Titolo I

Principi generali

Art. 1

La Città metropolitana di Bologna

1. La Città metropolitana di Bologna è ente territoriale di area vasta dotato di autonomia normativa, amministrativa e finanziaria secondo i principi fissati dalla Costituzione, dalle leggi e dal presente Statuto.

2. La Città metropolitana è ente costitutivo della Repubblica ai sensi dell'articolo 114 della Costituzione e rappresenta il territorio e le comunità che la integrano, curandone gli interessi e promuovendone lo sviluppo civile, sociale, culturale ed economico.
3. Coordina, nel rispetto delle reciproche autonomie, l'attività dei Comuni singoli o associati del suo territorio, in conformità ai principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza, valorizzando prioritariamente il ruolo delle Unioni e promuovendo la fusione di Comuni.
4. Considera le diversità territoriali come un valore per la definizione delle politiche di area vasta, con particolare riferimento alle caratteristiche e alle esigenze dei territori montani.
5. Assicura piena e leale collaborazione con gli enti locali territoriali, la Regione e lo Stato, evitando inutili sovrapposizioni di apparati e funzioni.
6. Promuove il principio di partecipazione dei cittadini e dei residenti, sia come singoli, sia in forma associata, anche al fine di valorizzarne i saperi e le risorse. Garantisce la massima trasparenza della sua attività amministrativa. Informa la propria azione ai principi di imparzialità, equità, efficienza ed efficacia.
7. Assicura il pieno rispetto, formale e sostanziale, dei diritti e dei doveri dei cittadini e di chi vive, lavora o studia nel suo territorio, senza distinzione di sesso, religione, etnia, lingua, opinioni politiche, condizioni personali e sociali.
8. Promuove il confronto delle culture e l'integrazione delle persone provenienti da altri stati, che riconoscono i valori della Costituzione e partecipano allo sviluppo economico e sociale della comunità metropolitana.

Art. 2

Territorio

1. Il territorio della Città metropolitana coincide col territorio dei Comuni che, sulla base della legge statale e della Costituzione, sono in essa ricompresi.
2. Le variazioni del suo territorio hanno luogo nel rispetto di quanto previsto dall'art. 133, comma 1 della Costituzione e dalla legge statale.
3. La Città metropolitana di Bologna ha un proprio stemma e gonfalone, stabiliti con le stesse modalità previste per l'approvazione di modifiche Statutarie.

Art.3

Sussidiarietà orizzontale

1. La Città metropolitana ispira la propria azione al principio di sussidiarietà orizzontale e di collaborazione con le istanze sociali ed economiche nell'area metropolitana, favorendo lo sviluppo sostenibile e la diffusione dell'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale e di cura dei beni comuni.
2. La Città metropolitana promuove e riconosce il ruolo del volontariato, come elemento di valorizzazione della persona, di partecipazione democratica e di coesione sociale.

Art.4

Semplificazione

1. Nell'ambito di una politica unitaria di innovazione e semplificazione, la Città metropolitana ispira la propria azione al miglioramento della qualità della vita delle persone, delle famiglie e della comunità così come delle condizioni dell'attività delle imprese e del terzo settore. A tale fine, adotta iniziative mirate alla progressiva riduzione delle procedure e degli adempimenti, degli oneri amministrativi e dei costi anche in termini di tempo, eliminando sovrapposizioni e duplicazioni.
2. L'azione sarà incentrata in particolar modo sull'accesso ai servizi, sulle politiche fiscali, sulle procedure in materie di attività produttive, sul governo del territorio e sulla tutela dell'ambiente anche in collaborazione con la Regione e gli altri enti pubblici interessati, finalizzate al miglioramento del rapporto tra amministrazione pubblica e cittadino secondo principi di equità, trasparenza, correttezza, efficienza e tempestività.
3. La Città metropolitana garantisce alle attività produttive, per tutte le pratiche di loro interesse, sportelli unici direttamente o tramite Unioni di Comuni.

Art. 5

Armonizzazione

1. La Città metropolitana persegue l'armonizzazione delle regole relative, in particolare, all'accesso ai servizi alla persona, alle politiche sociali, nonché fiscali e tariffarie, oltre alle attività produttive, al governo del territorio e alla tutela dell'ambiente.
2. La Città metropolitana persegue criteri di qualità della regolazione, tendendo ad estenderne l'applicazione alle Unioni ed ai Comuni che ne fanno parte.

Art. 6

Pari opportunità

1. La Città metropolitana, persegue la realizzazione delle pari opportunità, tra le persone, agendo contro ogni discriminazione, operando in particolare mediante azioni di contrasto alla povertà e favorendo l'accesso al lavoro, all'istruzione e ai servizi socio-sanitari nonché la partecipazione allo sviluppo economico e ai processi decisionali.
2. La Città metropolitana, riconoscendo che la parità tra donne e uomini è un diritto fondamentale, stabilito dal Trattato sull'Unione europea e dalla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, si impegna, secondo le leggi vigenti, anche di carattere regionale, ad assicurare la presenza di entrambi i sessi in tutti gli organi e le strutture organizzative collegiali, ivi compresi quelli degli enti, aziende e istituzioni alle quali partecipa in via maggioritaria o che da essa dipendono.

Art. 7

Rapporti europei e internazionali

1. La Città metropolitana di Bologna persegue, nello svolgimento del proprio ruolo e nell'esercizio delle proprie funzioni, l'obiettivo di concorrere al processo di integrazione europea.
2. A tal fine promuove e assicura rapporti di collaborazione e cooperazione con le altre Aree metropolitane europee e altri enti territoriali degli Stati dell'Unione, promuovendo forme di coordinamento e di associazione tra le Città e le aree metropolitane dell'Unione.
3. La Città metropolitana, considerando suo compito favorire la collaborazione e l'integrazione economica e culturale con gli altri popoli, concorre alla costruzione di reti di relazioni con le altre Città e aree metropolitane del mondo, anche mediante la partecipazione a forme di coordinamento.

Titolo II

Partecipazione popolare e trasparenza amministrativa

Art. 8

Partecipazione

1. La partecipazione si svolge in via primaria presso i Comuni del territorio metropolitano, quali soggetti di prossimità a diretto contatto con i cittadini.
2. La Città metropolitana sostiene e valorizza gli strumenti di partecipazione attivati dai Comuni, nei termini previsti dalla legge e dai rispettivi statuti.
3. E' compito degli organi metropolitani assicurare il collegamento tra le esperienze di partecipazione comunali e i processi decisionali della Città metropolitana, anche mediante la considerazione delle priorità emerse nei territori nell'ambito della pianificazione strategica.
4. Un apposito regolamento disciplina le forme di consultazione e partecipazione della popolazione nella elaborazione delle politiche e nella verifica della loro attuazione. A tal fine si possono adottare anche modalità semplificate e informatiche.

Disciplina, inoltre, nel rispetto dei requisiti e delle modalità procedurali stabiliti dalla legge statale, la consultazione popolare tramite referendum su questioni di esclusiva competenza della Città metropolitana.

5. La Città metropolitana opera secondo un metodo di confronto con gli enti locali, le forme associative, le organizzazioni rappresentative delle categorie produttive e le organizzazioni sindacali presenti sul territorio metropolitano. In particolare, specifiche forme di confronto collaborativo sono adottate, nei modi previsti dal regolamento, nei procedimenti di elaborazione del piano strategico metropolitano e del piano territoriale generale.
6. Il regolamento disciplina le ipotesi e le modalità di eventuale ricorso a dibattito pubblico per la realizzazione di opere pubbliche strategiche.

7. I cittadini, singoli o associati, possono presentare agli organi della Città metropolitana istanze, petizioni o proposte dirette a promuovere interventi per la migliore tutela degli interessi della comunità metropolitana, secondo le modalità previste dal regolamento di cui al precedente comma.

8. La Città metropolitana assicura le funzioni di difesa civica dei cittadini mediante convenzione con la Regione Emilia-Romagna, promuovendo l'adesione anche delle Unioni e dei Comuni.

Art. 9

Trasparenza e legalità

1. La Città metropolitana riconosce la trasparenza quale principio fondamentale della propria attività amministrativa.

2. La Città metropolitana assicura, anche attraverso il proprio sito internet istituzionale, i diritti dei cittadini alla trasparenza e alla conoscibilità dei documenti e delle informazioni in suo possesso.

3. La Città metropolitana assicura l'accesso ai documenti amministrativi da parte degli interessati e la partecipazione dei cittadini al procedimento amministrativo, nei termini e secondo le modalità stabiliti dalla legge.

4. La Città metropolitana, anche nelle relazioni con soggetti privati, garantisce prassi volte a prevenire e contrastare ogni fenomeno di mala amministrazione; sostiene la cultura della legalità; promuove azioni volte ad evitare ogni forma di irregolarità negli appalti, nel lavoro e nell'adempimento dei doveri fiscali.

Art. 10

Attività di comunicazione

1. La Città metropolitana assicura la più adeguata informazione sulle proprie attività e l'accesso ai suoi uffici, servizi e prestazioni.

2. Nella propria attività di informazione, la Città metropolitana adegua i mezzi adottati e le modalità comunicative anche in forme differenziate, tenendo conto dei destinatari e delle caratteristiche specifiche delle sue diverse aree territoriali.

3. Nel promuovere la propria attività comunicativa, la Città metropolitana assicura il coordinamento e il coinvolgimento dei comuni singoli e associati.

Art. 11

Cittadinanza digitale

1. Tutti i cittadini hanno eguale diritto di accedere alla rete internet, in condizione di parità, con modalità tecnologicamente adeguate e che rimuovano ogni ostacolo di ordine economico, sociale e territoriale. La Città metropolitana si impegna a sviluppare progettualità adeguate per garantire l'esercizio di tale diritto.

2. I dati prodotti dalla Città metropolitana di Bologna sono resi universalmente disponibili sotto forma di dati aperti (Open data).

3. La Città metropolitana si impegna ad utilizzare prioritariamente software liberi o a codice sorgente aperto (Open source).

4. La Città metropolitana, al fine di organizzare la diffusione di procedure informatiche omogenee e condivise tra i territori che la compongono, promuove e coordina i sistemi di informatizzazione e digitalizzazione in ambito metropolitano.

5. La Città metropolitana agli scopi sopra descritti assicura un ampio ricorso a forme di consultazione e modalità di partecipazione in rete, promuovendo l'elaborazione e lo sviluppo delle forme di democrazia digitale.

Titolo III

Ruolo e funzioni della Città metropolitana

Art. 12

Pianificazione strategica

1. Il Consiglio metropolitano, sulla base di un parere della Conferenza metropolitana espresso secondo la procedura prevista dall'articolo 31 comma 5 del presente Statuto, approva e aggiorna annualmente il piano strategico metropolitano triennale, quale atto di indirizzo per l'ente e per l'esercizio delle funzioni dei Comuni e delle Unioni di Comuni compresi nel territorio dell'area

metropolitana, anche, e con particolare riferimento, all'esercizio di funzioni delegate o attribuite dalla Regione. Nel piano strategico si definiscono gli obiettivi generali, settoriali e trasversali di sviluppo nel medio e lungo termine per l'area metropolitana, individuando le priorità di intervento, le risorse necessarie al loro perseguimento e il metodo di attuazione.

2. L'adozione e la revisione del Piano strategico si ispirano al principio di trasparenza e al metodo della partecipazione ai sensi dell'art. 8, comma 5.

3. L'attività della Città metropolitana, così come quella delle Unioni e dei Comuni compresi nel suo territorio, per quanto riguarda le attività previste nel piano strategico metropolitano, è oggetto di azioni periodiche di monitoraggio e di valutazione in relazione agli obiettivi determinati nel piano strategico.

4. In relazione ai cambiamenti intervenuti e ai risultati conseguiti, il Sindaco metropolitano sottopone al Consiglio metropolitano le proposte di revisione e adeguamento del Piano strategico.

Art. 13

Ambiente e governo del territorio

1. La Città metropolitana opera per aumentare la resilienza della propria area nei confronti di circostanze critiche e cambiamenti che svolgono effetti negativi in relazione al territorio e all'ambiente. A tale scopo predispone idonei strumenti di monitoraggio.

2. La Città metropolitana persegue politiche ambientalmente sostenibili al fine di salvaguardare i limiti di sicurezza che non devono essere superati dallo sviluppo delle attività economiche e umane.

3. La Città metropolitana, cura la migliore tutela e valorizzazione delle risorse ambientali, naturali e paesaggistiche, come beni primari della collettività e delle generazioni future; persegue l'obiettivo dell'azzeramento del saldo del consumo di suolo anche favorendo metodi e sistemi di perequazione territoriale, nei termini stabiliti dal Piano territoriale generale metropolitano; promuove politiche di riqualificazione edilizia e rigenerazione urbana; promuove il risparmio energetico in ogni sua forma. Per l'attuazione di tali obiettivi promuove accordi con i Comuni e con le Unioni.

4. La Città metropolitana esercita funzioni di pianificazione territoriale, primariamente approvando il Piano territoriale generale metropolitano, che - in coerenza con gli indirizzi del Piano strategico - comprende la programmazione ed il coordinamento della mobilità, le strutture di comunicazione, le reti di servizi e delle infrastrutture di competenza della comunità metropolitana, le politiche ambientali sostenibili e di sviluppo insediativo e di edilizia sociale, l'individuazione, lo sviluppo e l'attuazione dei poli funzionali e industriali metropolitani, nonché tutti i contenuti assegnati ai Piani territoriali di coordinamento di competenza delle Province. In tali ambiti, il Piano territoriale generale ricomprende e sostituisce, in forma unitaria, i Piani di settore, in conformità con la normativa statale e regionale vigente. Il Piano territoriale fissa vincoli e obiettivi all'attività e all'esercizio delle funzioni dei Comuni compresi nel territorio metropolitano; nel rispetto di quanto previsto dalla legge, include contenuti strutturali dei Piani comunali e costituisce il quadro di riferimento per gli strumenti urbanistici comunali.

5. La partecipazione dei Comuni al procedimento di formazione del piano territoriale generale è disciplinata dal regolamento.

6. Ai sensi dell'art. 5 del presente Statuto, la Città metropolitana persegue la migliore omogeneità e integrazione delle normative edilizie locali, tendendo alla massima armonizzazione dei regolamenti urbanistici ed edilizi per l'intera area metropolitana.

7. La Città metropolitana, negli atti di pianificazione e programmazione di propria competenza, persegue l'equità territoriale nella distribuzione delle risorse e delle opportunità nell'intero territorio metropolitano.

Art. 14

Sviluppo economico, attività produttive e lavoro

1. La Città metropolitana, allo scopo di perseguire la realizzazione delle condizioni strutturali e funzionali più favorevoli ad uno sviluppo economico sostenibile attento all'economia verde, equo e finalizzato alla piena occupazione e particolarmente all'insediamento, alla crescita e alla riconversione delle imprese e delle attività produttive nell'area metropolitana, promuove e assicura

sostegno all'attività economica, di ricerca e innovazione e alla creazione di impresa, in materia di industria, commercio, artigianato, cooperazione, politiche agricole e sviluppo rurale, servizi e risorse turistiche, forme di economia sociale in coerenza con il piano strategico metropolitano.

2. La Città metropolitana, coordina lo svolgimento delle proprie funzioni in materia di sviluppo economico e del lavoro, con le politiche attive del lavoro e della formazione di competenza delle Unioni, dei Comuni e di altre istituzioni, al fine di valorizzare il capitale umano, la migliore occupazione e la conoscenza, anche promuovendo nuove relazioni industriali ed istituzionali, con particolare attenzione alle misure di welfare e di conciliazione dei tempi di vita.

3. La Città metropolitana si impegna a facilitare il rapporto fra Pubblica Amministrazione e sistema produttivo, semplificando le procedure e tutelando il diritto all'esercizio dell'attività economica unitamente al benessere dei cittadini.

Art. 15

Sviluppo sociale, scuola e Università

1. La Città metropolitana promuove e coordina le politiche sociali ed abitative nelle diverse parti del territorio metropolitano secondo principi di equità, con particolare riferimento alle condizioni di accesso e fruizione dei servizi.

2. La Città metropolitana si impegna a promuovere politiche in grado di favorire la coesione e l'inclusione sociale con particolare attenzione alla lotta alla povertà.

A questo scopo favorisce il coordinamento e l'integrazione fra servizi sociali e sanitari, con particolare riferimento alle categorie più fragili della popolazione.

3. La Città metropolitana individua nella qualità del sistema educativo scolastico e nella educazione permanente i fattori fondamentali di sviluppo sociale, culturale e professionale dei cittadini e opera, attraverso il sistema integrato, nell'ambito delle attribuzioni che le sono conferite, al fine di assicurare le condizioni più adeguate ed efficaci per lo svolgimento delle funzioni di istruzione e formazione.

4. Al fine di attivare politiche di sviluppo basate sulla conoscenza, sul trasferimento tecnologico e sull'innovazione, la Città metropolitana promuove la ricerca e la formazione in particolare attraverso la collaborazione con l'Università di Bologna e gli altri enti di ricerca valorizzando il ruolo e le potenzialità nel contesto economico e sociale del territorio.

5. La Città metropolitana individua, in collaborazione con l'Università di Bologna, le migliori condizioni per la distribuzione territoriale, le infrastrutture necessarie e la prestazione di adeguati servizi agli studenti.

6. La Città metropolitana programma il patrimonio edilizio delle scuole secondarie di secondo grado e ne cura la manutenzione direttamente o mediante convenzioni con le Unioni o con i Comuni.

Art. 16

Cultura e turismo

1. La Città metropolitana valorizza le attività e il patrimonio culturale pubblico e privato.

2. Promuove, nel rispetto dell'autonomia dei diversi soggetti, le attività culturali e creative, anche come filiere di sviluppo e di occupazione.

3. Attiva politiche di promozione turistica, anche in collaborazione con gli altri livelli istituzionali nonché con gli operatori privati.

Articolo 17

Mobilità e viabilità

1. La Città metropolitana promuove politiche di mobilità sostenibile attraverso le proprie funzioni di pianificazione e di coordinamento strategico di area vasta; in particolare promuove lo sviluppo e la piena attuazione del Servizio Ferroviario Metropolitano assunto come struttura portante dell'intero sistema della mobilità metropolitana e del trasporto pubblico locale integrato. Persegue la realizzazione di un unico bacino di programmazione, progettazione e gestione unitaria dei servizi pubblici di trasporto su gomma e su ferro. Attua politiche tese a rendere maggiormente competitivo il trasporto pubblico rispetto a quello privato.

2. La Città metropolitana è proprietaria della rete metropolitana della viabilità stradale che garantisce i principali collegamenti sovra comunali; ne gestisce la manutenzione e lo sviluppo, perseguendo in particolare l'obiettivo del miglioramento della sicurezza stradale; può definire con le Unioni e i Comuni programmi e servizi associati di manutenzione della rete viaria di rispettiva competenza.

Art. 18

Servizi per i Comuni e le Unioni

1. La Città metropolitana presta servizi e promuove attività a favore dei Comuni e delle Unioni d'intesa con questi. In particolare esercita le funzioni di centrale unica di committenza nonché di stazione appaltante e di vigilanza sulla fase di esecuzione dei contratti.

Titolo IV

Comuni e Unioni nel sistema metropolitano

Art. 19

Esercizio delle funzioni

1. Il Comune capoluogo e le Unioni comunali rappresentano il riferimento prioritario per l'articolazione territoriale delle politiche e azioni della Città metropolitana.

2. Il Consiglio metropolitano, su proposta del Sindaco, sentita la Conferenza metropolitana, può delegare funzioni della Città metropolitana alle Unioni comunali ed al Comune capoluogo, in applicazione dei principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza. Le funzioni sono delegate agli altri Comuni solo ove, per ragioni di natura tecnica o economica, non sia possibile dare priorità alle Unioni. Qualora Comuni o Unioni intendano conferire funzioni alla Città metropolitana, il Consiglio metropolitano, sentita la Conferenza metropolitana, può assumerne l'esercizio. A tale scopo il Consiglio metropolitano può elaborare una proposta organica.

3. La deliberazione di conferimento di funzioni dispone il contestuale trasferimento di risorse umane, finanziarie e strumentali necessarie per farvi fronte.

4. All'attuazione della deliberazione consiliare di attribuzione di funzioni si provvede mediante convenzione tra la Città metropolitana e i Comuni o le Unioni di Comuni interessati. La convenzione precisa, tra l'altro, la durata del conferimento delle funzioni e le forme di esercizio delle attività di coordinamento e vigilanza di competenza della Città metropolitana.

5. Del contenuto delle deliberazioni e delle convenzioni attuative è in ogni caso data preventiva informazione alla Conferenza metropolitana.

Art. 20

Forme di collaborazione tra Città metropolitana e Comuni

1. Secondo il procedimento previsto nell'articolo precedente, le Unioni e i Comuni possono delegare funzioni alla Città metropolitana. La Città metropolitana può stipulare accordi, convenzioni e altre forme di cooperazione e collaborazione con i Comuni dell'area metropolitana o le loro Unioni ai fini della organizzazione e gestione comune di servizi e funzioni, o per la realizzazione di opere pubbliche di comune interesse.

2. Per lo svolgimento di funzioni, servizi o specifiche attività, Comuni e Unioni possono avvalersi degli uffici della Città metropolitana ovvero la Città metropolitana può avvalersi degli uffici di Comuni o Unioni, in base a convenzioni che definiscono obiettivi, modalità, durata dell'avvalimento, disciplinando i rapporti finanziari tra le amministrazioni coinvolte.

3. La Città metropolitana può stipulare convenzioni con Comuni e Unioni dei Comuni per la organizzazione di uffici condivisi per lo svolgimento di funzioni, servizi o specifiche attività, individuando l'amministrazione presso la quale opererà l'ufficio e definendo gli aspetti organizzativi, funzionali e finanziari.

4. Per l'attuazione di quanto previsto dagli articoli 4, 5 e 11, la Città metropolitana, nell'ambito delle proprie funzioni istituzionali, promuove specifiche forme di collaborazione con Unioni e Comuni, in materia di innovazione istituzionale, semplificazione amministrativa e armonizzazione dei regolamenti, mediante il più ampio utilizzo delle tecnologie informatiche, assicurando assistenza e coordinamento agli enti interessati nello svolgimento delle attività di supporto ai diversi processi.

Art. 21

Cooperazione metropolitana in materia di gestione e valorizzazione delle risorse umane

1. La Città metropolitana promuove la cooperazione tra le amministrazioni locali del territorio metropolitano per ottimizzare l'efficienza dei rispettivi uffici e servizi secondo criteri di efficacia, economicità, trasparenza, semplificazione e valorizzazione delle professionalità di dirigenti e dipendenti.

2. In particolare, la Città metropolitana, nell'interesse dei Comuni e delle Unioni di Comuni che aderiscano a specifiche convenzioni, può provvedere:

- a) al reclutamento, alla formazione e all'aggiornamento professionale di dirigenti e dipendenti;
- b) agli adempimenti relativi alla gestione dei rapporti di lavoro;
- c) all'organizzazione e al funzionamento dell'ufficio per i procedimenti disciplinari;
- d) all'assistenza legale in materia di lavoro alle dipendenze della pubblica amministrazione.

3. La Città metropolitana promuove lo sviluppo coordinato e omogeneo della contrattazione collettiva decentrata integrativa di livello territoriale metropolitano e, a tale fine, può prestare assistenza tecnico-amministrativa ai Comuni e alle Unioni di Comuni in materia di relazioni sindacali, tendendo ad una contrattazione territoriale.

Art. 22

Cooperazione in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza

1. La Città metropolitana promuove la migliore attuazione delle politiche e delle discipline in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza al fine di assicurare l'esercizio coordinato e omogeneo delle attività in cui queste si sviluppano a livello territoriale metropolitano. In particolare, nell'interesse dei Comuni e delle Unioni di Comuni che aderiscano a specifiche convenzioni, può curare l'elaborazione di piani comuni, l'elaborazione del codice di comportamento, l'organizzazione e il funzionamento dell'ufficio per i procedimenti disciplinari.

2. La Città metropolitana può rendere assistenza tecnico-amministrativa ai Comuni e alle Unioni di Comuni per gli adempimenti in materia di protezione dei dati personali, sensibili e giudiziari.

3. La Città metropolitana promuove il coordinamento degli organismi indipendenti di valutazione e degli analoghi organismi previsti negli ordinamenti dei Comuni e delle Unioni di Comuni per favorire lo scambio di esperienze e il miglioramento delle rispettive attività in coerenza con le indicazioni delle Autorità indipendenti individuate dalla legge competenti per materia.

Art. 23

Accordi con enti locali esterni alla Città metropolitana

1. La Città metropolitana promuove modelli ottimali per la gestione integrata di servizi pubblici di comune interesse o forme di coordinamento tra le rispettive attività, prevedendo anche, ove la natura del servizio o delle prestazioni lo consentano, il reciproco avvalimento di uffici, o forme di delega finalizzate a massimizzare l'economicità, l'efficienza e l'efficacia dei servizi. A tale scopo può stipulare accordi e convenzioni con Comuni, singoli o associati e anche con altri enti esterni al territorio metropolitano.

2. Gli accordi e le convenzioni di cui al precedente comma sono approvati dal Consiglio metropolitano a maggioranza assoluta, su proposta del Sindaco.

3. Agli accordi tra la Città metropolitana e soggetti esterni al suo territorio possono partecipare anche Comuni singoli o associati interni alla Città metropolitana.

Art. 24

Vigilanza e controllo sull'attuazione di accordi

1. Le attività di vigilanza del Sindaco metropolitano sull'attuazione degli accordi e delle intese sottoscritti con Comuni e Unioni di Comuni sono svolte mediante la facoltà dei consiglieri metropolitani di accedere agli atti, ai documenti e alle strutture organizzative relative all'oggetto dei medesimi accordi e intese, secondo il principio di competenza ripartita tra organi politico-amministrativi e organi tecnico-gestionali.

2. Il Sindaco metropolitano presenta annualmente al Consiglio una relazione sullo stato di attuazione e sul funzionamento degli accordi e delle altre forme di collaborazione cui partecipa la Città metropolitana.

Titolo V

Organi della Città metropolitana

Art. 25

Organi della Città metropolitana

1. Sono organi della Città metropolitana:

- a) il Consiglio metropolitano;
- b) la Conferenza metropolitana;
- c) il Sindaco metropolitano.

Il Sindaco metropolitano e i Consiglieri delegati si avvalgono di una struttura interna di supporto. Il Consiglio e la Conferenza metropolitana si avvalgono di un'unica struttura interna.

2. Il Sindaco e i consiglieri metropolitani rappresentano l'intera comunità metropolitana.

Capo I

Il Consiglio metropolitano

Art. 26

Funzionamento del Consiglio

1. L'elezione del Consiglio metropolitano, la sua durata in carica, il numero dei componenti e la loro posizione giuridica sono disciplinati dalla legge dello Stato.

2. Il Consiglio è dotato di autonomia funzionale e organizzativa.

3. Il funzionamento del Consiglio, nel quadro dei principi stabiliti dallo Statuto, è disciplinato dal regolamento, approvato a maggioranza assoluta dei suoi componenti. Il regolamento indica anche le modalità per la convocazione e per la presentazione e discussione delle proposte. Indica il numero dei consiglieri necessario per la validità delle sedute, prevedendo che in ogni caso debba esservi la presenza di almeno un terzo dei consiglieri assegnati, senza computare a tal fine il Sindaco metropolitano. Il regolamento disciplina le forme di garanzia e di partecipazione assicurate a tutti i consiglieri.

4. Il regolamento può prevedere l'istituzione di una o più Commissioni. Disciplina, altresì, la gestione delle risorse assegnate al Consiglio per il suo funzionamento.

5. Il Consiglio è presieduto dal Sindaco metropolitano che lo convoca e ne fissa l'ordine del giorno.

6. Le sedute del Consiglio sono pubbliche, salvo i casi in cui il regolamento consiliare ne preveda la segretezza. In linea di massima, esse devono essere convocate con modalità che non comportino l'impossibilità per i consiglieri di adempiere le loro funzioni quali consiglieri metropolitani e sindaci o consiglieri dei comuni di appartenenza.

7. All'attività del Consiglio, per quanto non previsto dal presente Statuto e dal regolamento, si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni di legge previste per i Consigli comunali.

Art. 27

Attribuzioni del Consiglio metropolitano

1. Il Consiglio metropolitano è organo con funzioni normative e deliberative, nonché di indirizzo, programmazione e controllo sull'attività politico-amministrativa della Città metropolitana.

2. Spettano al Consiglio metropolitano le seguenti competenze:

- a) deliberare gli atti fondamentali che la legge riserva alla competenza dei Consigli comunali, con particolare riferimento a regolamenti, piani e programmi;
- b) proporre alla Conferenza metropolitana lo Statuto e le sue modifiche;
- c) approvare gli atti di organizzazione dei servizi pubblici di ambito metropolitano;
- d) adotta, su proposta del sindaco metropolitano, gli schemi di bilancio da sottoporre al parere della Conferenza metropolitana e approvare le variazioni agli stanziamenti di competenza delle missioni e dei programmi;
- e) approvare l'adesione e la partecipazione a istituti, associazioni e altre organizzazioni pubbliche e private, nonché il relativo recesso;

- f) deliberare i criteri per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;
- g) definire le delimitazioni territoriali e le perimetrazioni di competenza della Città metropolitana;
- h) adottare ogni atto che sia sottoposto dal Sindaco metropolitano;
- i) esercitare le altre funzioni a esso attribuite dallo statuto.

3. Il Consiglio si esprime, con proprio parere motivato, sulle dichiarazioni e sulle linee programmatiche presentate dal Sindaco e sugli eventuali adeguamenti successivi.

Art. 28

I Consiglieri metropolitani

1. Ogni Consigliere metropolitano rappresenta la comunità metropolitana, esercita le sue funzioni senza vincolo di mandato con piena libertà di opinione e di voto e esercita le attività politico-amministrative connesse all'espletamento del proprio mandato.

2. I Consiglieri hanno il dovere di esercitare con lealtà le loro funzioni e di partecipare a tutte le sedute del Consiglio metropolitano e alle Commissioni cui siano assegnati, salvo motivato impedimento.

Art. 29

Diritti dei Consiglieri

1. I Consiglieri metropolitani hanno diritto di presentare proposte di deliberazione o di atto d'indirizzo nelle materie di competenza del Consiglio, salvo quelle riservate al potere di proposta del Sindaco, e hanno diritto, secondo quanto stabilito dal regolamento del Consiglio, di intervenire e presentare emendamenti sia nel corso dell'esame nelle Commissioni di cui fanno parte che nell'ambito delle sedute consiliari.

2. I Consiglieri metropolitani hanno diritto di ottenere dagli uffici e dalle istituzioni metropolitane, nonché dagli enti partecipati, tutte le informazioni utili all'espletamento del mandato. Sono tenuti al segreto nei casi previsti dalle leggi.

3. Sulla base di accordi di reciprocità stipulati tra la Città metropolitana e i Comuni appartenenti al suo territorio, i Consiglieri metropolitani hanno analogo diritto nei confronti degli uffici e delle istituzioni dei comuni dell'area metropolitana, limitatamente alle informazioni utili all'espletamento del loro mandato. Di analogo diritto godono i Consiglieri dei Comuni ricompresi nell'area rispetto agli uffici e alle istituzioni della Città metropolitana.

4. Gli accordi di reciprocità fra Città metropolitana e Comuni individuano il soggetto chiamato a valutare la rispondenza delle richieste presentate alle funzioni istituzionali ricoperte dal richiedente e ne stabiliscono le modalità d'esercizio.

Art. 30

Decadenza dalla carica di Consigliere per assenze ingiustificate

1. La decadenza per mancata partecipazione alle sedute consiliari, in assenza di idonee e valide cause giustificative, comunicate per iscritto anche in forma elettronica alla Segreteria generale entro la fine di ogni seduta, può essere promossa d'ufficio dal Sindaco metropolitano, da ciascun Consigliere e da chiunque altro vi abbia interesse.

2. La decadenza è dichiarata dal Consiglio, con deliberazione adottata a maggioranza dei tre quarti dei Consiglieri assegnati, compreso il Sindaco.

3. Sono considerate, a mero titolo esemplificativo, cause giustificative, della mancata partecipazione alle sedute consiliari quelle riconducibili a malattia, a motivi familiari, a impegni lavorativi, professionali, istituzionali, partitici e sindacali dei Consiglieri interessati.

4. Il procedimento di decadenza è avviato dal Sindaco metropolitano per la mancata partecipazione a tre sedute consecutive ovvero per intero alle apposite sessioni dedicate all'approvazione del bilancio di previsione e del rendiconto di gestione.

5. Al Consigliere sono contestate le assenze ingiustificate e assegnato un termine non inferiore a dieci giorni per fornire giustificazioni; il Sindaco informa il Consiglio medesimo dell'avvenuto avvio del procedimento di decadenza nella prima seduta utile.

6. Qualora il Consiglio non ritenga giustificate e documentate le cause addotte dai Consiglieri, nei dieci giorni successivi formula richiamo formale con la maggioranza di cui al precedente comma 2; in caso di ulteriore assenza, sempre ingiustificata, li dichiara decaduti nel rispetto della procedura e dei tempi stabiliti nei commi precedenti.

Capo II

Art. 31

La Conferenza metropolitana

1. La Conferenza metropolitana è l'organo collegiale composto da tutti i Sindaci dei Comuni compresi nella Città metropolitana, con poteri propositivi, consultivi nonché deliberativi in relazione alla approvazione dello Statuto e delle modifiche statutarie, ai sensi dell'art. 1, commi 8 e 9, della legge n. 56/2014.

1bis. I Sindaci dei Comuni compresi nella Città metropolitana possono delegare la propria partecipazione alle sedute della Conferenza metropolitana agli Assessori e ai Consiglieri del proprio Comune o ad altri Sindaci dei Comuni facenti parte della stessa Unione.

2. La Conferenza metropolitana svolge funzioni consultive in relazione ad ogni oggetto di interesse della Città metropolitana, su richiesta del Sindaco o del Consiglio metropolitano.

3. La Conferenza è convocata e presieduta dal Sindaco metropolitano che ne fissa l'ordine del giorno. Il Sindaco è tenuto a convocare la Conferenza, in un termine non superiore a venti giorni, quando lo richieda un quinto dei sindaci, inserendo all'ordine del giorno la questione richiesta. In caso di assenza o impedimento del Sindaco metropolitano, al fine di assicurare la continuità dell'attività e la funzionalità dell'organo, il Sindaco delega la conduzione dei lavori al Vice Sindaco metropolitano, ad altro Sindaco di un Comune dell'area metropolitana con la maggiore popolazione disponibile o ad un Consigliere metropolitano.

4. La Conferenza approva il regolamento per disciplinare il proprio funzionamento, potendo prevedere la costituzione di Commissioni permanenti o istituite per l'esame di specifiche questioni.

5. La Conferenza metropolitana esprime parere non vincolante in merito al Piano strategico metropolitano ai sensi dell'articolo 12 comma 1 e al Piano territoriale generale di cui all'articolo 13 comma 4.

6. La Conferenza metropolitana delibera con i voti che rappresentino almeno un terzo dei Comuni compresi nella Città metropolitana e la maggioranza della popolazione complessivamente residente.

Art. 32

Ufficio di Presidenza della Conferenza metropolitana

1. L'Ufficio di Presidenza ha il compito di raccordare con le Unioni di Comuni le politiche e le azioni della Città metropolitana, nonché di istruire i lavori della Conferenza metropolitana. L'Ufficio è composto dal Sindaco metropolitano e dai Presidenti delle Unioni.

2. L'Ufficio di Presidenza è convocato dal Sindaco metropolitano per discutere dei seguenti argomenti:

- a) istruzione delle deliberazioni di competenza della Conferenza metropolitana;
- b) parere sulla delega di nuove funzioni alla Città metropolitana o alle Unioni dei Comuni.

3. L'Ufficio di Presidenza è inoltre convocato dal Sindaco metropolitano per discutere di ogni altro argomento che questi ritenga necessario.

Capo III

Art. 33

Il Sindaco metropolitano

1. Il Sindaco metropolitano è l'organo responsabile dell'amministrazione della Città metropolitana, ne è il rappresentante legale e rappresenta tutti i cittadini che fanno parte della comunità metropolitana.

2. Il Sindaco metropolitano:

- a) convoca e presiede il Consiglio metropolitano e la Conferenza metropolitana;
- b) sovrintende al funzionamento dei servizi e degli uffici e all'esecuzione degli atti;

- c) propone al Consiglio gli schemi di bilancio, le relative variazioni e lo schema di rendiconto di gestione;
- d) attua gli indirizzi generali del Consiglio;
- e) riferisce annualmente al consiglio sulla propria attività e svolge attività propositive e di impulso nei confronti dello stesso;
- f) nomina e designa i rappresentanti della Città metropolitana presso enti, aziende, società od organismi comunque denominati;
- g) compie tutti gli atti rientranti ai sensi dell'articolo 107, commi 1 e 2, del D.Lgs. 267/2000, nelle funzioni degli organi di governo, che non siano riservati dalla legge al Consiglio e alla Conferenza metropolitana;
- h) esercita le altre funzioni attribuite dalla legge e dallo Statuto o dai Regolamenti vigenti dell'ente;
- i) adotta in via d'urgenza i provvedimenti di variazione di bilancio, secondo quanto previsto dall'articolo 175, comma 4 del D.Lgs. n. 267/2000.

3. Entro novanta giorni dall'insediamento del Consiglio metropolitano, il Sindaco presenta al Consiglio un documento contenente le linee programmatiche relative all'azione ed ai progetti da realizzare nel corso del mandato. Nei successivi trenta giorni, ciascun Consigliere può proporre modifiche, adeguamenti ed integrazioni, mediante la presentazione di appositi emendamenti al documento. Nei seguenti venti giorni, il Sindaco metropolitano sottopone il documento al Consiglio metropolitano nella sua forma definitiva, per la sua approvazione.

4. La medesima procedura è seguita per l'eventuale adeguamento del documento.

5. L'attuazione delle linee programmatiche è oggetto di verifica di metà mandato da parte del Consiglio. A tal fine, il Sindaco metropolitano, presenta al Consiglio, un documento di verifica in cui sono illustrati, globalmente e per singoli settori di competenza, l'attività svolta, i risultati ottenuti, lo stato di realizzazione del programma di governo.

Art. 34

Il Vicesindaco e i Consiglieri delegati

1. Il Sindaco metropolitano nomina un Vicesindaco, scelto tra i Consiglieri metropolitani, stabilendo le eventuali funzioni a lui delegate e dandone immediata comunicazione al Consiglio metropolitano.

2. Il Vicesindaco esercita le funzioni del Sindaco metropolitano in ogni caso in cui questo ne sia impedito.

3. Il Vicesindaco decade dalla carica per revoca del provvedimento di nomina da parte del Sindaco metropolitano, di cui lo stesso dà motivata comunicazione al Consiglio. Il Vicesindaco rimane in carica fino all'insediamento del nuovo Sindaco metropolitano, qualora il Sindaco metropolitano decada dalla carica per cessazione dalla titolarità dell'incarico di Sindaco del Comune di provenienza.

4. Fatta salva la propria funzione di sovrintendenza al funzionamento dei servizi e degli uffici all'esecuzione degli atti, il Sindaco metropolitano assegna deleghe delle funzioni di propria competenza, ivi compresa l'adozione dei relativi provvedimenti, a uno o più Consiglieri metropolitani, definendo l'ambito delle deleghe conferite, per materia, per territorio o per singoli progetti o questioni. Dell'attribuzione delle deleghe ai Consiglieri metropolitani, il Sindaco dà immediata comunicazione al Consiglio.

5. I Consiglieri metropolitani delegati esercitano le funzioni loro conferite dal Sindaco metropolitano sotto la sua direzione e coordinamento.

6. Il Sindaco metropolitano può revocare le deleghe di funzioni conferite a Consiglieri, dandone motivata comunicazione al Consiglio. In ogni caso, le deleghe di funzione attribuite ai Consiglieri metropolitani decadono in caso di scioglimento del Consiglio o all'insediamento del nuovo Sindaco metropolitano.

Art. 35

Riunioni del Sindaco con Vicesindaco e Consiglieri delegati

1. Il Sindaco può convocare riunioni con il Vicesindaco e i Consiglieri metropolitani delegati al fine di condividere e concorrere all'elaborazione delle politiche ed al coordinamento delle attività della Città metropolitana.

Art. 36

Gratuità delle cariche di governo della Città metropolitana

1. Le cariche negli organi di governo nella Città metropolitana sono esercitate a titolo gratuito, fermo restando il diritto al rimborso delle spese documentate sostenute esclusivamente per l'esercizio del mandato, salvo diversa disposizione di legge.

Titolo VI

Amministrazione e personale

Art. 37

Criteria generali in materia di organizzazione degli uffici

1. Gli uffici e i servizi della Città metropolitana sono organizzati secondo le modalità stabilite dal regolamento.

2. Nell'organizzazione degli uffici e dei servizi, la Città metropolitana persegue obiettivi e criteri di coordinamento, responsabilità, efficienza, efficacia, contenimento dei costi, flessibilità, valorizzazione delle professionalità, promozione delle pari opportunità e rispetto delle relazioni sindacali.

Art. 38

Direttore generale e Segretario generale della Città metropolitana

1. Il Sindaco metropolitano nomina il Direttore generale e ne dà informazione al Consiglio metropolitano attribuendo l'incarico al Segretario generale, ad un dirigente o ad altra persona di comprovata competenza ed esperienza. La durata dell'incarico non può eccedere quella del mandato del Sindaco. L'incarico può essere revocato anticipatamente con provvedimento motivato del Sindaco metropolitano e ne dà informazione al Consiglio metropolitano. Il Direttore generale sovrintende alle funzioni dei dirigenti e ne coordina l'azione per il perseguimento degli obiettivi stabiliti dagli organi della Città metropolitana.

2. Il Sindaco metropolitano nomina il Segretario generale della Città metropolitana, che assicura la conformità dell'azione amministrativa della Città metropolitana alle leggi, allo Statuto e ai regolamenti. Svolge compiti di collaborazione e di assistenza giuridica e amministrativa agli organi della Città metropolitana, cura la verbalizzazione delle sedute del Consiglio metropolitano e della Conferenza metropolitana, roga i contratti nell'interesse della Città metropolitana e svolge gli ulteriori compiti previsti dalla legge, dallo Statuto e dai regolamenti o conferiti dal Sindaco metropolitano.

3. L'ufficio del Direttore generale e quello del Segretario generale possono essere oggetto di convenzione con il Comune capoluogo.

Art. 39

Dirigenti

1. Ai dirigenti della Città metropolitana spetta la direzione degli uffici e dei servizi attraverso la gestione amministrativa, finanziaria e tecnica dei medesimi. A tale fine essi dispongono di autonomi poteri di spesa e di organizzazione delle risorse professionali, finanziarie e strumentali affidate, nel rispetto delle direttive impartite dal Sindaco metropolitano o dai Consiglieri delegati.

2. I dirigenti adottano i provvedimenti di propria competenza, che impegnano l'amministrazione verso l'esterno, nel rispetto dei principi d'imparzialità e buona amministrazione, e in relazione ai medesimi sono direttamente responsabili, in via esclusiva, in relazione agli obiettivi assegnati dall'Ente, della correttezza amministrativa, della efficienza e dei risultati della gestione.

3. Il regolamento disciplina i casi in cui il Direttore generale o, se questo non sia nominato, il Segretario generale, esercita il potere sostitutivo nei confronti dei dirigenti, in caso d'inerzia o per motivi di eccezionale gravità ed urgenza, riferendone immediatamente al Sindaco metropolitano.

4. L'assunzione nella qualifica dirigenziale o in quella di alta specializzazione, di cui all'articolo 110 del D.lgs. 18 agosto 2000, n. 267, può avvenire anche mediante contratto di lavoro a tempo

determinato nei modi e nei limiti previsti dalla normativa vigente in materia di personale e contenimento della spesa nonché dai vigenti regolamenti della Città metropolitana.

5. I dirigenti possono delegare l'esercizio di loro funzioni ai titolari d'incarico di posizione organizzativa, nei modi e nei limiti previsti dalla legge e dai vigenti regolamenti della Città metropolitana.

Art. 40

Processi di riorganizzazione

1. La Città metropolitana istituisce, previa convenzione da stipulare con i Comuni dell'area, l'osservatorio sui processi di riorganizzazione delle pubbliche amministrazioni nel territorio metropolitano, al fine di favorire lo sviluppo e la piena valorizzazione delle risorse professionali disponibili.

2. L'osservatorio è servizio organizzato congiuntamente dai Comuni e dalla Città metropolitana, con particolare riferimento al personale di questi enti.

Titolo VII

Disposizioni transitorie e finali

Art. 41

Modifiche allo Statuto

1. Le modifiche al presente Statuto sono approvate dalla Conferenza metropolitana con le medesime modalità e maggioranze previste per la sua prima adozione su proposta del Consiglio metropolitano con la maggioranza dei componenti assegnati.

2. Decorsi 24 mesi dall'entrata in vigore del presente Statuto, il Consiglio Metropolitano verifica l'adeguatezza delle soluzioni adottate in riferimento alle esperienze realizzate nell'applicazione di questo stesso Statuto, sia valutando in particolare l'esercizio delle competenze, il funzionamento degli organi e la loro elezione, sia in considerazione dei risultati conseguiti nell'applicazione degli statuti adottati dalle altre Città metropolitane.

Art. 42

Continuità nell'esercizio delle funzioni

1. Gli atti adottati dalla Provincia di Bologna mantengono i propri effetti fino alla loro abrogazione, modifica o sostituzione da parte degli organi della Città metropolitana.

2. Fino all'approvazione del Piano territoriale generale metropolitano, sono fatti salvi gli strumenti di pianificazione territoriale ed urbanistica in vigore nell'ambito provinciale.

3. Fino all'approvazione dei regolamenti della Città metropolitana si intendono vigenti, per quanto compatibili con la legislazione e il presente statuto, quelli della Provincia di Bologna.

Art. 43

Disposizione transitoria in tema di piano strategico

1. Entro un anno dall'entrata in vigore del presente Statuto, il Consiglio metropolitano adotta il piano strategico ai sensi della legge 7 aprile 2014, n. 56, art. 1, comma 44, lett. a) avvalendosi dei progetti individuati nel patto concordato il 9 luglio 2013 e nel relativo Piano strategico adottato in via volontaria e consensuale, aggiornando e integrando i contenuti e stabilendo le relative priorità.

Art. 44

Regolamenti e trasferimento di beni

1. Entro un anno dall'entrata in vigore del presente Statuto il Consiglio metropolitano approva i regolamenti per l'organizzazione e il funzionamento della Città metropolitana.

2. Entro il medesimo termine, la Città metropolitana verifica, con le Unioni ed i Comuni, i beni immobili da trasferire ad essa e quelli da trasferire ai Comuni o alle loro forme associative. In particolare verifica i segmenti del reticolo stradale da trasferire alla rete metropolitana della viabilità stradale e quelli da trasferire ai Comuni o alle loro forme associative, destinando le necessarie risorse.

Art. 45

Entrata in vigore

1. Lo Statuto è pubblicato, nelle forme di legge, sul sito internet della Città metropolitana ed entra in vigore decorsi trenta giorni dalla pubblicazione.
2. Lo Statuto è, inoltre, trasmesso alla Regione Emilia-Romagna al fine della pubblicazione nel Bollettino Ufficiale ed inviato al Governo centrale per essere inserito nella raccolta ufficiale degli Statuti.

MOLISE

DGR 5.5.16, n. 200 - Articolo 4, comma 7, legge regionale 10 dicembre 2015, n.18 "disposizioni di riordino delle funzioni esercitate dalle province in attuazione della legge 7 aprile 2014, n.56". attività da esercitare in un ambito ottimale regionale. provvedimenti. (BUR n. 22 del 5.5.16)

Note

Vengono definiti, in ragione della peculiarità dei processi discendenti dalle due attività di seguito descritte, della natura particolarmente specialistica, della strategicità della programmazione delle politiche sociali ed economiche nonché sanitarie, quali “attività per le quali l'ambito ottimale, secondo i principi di efficienza amministrativa ed efficacia organizzativa, è di livello regionale”, ai sensi dell’art. 4, comma 7, della L.R. n. 18/2015:

- la gestione di interventi di natura complessa nell’ambito della programmazione strategica regionale e del piano di rafforzamento amministrativo;
- il coordinamento delle azioni connesse all’Agenda Digitale regionale.

L’ambito ottimale per il governo delle procedure descritte risulta essere quello regionale, anche in ragione della necessità di esercitare una corretta azione di coordinamento fra gli enti ed organismi presenti a livello locale coinvolti nelle materie di cui si tratta.

L’Amministrazione regionale è tenuta a potenziare il coordinamento rispetto alle seguenti attività amministrative:

- gestione di interventi di natura complessa nell’ambito della programmazione strategica regionale e del piano di rafforzamento amministrativo
- azioni connesse all’Agenda Digitale regionale.

Al fine dello svolgimento di tali nuove attività di coordinamento, l’Amministrazione provvede anche in ordine alla esigenza di affiancare al personale appartenente al ruolo regionale, già peraltro coinvolto nei nuovi processi di lavoro inerenti le descritte attività, ulteriori risorse umane in possesso della necessaria qualificazione professionale.

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

CONSIDERATO che lo Stato:

§ con legge 7 aprile 2014, n. 56, ha dettato disposizioni in materia di città metropolitane, province, unioni e fusioni di comuni al fine di adeguare il loro ordinamento ai principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza, prevedendo, dunque, non solo una nuova disciplina relativa alle funzioni esercitate dalla Province, ma anche l’indicazione di alcune funzioni fondamentali che rimangono di pertinenza delle Province medesime nonché l’attribuzione delle altre funzioni, precedentemente svolte dalle Province, ad altri enti individuati a seguito di percorsi normativi regionali;

§ con successiva legge 23 dicembre 2014, n. 190 ha proceduto a stabilire specifiche modalità di ricollocazione del personale dipendente delle Province risultante soprannumerario, prevedendo un percorso preferenziale rispetto alle ordinarie procedure assunzionali delle PP.AA.;

EVIDENZIATO che i percorsi di riallocazione delle funzioni delegate e non, appartenenti alle Province, seguono percorsi differenti nelle Regioni, in relazione agli ordinamenti e ai rispettivi assetti organizzativi e nel rispetto dei principi costituzionali di sussidiarietà, adeguatezza e differenziazione, assicurando la continuità amministrativa, la semplificazione e la razionalizzazione delle procedure;

RICHIAMATA a tal fine la legge regionale 10 dicembre 2015, n. 18, che detta disposizioni in materia di riordino delle funzioni esercitate dalle Province di Campobasso e Isernia, in attuazione della L. 56/2014, e che in particolare:

§ all'art. 1, comma 1, provvede al riordino delle funzioni non fondamentali delle Province nel rispetto delle disposizioni di cui alla legge 7 aprile 2014, n. 56, alla legge 23 dicembre 2014, n. 190, agli articoli 117 e 118 della Costituzione ed alle altre disposizioni statali in materia,

§ all'art. 1, comma 2, provvede inoltre al riordino istituzionale e dell'assetto organizzativo della Regione e del Sistema Regione susseguente alle disposizioni di cui al Titolo I, Capo I e II, della legge regionale 4 maggio 2015, n. 8;

RICHIAMATO altresì l'articolo 4, comma 7, della nominata L.R. 18/2015 che prevede che “nell'ambito del processo di riassetto, di riordino istituzionale e di riorganizzazione dell'apparato regionale e degli enti del Sistema Regione Molise, in sede di Osservatorio istituito ai sensi della legge n. 56/2014, sentite le organizzazioni sindacali, vengono sottoscritti entro il 15 gennaio 2016 accordi finalizzati ad individuare le attività per le quali l'ambito ottimale, secondo i principi di efficienza amministrativa ed efficacia organizzativa, è di livello regionale. In ragione di tali attività, la Giunta regionale provvede a rimodulare e riorganizzare la propria dotazione organica, secondo il principio della razionalizzazione, anche mediante l'ampliamento. La Giunta regionale autorizza, non oltre il 31 dicembre 2016, le procedure di ricollocazione del personale di cui al comma 6, nei limiti della sostenibilità di bilancio e della capacità assunzionale”;

LETTA la determinazione del Direttore generale n.19 del 25 gennaio 2016, con la quale sono state individuate le diverse strutture regionali, in ragione della competenza, coinvolte nell'attuazione della L.R. n. 18/2015, indicando per ciascuna gli adempimenti e le procedure cui dar seguito;

PRESO ATTO che nella richiamata DDG n. 19/2016, al Servizio Controllo strategico, riforme istituzionali e controllo Enti locali e sub-regionali è stata assegnata l'attuazione del richiamato art. 4, comma 7, della L.R. 18/2015 mediante la predisposizione di una proposta di deliberazione giuntales con la quale siano individuate le attività per le quali l'ambito ottimale, secondo i principi di efficienza amministrativa ed efficacia organizzativa, è di livello regionale;

RAPPRESENTATI in termini preliminari le precedenti osservazioni, si mette in evidenza, nel merito, quanto segue.

RILEVATO che l'assetto istituzionale delineato con la riforma del 2001 del Titolo V della Costituzione, incentrato sul principio della sussidiarietà, implica che lo Stato, le Regioni, le Province, le Città Metropolitane e i Comuni sono impegnati nella realizzazione dell'obiettivo comune di creare le condizioni necessarie a favorire la promozione della collettività;

DATO ATTO che, in tale ottica, è cambiato anche il ruolo della Pubblica Amministrazione, la cui azione è sempre più caratterizzata dalla necessità di governo di un sistema di attori complesso che vede la collaborazione di soggetti pubblici e privati che operano sul territorio con competenze specifiche che vengono valorizzate per soddisfare bisogni pubblici, introducendo un nuovo concetto di governance del territorio, che vede la PA come un soggetto in grado di catalizzare, gestire e mettere a sistema contributi di natura diversa, in un'ottica di co-progettazione e co-costruzione delle policies;

CONSIDERATO che, alla luce di quanto sopra esposto, la programmazione finalizzata allo sviluppo del territorio costituisce uno dei temi centrali di confronto e di sfida per le amministrazioni da attuarsi attraverso un percorso che tenga conto dell'interesse generale della comunità di riferimento;

RICORDATO che, ai sensi della n. 142/1990 e ss.mm.ii., alle Province era già riconosciuto un ruolo di rappresentanza e cura degli interessi della collettività amministrata per promuoverne lo sviluppo, nonché per svolgere funzioni e compiti di programmazioni socio economica;

RICORDATO inoltre che l'attuale evoluzione normativa ha operato un profondo riordino del ruolo e delle funzioni delle attuali Province, che vengono confermate nella natura di enti titolari unicamente di alcune specifiche funzioni fondamentali e di gestione di servizi di area vasta;

PRECISATO che, anche in seguito all'introduzione delle nuove norme nonché nelle more della riforma costituzionale allo studio, verrà portato a termine il processo di trasformazione dell'assetto e delle funzioni delle Province, individuate quali enti di area vasta, con limitate funzioni fondamentali proprie (quali ad esempio quelle relative alla programmazione e pianificazione in materia di ambiente, del trasporto, della rete scolastica, dell'assistenza tecnico-amministrativa per gli enti locali, della gestione dell'edilizia scolastica);

EVIDENZIATO che tali funzioni risultano strettamente collegate alle esigenze del territorio e, dunque, legate alle specificità e alla peculiarità dell'area vasta;

RITENUTO che nel quadro della riforma degli assetti costituzionali, dei ruoli e delle funzioni di tutti gli enti che operano sul territorio anche le Regioni, pur non ufficialmente investite dal processo in atto, sono chiamate a svolgere un nuovo ruolo di propulsione rispetto a tematiche fondamentali per lo sviluppo del territorio;

VALUTATO conseguentemente che nella prospettiva sopra descritta e nell'ambito delle procedure per la realizzazione degli obiettivi della riforma, le Regioni, in ragione del ruolo ad esse riconosciuto di programmazione delle diverse politiche di sviluppo del territorio, sono comunque tenute ad assumere funzioni aggiuntive rispetto a quelle costituzionalmente attribuite, al fine di ottimizzarne l'attuazione nel dettaglio attraverso l'assunzione di un ruolo di coordinamento della complessa ed articolata rete di rapporti con gli altri soggetti istituzionali;

VALUTATO altresì che si pone con urgenza la necessità di individuare una governance innovativa dei processi che permetta di massimizzare, in un'ottica di efficientamento amministrativo ed organizzativo, il ruolo centrale e di indirizzo strategico della Regione;

CONSIDERATO che, con particolare riferimento alla Regione Molise, la governance della programmazione, in ragione di quanto rappresentato, assume un ruolo centrale e strategico rispetto alle politiche di riconversione e riqualificazione del territorio molisano, finalizzate alla ripresa sociale, economica e occupazionale, nonché alle politiche sociali con particolare attenzione alla razionalizzazione delle spese sanitarie, che, allo stato, sono soggette a specifiche misure di contenimento previste nei c.d. Piani di rientro;

CONSIDERATO che l'attivazione di tale descritta governance comporta il rafforzamento del potere di indirizzo della programmazione strategica regionale al fine di massimizzare l'efficacia ed i risultati degli interventi in materia di promozione dello sviluppo socio economico del territorio e di politica sanitaria;

PRESO ATTO, infine, che tra gli obiettivi del Piano di rafforzamento Amministrativo approntato con DGR 422/2015, al fine di migliorare la capacità di intervento delle strutture regionali in ottica di

reinternalizzazione delle funzioni connesse alla programmazione strategica, è prevista la messa a regime di nuove strutture organizzative per la gestione delle procedure emergenziali e ad alta complessità, quali la gestione dell'Area di crisi Industriale Complessa e la Smart Specialisation Strategy;

TENUTO CONTO che le Regioni rappresentano un livello di governance fondamentale per la programmazione e l'attuazione degli obiettivi dell'Agenda Digitale Europea e dell'Agenda Digitale Nazionale, in un'ottica di complementarità e sussidiarietà tra il livello nazionale e quello locale nonché di collaborazione interregionale;

RITENUTO OPPORTUNO, in linea con la politica congiunta delle Regioni, che l'Agenda Digitale non rappresenti un mero documento programmatico di settore, né un documento di indirizzo, ma, al contrario, rappresenti piuttosto una vera e propria leva di cambiamento strutturale in grado di sostenere una crescita sostenibile e inclusiva, in linea con la strategia Europa 2020;

EVIDENZIATO che, in attuazione della strategia europea e nazionale, le agende digitali regionali, che devono inserirsi in una governance multilivello coordinata, rappresentano strumenti strategici e operativi essenziali al fine di definire con la massima efficacia le azioni intraprese;

CONSIDERATO che gli obiettivi dell'Agenda Digitale risultano trasversali ad ogni politica pubblica;

RILEVATO che il digitale e l'ICT rappresentano un fattore di innovazione congiunto sia rispetto ai processi economici, rispetto ai processi sociali, rispetto ai processi istituzionali ed amministrativi, mediante l'attuazione di servizi di e-government, identità digitale, framework di interoperabilità, semplificazione istituzionale ed amministrativa, servizi associati, sistema informativo di supporto alle politiche regionali ed inter-regionali;

RILEVATO altresì il ruolo sostanziale che le Regioni hanno nei processi di infrastrutturazione, anche nel campo digitale sia per le reti di telecomunicazione in banda larga ed ultra larga, sia per il consolidamento dei datacenter della pubblica amministrazione;

CONSIDERATO che le Regioni hanno proposto ed approvato un insieme di azioni "leader" da sviluppare nell'ambito delle missioni già individuate dalla Conferenza delle regioni e da portare avanti con una piena collaborazione inter-regionale per rendere sostenibile la loro realizzazione ed il loro completo dispiegamento sul territorio, tali azioni vanno sviluppate in rapida successione. Tali azioni sono abilitanti a tutti gli interventi della programmazione 2014-2020 e sono in stretta sinergia sia con l'Agenda Digitale europea e nazionale, in particolare con le azioni leader nazionali su fatturazione elettronica, ANPR e SPID, sia con le azioni dell'Agenda Urbana e delle Aree interne nell'ottica dei processi continui delle "smart city&communities" per la realizzazione di una "smart society 1.0" che sia una rete di comunità intelligenti;

DATO ATTO che la complementarietà delle strategie nazionali e regionali sugli obiettivi dell'agenda digitale e l'integrazione tra le iniziative delle regioni rappresentano una preconditione in modo che un tema così complesso, articolato e trasversale non rischi di non produrre effetti strutturali, risultando pertanto necessario investire sul digitale ma anche fare rete sul territorio al fine di moltiplicare proprio attraverso il digitale, gli effetti positivi delle azioni;

CONSIDERATO infine che il nuovo POR MOLISE FESR FSE 2014-2020 prevede specifiche azioni ed interventi che per natura sono riconducibili alle materie di cui si tratta e che pertanto è ancor più necessario che le strutture regionali vengano adeguate per occuparsi al meglio dell'attuazione di detti interventi al fine del raggiungimento degli obiettivi fissati

RITENUTO dunque, ai fini dell'attuazione dell'articolo 4, comma 7, della LR n. 18/2015, necessario procedere alla definizione delle attività per "le quali l'ambito ottimale, secondo i principi di efficienza amministrativa ed efficacia organizzativa, è di livello regionale";

EVIDENZIATO che, in ragione di quanto premesso, risulta opportuno che l'Amministrazione regionale svolga un ruolo maggiormente incisivo provvedendo a potenziare alcune attività di coordinamento rispetto alle attività da mettere in campo in relazione:

- alla gestione di interventi di natura complessa nell'ambito della programmazione strategica regionale e del piano di rafforzamento amministrativo;
- alle azioni connesse all'Agenda Digitale regionale;

EVIDENZIATO altresì che, in ragione della delicatezza dei processi discendenti dalle due descritte attività, della natura particolarmente specialistica, della strategicità della programmazione delle politiche sociali ed economiche nonché sanitarie, l'ambito ottimale per il governo delle procedure risulta essere quello regionale, anche in ragione della necessità di esercitare una corretta azione di coordinamento fra gli enti ed organismi presenti a livello locale coinvolti nelle materie di cui si tratta;

RITENUTO inoltre che l'Amministrazione regionale, al fine dello svolgimento di tali nuove attività di coordinamento, debba anche provvedere in ordine alla esigenza di affiancare al personale appartenente al ruolo regionale, già peraltro coinvolto nei nuovi processi di lavoro inerenti le descritte attività, ulteriori risorse umane in possesso della necessaria qualificazione professionale;

EVIDENZIATO che, al fine dello svolgimento delle attività di cui all'art. 4, comma 7, della LR n. 18/2015, gli ulteriori e minimi fabbisogni professionali si ritiene debbano essere in possesso di adeguata formazione di tipo amministrativo e con esperienza sulla programmazione strategica ovvero nei processi informatici;

VALUTATO che competa alla Direzione generale della giunta regionale, per il tramite del Servizio Risorse umane e organizzazione del lavoro, successivamente alla stipula dell'accordo di cui di cui

all'articolo 4, comma 7, della legge regionale 10 dicembre 2015, n.18 "Disposizioni di riordino delle funzioni esercitate dalle Province in attuazione della Legge 7 aprile 2014, n.56" la formalizzazione esatta dei profili professionali e delle categorie giuridiche del personale da acquisire in ragione delle necessità organizzative e funzionali rappresentate nel presente atto, nonché delle procedure previste dalla vigente normativa in materia di acquisizione delle risorse umane, anche ai sensi dell'art. 4, comma 7, della L.R. n. 18/2015;

TUTTO QUANTO SOPRA RICHIAMATO E RITENUTO - SI PROPONE

1. di definire, in ragione della peculiarità dei processi discendenti dalle due attività di seguito descritte, della natura particolarmente specialistica, della strategicità della programmazione delle politiche sociali ed economiche nonché sanitarie, quali "attività per le quali l'ambito ottimale, secondo i principi di efficienza amministrativa ed efficacia organizzativa, è di livello regionale", ai sensi dell'art. 4, comma 7, della L.R. n. 18/2015:

- la gestione di interventi di natura complessa nell'ambito della programmazione strategica regionale e del piano di rafforzamento amministrativo;
- il coordinamento delle azioni connesse all'Agenda Digitale regionale.

2. di stabilire che l'ambito ottimale per il governo delle procedure descritte risulta essere quello regionale, anche in ragione della necessità di esercitare una corretta azione di coordinamento fra gli enti ed organismi presenti a livello locale coinvolti nelle materie di cui si tratta;

3. di stabilire dunque che l'Amministrazione regionale potenzi il coordinamento rispetto alle seguenti attività amministrative:

- gestione di interventi di natura complessa nell'ambito della programmazione strategica regionale e del piano di rafforzamento amministrativo

- azioni connesse all'Agenda Digitale regionale;

4. di stabilire che, al fine dello svolgimento di tali nuove attività di coordinamento, l'Amministrazione provveda anche in ordine alla esigenza di affiancare al personale appartenente al ruolo regionale, già peraltro coinvolto nei nuovi processi di lavoro inerenti le descritte attività, ulteriori risorse umane in possesso della necessaria qualificazione professionale;

5. di trasmettere la presente deliberazione al Direttore generale in qualità di Responsabile tecnico dell'Osservatorio sulla finanza territoriale ai fini della stipula dell'accordo di cui all'articolo 4, comma 7, della legge regionale 10 dicembre 2015, n.18 "Disposizioni di riordino delle funzioni esercitate dalle Province in attuazione della Legge 7 aprile 2014, n.56" e dei successivi adempimenti consequenziali";

6. di rinviare al Direttore generale della Giunta regionale al fine della formalizzazione esatta dei profili professionali e delle categorie giuridiche del personale da acquisire in ragione delle necessità organizzative e funzionali rappresentate nel presente atto, nonché delle procedure previste dalla vigente normativa in materia di acquisizione delle risorse umane, anche ai sensi dell'art. 4, comma 7, della L.R. n. 18/2015;

7. di assoggettare il presente atto agli obblighi in materia di trasparenza, di cui al D.Lgs. n. 33/2013;

8. di assoggettare il presente atto al controllo di regolarità amministrativa in quanto ricade nelle fattispecie di cui al punto 6.1 della Direttiva sul sistema dei controlli interni della Regione Molise approvata con deliberazione della Giunta regionale n. 376 del 1 agosto 2014.

TOSCANA

DGR 24.5.16, n. 492 - Delibera di Giunta Regionale di presa d'atto delle intese ex art. 19 comma 1 bis della L.R. 70/2015 e di individuazione del personale provinciale da trasferire in Regione Toscana a seguito dell'avviso approvato con decreto n. 6208/2015. (BUR n. 22 del 1.6.16)

Note

Viene preso atto delle note intercorse tra Regione Toscana e Città Metropolitana, Province di Prato, Siena, Arezzo, Lucca, Pisa, agli atti dell'Amministrazione Regionale, che costituiscono le intese ai sensi dell'art. 19 comma 1 bis della l.r. 70/2015.

Viene precisato che i nominativi che hanno ottenuto l'autorizzazione, sui quali la Regione Toscana concorda, sono riportati nell'elenco di cui all'allegato A), che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto.

Viene preso atto, per quanto riportato in narrativa delle note intercorse tra Regione Toscana, Città Metropolitana di Firenze, Provincia di Pisa e Provincia di Prato.

Viene precisato che nell'allegato B), parte integrante e sostanziale del presente atto, sono richiamati gli elenchi dal n. 1) al n. 8), approvati con Decreto del Direttore Generale n. 2041/2016, nei quali, per i codici dal n. 13/2015/M al n. 19/2015/M, sono riportati i nominativi in ordine numerico di priorità con indicazione del rilascio o diniego dell'autorizzazione al trasferimento del proprio ente di appartenenza, tranne per quelli della Città Metropolitana e delle Province di Pisa e di Prato, per le quali si rinvia a successiva individuazione, nonché i casi nei quali il trasferimento è condizionato alle successive autorizzazioni rilasciate dalla Città Metropolitana e dalle Province di Pisa e di Prato sui nominativi che precedono nei rispettivi elenchi.

Vengono individuati, per ogni singola funzione identifi cata dal relativo codice, i nominativi del personale provinciale da trasferire in Regione Toscana a far data dal 01/07/2016 riportati nell'Allegato C, parte integrante e sostanziale del presente atto.

L'elenco di cui all'allegato C) integra a tutti gli effetti l'elenco del personale da trasferire in Regione Toscana individuato nell'allegato D) della l.r. 70/2015;
SEGUONO ALLEGATI (a cui si rinvia)

FAMIGLIA

LIGURIA

DPGR 9.5.16 n. 82 - Rinnovo Consulta Regionale della Famiglia ai sensi della l.r. 12/2006. (BUR n. 22 del 1.6.16)

Note

Viene nominata, ai sensi dell'articolo 20, comma 5 della l.r. 12/2006 - la Consulta Regionale Della Famiglia, Organismo istituito presso la struttura regionale competente e finalizzato ad assicurare funzioni di supporto e collaborazione nonché di formulazione di proposte ed espressione di pareri in ordine alla programmazione regionale per la politica dei servizi a favore delle famiglie, così composta:

PRESIDENTE

SONIA VIALE, Vice Presidente e Assessore alla Sanità, Politiche socio-sanitarie e Terzo Settore, Sicurezza, Immigrazione ed Emigrazione

Forum Ligure delle Associazioni Familiari
Associazione Famiglie per l'Accoglienza - Liguria

Gianni ROTONDO
Marcello CAMPAGNA

Associazione Nazionale Famiglie Numerose - Liguria

Barbara GARRONE

Centro Italiano Femminile Liguria (C.I.F.)
CO.FA.MI.LY. Onlus (Coordinamento delle Case Famiglia per minori della Liguria)

Maria Rosa BIGGI
Antonio CAPANI

UILDM Genova Onlus
Associazione per l'accoglienza, l'affidamento e l'adozione (BATYA)

Andrea RIVANO
Giovanni Battista MINUTO

Centro Aiuto alla Vita Onlus Genova
Federazione Regionale Ligure Consultori Familiari di Ispirazione Cristiana Onlus

Mimma GUELF
Erica BONINO

LOMBARDIA

DGR 31.5.16 - n. X/5251 - Attivazione in via sperimentale dello Sportello Famiglia. (BUR n. 23 dell'8.6.16)

Note**INTRODUZIONE NORMATIVA**

Art. 29 della Costituzione così recita: «La Repubblica riconosce i diritti della famiglia come società naturale fondata sul matrimonio. Il matrimonio è ordinato sull'uguaglianza morale e giuridica dei coniugi, con i limiti stabiliti dalla legge a garanzia dell'unità familiare».

Legge regionale n. 3/2008 «Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale » e successive modificazioni ed integrazioni ed in particolare:

l'articolo 3, comma 1, lettera c) che promuove la partecipazione degli Enti del Terzo settore che operano in ambito sociale;

l'articolo 11, lettera w) che promuove e sostiene la sperimentazione di unità di offerta innovative;

l'articolo 20 che promuove la sperimentazione di nuovi modelli gestionali e di unità di offerta innovativi e comportanti forme di collaborazione tra soggetti pubblici e soggetti privati.

Legge regionale n. 23/99 «Politiche regionali per la famiglia» agli articoli 1 e 2 riconosce, quale soggetto politicamente rilevante, la famiglia così come definita dagli articoli 29 e 30 della Costituzione e prevede, tra le finalità, il perseguimento, da parte della Regione, della tutela della salute e del benessere dell'individuo e della famiglia, con particolare riferimento alle situazioni che possono incidere negativamente sull'equilibrio fisico e psichico di ciascun soggetto.

Legge regionale n. 1/2008 «Testo unico delle leggi regionali in materia di volontariato, cooperazione sociale, associazionismo e società di mutuo soccorso».

Legge regionale n. 9/1993 «Interventi per attività di promozione educativa e culturale» che all'art. 1 dispone che la Regione promuove e realizza iniziative di promozione educativa e culturale che mirano a favorire il pieno sviluppo della personalità dei cittadini ed il progresso civile e culturale della comunità lombarda.

DCR n. 78 del 9 luglio 2013 «Programma regionale di sviluppo della X legislatura»;

DEFR 2015 «Aggiornamento del Programma Regionale di Sviluppo per il triennio 2016-2018», approvato con d.c.r. n. 897 del 24 novembre 2015 prevede l'attuazione di interventi coordinati e di sistema in risposta alle varie e mutevoli esigenze familiari.

LA SPERIMENTAZIONE

Si intende promuovere la sperimentazione di un servizio a sportello rivolto a famiglie con minori che si trovino in situazioni di difficoltà legate alla crescita e allo sviluppo dell'identità, con particolare attenzione alle relazioni con i coetanei e con le strutture didattiche, educative e culturali, al fine di garantire un corretto rapporto tra famiglie con minori ed istituzioni nonché la conoscenza da parte delle famiglie dei propri diritti nei confronti della Pubblica Amministrazione;

Detta sperimentazione intende supportare il ruolo attivo e corresponsabile delle famiglie nei percorsi scolastici e culturali dei propri figli attraverso la partecipazione alla definizione dei Piani dell'Offerta Formativa degli istituti scolastici e dell'offerta culturale proposta dalle Amministrazioni Locali del proprio territorio;

Viene promossa in via sperimentale la realizzazione di un servizio a sportello di primo ascolto del bisogno espresso dalle famiglie utenti, nonché l'orientamento verso i servizi del territorio più appropriati, erogati da soggetti pubblici o privati no profit, in grado di offrire un sostegno multidisciplinare alla famiglia, con particolare attenzione agli aspetti sociali, psicologici e legali.

IL RUOLO DEL TERZO SETTORE;

In questo ambito rivestono rilevanza le diverse realtà del terzo settore, e in particolare le associazioni familiari, iscritte nei registri regionali, in termini di risposta al bisogno, mediante la realizzazione di attività di informazione, supporto e orientamento.

LA SELEZIONE

Viene selezionata tramite procedura su piattaforma Sintel ai sensi del d.lgs. n. 50/2016, art. 36, c. 2 lett.a), una proposta progettuale in grado di realizzare, per un periodo sperimentale di 12 mesi, le seguenti azioni:

1. informazione sui diritti della famiglia con riferimento all'educazione culturale e scolastica dei figli, con particolare attenzione al diritto di accesso e condivisione dei Piani scolastici dell'offerta formativa (POF), nonché dei progetti culturali delle Amministrazioni, Locali e della loro offerta culturale sul territorio;
 2. attivazione in via sperimentale per un periodo di 12 mesi di un servizio di:
 - a) raccolta e analisi di segnalazioni e richieste di supporto e sostegno presentate a Regione Lombardia attraverso il Call Center regionale e la casella mail istituzionale dedicata;
 - b) servizio di primo ascolto alle famiglie con minori;
 - c) orientamento verso i servizi territoriali adeguati ad affrontare le difficoltà della famiglia con minori;
 3. analisi finale del lavoro svolto e redazione di un documento riassuntivo al termine della sperimentazione, sulla base di un set di indicatori che verranno definiti dalla Regione;
- Ritenuto di imputare sul capitolo 5.01.103.11308 del bilancio 2016 gli oneri derivanti dal presente provvedimento, pari al massimo a euro 30.000 quale contributo regionale, di cui euro 20.000 per l'attivazione del servizio ed euro 10.000 quale ulteriore contributo qualora lo sportello effettui un numero di colloqui superiore a 1.000.
- Vengono stimate, per la sperimentazione della durata di 12 mesi, le risorse necessarie ammontino al massimo a euro 30.000;

SICILIA

DASS 23.5.16 - Bonus figlio 2016 - Criteri e modalità di erogazione del bonus per la nascita di un figlio, ex art. 6, comma 5, legge regionale 31 luglio 2003, n. 10. (GURS n. 24 del 3.6.16)

Art. 1

In applicazione dell'art. 6, comma 5, della legge regionale n. 10/2003 che prevede il bonus di 1.000 euro per la nascita di un figlio, sono approvati nel documento allegato (Allegato A), che costituisce parte integrante del presente decreto, i criteri e le procedure per la presentazione delle istanze ai comuni (Allegato B) e per l'erogazione del beneficio relativamente all'anno 2016, nei limiti dello stanziamento di bilancio regionale disponibile.

Art. 2

Con successivo decreto del dirigente generale del Dipartimento regionale della famiglia e delle politiche sociali si provvederà al riparto e all'assegnazione ai comuni richiedenti dello stanziamento disponibile per l'attuazione dell'intervento, nonché all'impegno delle somme da erogare ai comuni medesimi, per la successiva attribuzione ai beneficiari.

Allegato A

AVVISO PUBBLICO CONCERNENTE CRITERI E MODALITÀ DI EROGAZIONE DEL BONUS DI 1.000 EURO PER LA NASCITA DI UN FIGLIO, EX ART. 6, COMMA 5, LEGGE REGIONALE N. 10/2003 - ANNO 2016

1. In applicazione dell'art. 6, comma 5, della legge regionale 31 luglio 2003, n. 10, al fine di promuovere la riduzione ed il superamento degli ostacoli in ordine economico alla procreazione per le famiglie meno abbienti, il Dipartimento regionale della famiglia e delle politiche sociali, nei limiti dello stanziamento disponibile, pari a € 145.000,00, prevede l'assegnazione di un bonus di 1.000,00 euro per la nascita di un figlio, da erogare attraverso i comuni dell'Isola, sulla base dei parametri e dei criteri qui di seguito stabiliti.

2. Al fine di ottimizzare i criteri di assegnazione del beneficio e distribuire equamente lo stesso per i nati nell'arco di tutto l'anno in corso, si procederà all'erogazione con due piani di riparto riguardanti i nati nei seguenti periodi: 1 gennaio - 30 giugno 2016; 1 luglio - 31 dicembre 2016. La ripartizione della dotazione del capitolo di spesa sarà effettuata in parti uguali per ciascun semestre, sulla base delle risultanze delle due graduatorie relative a ciascun semestre, come sopra specificato.

Ne deriva pertanto che gli ammessi al beneficio di che trattasi saranno complessivamente n. 145 su base regionale (€ 1.000,00 a beneficiario) divisi in due semestri.

3. Per la redazione delle due graduatorie si procederà secondo i criteri di seguito elencati:

- a) stima del parametro reddituale (ex D.P.C.M. 5 dicembre 2013, n. 159): i nuclei familiari con minor reddito I.S.E.E. avranno priorità;
- b) stima del numero dei componenti del nucleo familiare a parità del precedente requisito, i nuclei con maggior numero di componenti avranno priorità;
- c) data di nascita dei soggetti per i quali sussiste il beneficio: a parità dei precedenti requisiti, sarà considerato l'ordine cronologico delle nascite.

4. Possono presentare istanza per la concessione del bonus, un genitore o, in caso di impedimento di quest'ultimo, uno dei soggetti esercenti la potestà parentale, in possesso dei seguenti requisiti:

- cittadinanza italiana o comunitaria ovvero, in caso di soggetto extracomunitario, titolarità di permesso di soggiorno;
- residenza nel territorio della Regione siciliana al momento del parto o dell'adozione; i soggetti in possesso di permesso di soggiorno devono essere residenti nel territorio della Regione siciliana da almeno dodici mesi al momento del parto;
- nascita del bambino nel territorio della Regione siciliana;
- indicatore I.S.E.E. del nucleo familiare del richiedente non superiore ad € 3.000,00. Alla determinazione dello stesso indicatore concorrono tutti i componenti del nucleo familiare ai sensi delle disposizioni vigenti in materia.

5. L'istanza dovrà essere redatta su specifico schema predisposto da questo Assessorato secondo le forme della dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, ai sensi dell'art. 46 e segg. del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e la stessa dovrà essere presentata presso l'Ufficio servizi sociali del comune di residenza.

All'istanza deve essere allegata la seguente documentazione:

- fotocopia del documento di riconoscimento dell'istante in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000;
- attestato indicatore I.S.E.E. rilasciato dagli Uffici abilitati, riferito all'anno 2015;
- in caso di soggetto extracomunitario, copia del permesso di soggiorno in corso di validità;
- copia dell'eventuale provvedimento di adozione.

La presentazione della predetta documentazione è obbligatoria ai fini dell'ammissione a beneficio. Le istanze corredate dalla relativa documentazione verranno trattenute e custodite presso l'Ufficio comunale competente.

6. I comuni sono tenuti a fornire ai cittadini adeguate informazioni in merito all'intervento, utilizzando sia mezzi di pubblicità formale, sia ulteriori strumenti idonei. Si raccomanda di graduare l'informazione per gli aventi diritto, con riguardo alle scadenze legate a ciascun semestre del 2016 in modo che le istanze possono essere inoltrate nei tempi previsti per i nati fino al 31 dicembre 2016.

Ciascun comune verifica la documentazione presentata e la veridicità delle dichiarazioni contenute nella domanda.

Le procedure di costituzione delle due graduatorie (per ogni semestre) saranno determinate, come per l'anno 2015, dall'inserimento da parte dei comuni su apposito programma accessibile dal sito web del Dipartimento, dei dati qualificanti rilevati dai latori di istanze. A tal fine, il Dipartimento della famiglia e delle politiche sociali fornirà le password e gli accessi necessari all'utilizzo. Inoltre, entro trenta giorni dalla scadenza del termine per la presentazione delle istanze, i comuni trasmetteranno all'Assessorato regionale della famiglia, delle politiche sociali e del lavoro - Dipartimento della famiglia e delle politiche sociali - via Trinacria n. 34 Palermo - la richiesta di finanziamento a firma del dirigente responsabile del Settore servizi sociali, allegando l'elenco dei soggetti ammissibili all'intervento, predisposto attraverso il citato software.

Tale elenco deve contenere i seguenti dati:

- cognome e nome, luogo e data di nascita, codice fiscale ed indirizzo del richiedente;

- cognome e nome, luogo e data di nascita del bambino, o data del provvedimento di adozione;
- numero dei componenti del nucleo familiare richiedente;
- indicatore I.S.E.E. del nucleo familiare.

La richiesta di finanziamento del bonus da parte del comune deve essere unica (per ogni semestre) e deve contenere espressamente l'attestazione a firma del dirigente responsabile dei servizi sociali della completezza e veridicità di tutti i dati dei richiedenti in possesso dei requisiti. Non saranno ammissibili le richieste dei comuni pervenute oltre il termine sopra fissato.

7. Il Dipartimento regionale della famiglia e delle politiche sociali redigerà le graduatorie regionale ordinando i soggetti richiedenti per indicatore I.S.E.E. crescente. Nel caso di situazioni ex aequo sarà data precedenza al nucleo familiare più numeroso. A parità dei precedenti requisiti, sarà considerato l'ordine cronologico delle nascite.

8. Con decreto del dirigente generale si procederà al riparto e all'assegnazione delle somme ai comuni richiedenti, secondo l'ordine di graduatoria e nei limiti dello stanziamento di bilancio regionale disponibile.

9. Il bonus verrà erogato ai beneficiari direttamente dai comuni assegnatari.

10. Il beneficio non costituisce reddito ai fini fiscali e previdenziali e può essere cumulato con analoghe provvidenze o indennità.

Allegato B

MODELLO ISTANZA PER LA RICHIESTA DEL BONUS PER IL FIGLIO PREVISTO DALL'ART. 6, COMMA 5, DELLA LEGGE REGIONALE 31 LUGLIO 2003, N. 10

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Al comune di

...I... sottoscritto/a,

nato/a il,

residente in via

n., c.f. nella qualità di genitore/..... (indicare in alternativa il titolo per il quale si esercita la potestà parentale)

del/della minore nato/a (o adottato/a) a il

..... richiede il "Bonus" di 1.000,00 euro previsto dall'art. 6, comma 5 della legge regionale 31 luglio 2003, n. 10, la cui erogazione avverrà attraverso il comune, nei limiti dello stanziamento di bilancio regionale disponibile.

Lo/La scrivente allega alla presente:

- 1) fotocopia del documento di riconoscimento del/della sottoscritto/ a;
- 2) attestato I.S.E.E. rilasciato dagli uffici abilitati, riferito all'anno 2015;
- 3) per i soggetti extracomunitari, copia del permesso di soggiorno in corso di validità;
- 4) copia dell'eventuale provvedimento di adozione.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole della decadenza dai benefici conseguiti in seguito all'accertamento di dichiarazioni non veritiere e di essere altresì consapevole che i fatti e gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Data

Firma del richiedente

IMMIGRATI

BASILICATA

DGR 17.5.16, n. 523 - Decreto Legislativo 18 agosto 2014 n. 142 - Accordo 16/64/CR9/C8-C15 del 5 maggio 2016 - Requisiti minimi per la seconda accoglienza dei minori stranieri non accompagnati nel percorso verso l'autonomia - Recepimento e applicazione. (BUR n. 20 del 1.6.16)

Note

INTRODUZIONE NORMATIVA

Il Testo Unico sull'immigrazione Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286, Titolo V ha fornito disposizioni in materia sanitaria, istruzione, alloggio, partecipazione alla vita pubblica e integrazione sociale.

Il Decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394 ha approvato il "Regolamento recante norme di attuazione del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, a norma dell'art. 1, comma 6, del D.Lgs.25 luglio 1998, n. 286".

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

La Legge n. 189/2002, art. 32 ha istituito il Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati (SPRAR) al fine di razionalizzare i programmi di accoglienza in precedenza gestiti a livello locale a seguito del protocollo d'intesa stipulato dal Ministero dell'Interno, dall'ANCI e dall'Alto Commissariato ONU per i Rifugiati (UNHCR).

La circolare del Ministero dell'Interno n. 7170 del 18 novembre 2009 specifica che "la certificazione relativa all'idoneità abitativa potrà fare riferimento alla normativa contenuta nel Decreto ministeriale 5 luglio del 1975 che stabilisce i requisiti igienicosanitari principali dei locali di abitazione e che precisa anche i requisiti minimi di superficie degli alloggi, in relazione al numero previsto degli occupanti.

Il D.M. 308/2000 ha definito il Regolamento concernente i "Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale a norma dell'art. 11 della legge 8 novembre 2000 n. 328".

La L.R. del 14.02.2007 "Rete Regionale Integrata dei Servizi di Cittadinanza Sociale" intende tra l'altro, eliminare o ridurre il rischio di svantaggio, di vulnerabilità e di emarginazione e rafforzare la coesione sociale e la mutua solidarietà, anche in favore delle popolazioni migranti.

La L.R. n. 21 del 13.04.1996 - "Inter venti a sostegno dei migranti in Basilicata ed istituzione della Commissione Regionale dell'Immigrazione" e s.m.i. così come modificata dall'art. 39 della L.R. 42/2009, prevede interventi a sostegno dei migranti in Basilicata al fine di facilitare la loro integrazione nel tessuto sociale, garantire loro il diritto allo studio, l'accesso ai servizi socio-sanitari e al mercato del lavoro.

La D.G.R. n. 543 del 13.05.2014 approva il D.D.L. "Norme per l'accoglienza, la tutela e l'integrazione dei cittadini stranieri migranti e dei rifugiati" ad oggi all'attenzione del Consiglio Regionale, con la finalità di considerare il fenomeno migratorio non più in termini di emergenza bensì come componente strutturale delle politiche e della programmazione regionali.

La D.G.R. n. 529 del 14.05.2013 recepisce l'Accordo Stato - Regioni del 20.12.2012 rep. n. 255/CSR - Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e delle Province Autonome.

Il Piano Regionale Socio-Assistenziale 2000/2002 ha definito gli interventi necessari per conseguire gli obiettivi delle politiche sociali.

Il Piano Regionale Integrato della Salute e dei servizi alla persona e alla comunità 2012/2015, approvato con la D.C.R. n. 317 del 24.07.2012, ha individuato nel triennio 2012/2015, le aree di bisogno nella rete dei servizi sociali e definito le funzioni di tutti gli attori che concorrono al sistema del welfare, ne ha ribadito il ruolo per la messa in rete delle risorse e per valorizzare le esperienze organizzative ed innovative;

La D.G.R. n. 917 del 7.07.2015 ha approvato le "Linee guida per la formazione dei nuovi piani intercomunali dei servizi sociali e socio-sanitari 2016/2018" tenendo conto nei profili di comunità, della presenza e dell'incidenza della popolazione straniera.

La D.G.R. n. 241 del 16/03/16 ha dato “Attuazione delle Linee Guida per la formazione dei nuovi piani intercomunali dei servizi sociali e socio sanitari 2016/2018; D.G.R. n. 917 del 7/07/15: Piano Regionale di Indirizzi”.

La circolare del Ministero dell’Interno - Dipartimento per le libertà civili e l’immigrazione n. 8855 del 25/07/2014 – prevede l’accoglienza di minori stranieri non accompagnati, nella rete SPRAR (Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati) con impegno ad aumentare in maniera congrua la capienza di posti.

La D.G.R. n. 308 del 17 marzo 2015 ha definito “Disposizioni temporanee per l’accoglienza dei minori stranieri non accompagnati. - Intesa tra Governo, Regioni ed Enti Locali sul Piano Nazionale per fronteggiare il flusso straordinario di cittadini extracomunitari (CU. n. 77 del 10/01/2014).

Il Ministero dell’Interno ha emanato, nell’ambito del programma FAMI Fondo Asilo Migrazione Integrazione, i seguenti Avvisi n. 1: “Qualificazione del sistema nazionale di prima accoglienza dei Minori Stranieri non Accompagnati (MSNA)” - n. 2: “Potenziamento della capacità ricettiva del sistema di seconda accoglienza dei Minori Stranieri non Accompagnati (MSNA)”.

LA SITUAZIONE DEI MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI

Il “numero dei minori stranieri non accompagnati” è in notevole aumento all’interno dei flussi migratori e, nel superiore interesse del minore, occorre assicurare condizioni di vita adeguate alla minore età, con riguardo alla protezione, al benessere e allo sviluppo anche sociale, conformemente a quanto previsto dall’art. 3 della Convenzione sui diritti del fanciullo del 20 novembre 1989, ratificata dalla legge 27 maggio 1991, n. 176.

LE LINEE DI INDIRIZZO

Per conseguire il suddetto obiettivo, vengono individuate linee di indirizzo e requisiti minimi per garantire servizi di accoglienza in grado di coniugare qualità ed appropriatezza degli interventi in favore dei minori stranieri non accompagnati (MSNA).

Viene pertanto recepito l’Accordo 16/64/CR9/C8-C15 sancito dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome in data 5 maggio 2016, relativo a “Requisiti minimi per la seconda accoglienza dei minori stranieri non accompagnati nel percorso verso l’autonomia”, allegato alla presente deliberazione di cui è parte integrante e sostanziale (a cui si rinvia).

LOMBARDIA

Comunicato regionale 3 giugno 2016 - n. 96 . Avviso pubblico per manifestazione di interesse associata a partecipare alla partnership di progetto relativa all’»Azione 4 - promozione della partecipazione attiva dei migranti, alla vita economica, sociale e culturale, anche attraverso la valorizzazione delle associazioni» dell’avviso adottato con decreto del 15 aprile 2016 dall’autorità delegata del fondo asilo, migrazione e integrazione 2014-2020 del lavoro e delle politiche sociali Piano d’intervento regionale per l’integrazione dei cittadini di paesi terzi. (BUR n. 23 dell’8.6.16)

«MISURA PER MISURA»

Atto quarto – Promozione della partecipazione

Regione Lombardia in attuazione delle proprie linee programmatiche e la fine di promuovere una maggiore correlazione delle politiche del lavoro con le politiche di integrazione intende partecipare all’avviso pubblicato dall’Autorità Delegata Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali con la presentazione di un **Piano d’intervento regionale per l’integrazione dei cittadini di paesi** dal titolo «**MISURA PER MISURA» Atto quarto – Promozione della partecipazione**», per la promozione di un sistema di governance multilivello e per l’attuazione di interventi efficaci in materia di integrazione di cittadini di paesi terzi relativi ai seguenti ambiti:

Azione 1 - Qualificazione del sistema scolastico in contesti multiculturali, anche attraverso azioni di contrasto alla dispersione scolastica

Azione 2 - Promozione dell’accesso ai servizi per l’integrazione

Azione 3 - Servizi di informazione qualificata, attraverso canali regionali e territoriali di comunicazione

Azione 4 - Promozione della partecipazione attiva dei migranti alla vita economica, sociale e culturale, anche attraverso la valorizzazione delle associazioni.

In particolare, mediante specifica manifestazione di interesse associata, Regione Lombardia, promuove la realizzazione e lo sviluppo di reti di soggetti pubblici e privati, per la progettazione, attivazione e successiva realizzazione dell'azione 4 relativa alla promozione della partecipazione attiva dei migranti, alla vita economica, sociale e culturale, anche attraverso la valorizzazione delle associazioni, prioritariamente nelle aree con alta presenza di stranieri sul territorio.

A TAL FINE AVVISA

Che sono aperti i termini per la presentazione delle candidature per i soggetti che intendono presentare manifestazione di interesse in risposta al presente avviso pubblico.

Sono ammessi a partecipare alla manifestazione di interesse associata di cui all'art.1, della manifestazione, con il ruolo di partner di progetto, così come descritto nell'avviso ministeriale, che assumeranno in caso di valutazione positiva dell'istanza in risposta alla presente manifestazione:

- 1) Organismi di diritto privato senza fini di lucro, associazioni e onlus, operanti nello specifico settore di riferimento» dotati di adeguata capacità tecnica ed economica e di caratteristiche e requisiti specifici e regolarmente iscritti nei registri regionali/nazionali;
- 2) Organismi ed organizzazioni internazionali o intergovernativi inseriti nella lista delle organizzazioni internazionali pubblicata dal Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale, operanti nello specifico settore di riferimento di cui all'avviso;
- 3) Società cooperative e società consortili operanti nello specifico settore di riferimento di cui all'avviso.

Sono altresì ammessi a partecipare alla manifestazione di interesse associata di cui all'art. 1 con il ruolo di soggetto aderente al progetto che assumeranno in caso di valutazione positiva dell'istanza in risposta alla presente manifestazione Associazioni migranti:

gli enti locali (in forma singola e/o associata)

reti territoriali esistenti (area discriminazione, conciliazione, reti istruzione ecc.)

altri soggetti interessati (Imprese, Fondazioni, Università, OO.SS, ecc.)

La rete che presenterà l'istanza dovrà essere così composta

1 ente di cui ai punti 1),2), 3) di cui al presente articolo

almeno 1 associazione di migranti

almeno 1 ente locale

Saranno altresì valorizzate le reti già presenti sul territorio e operanti attraverso specifici accordi e protocolli.

Tutti i soggetti della rete indicati che intendono presentare manifestazione di interesse associata in risposta al presente Avviso devono essere in possesso dei seguenti requisiti:

Requisiti gestionali: disporre di firma digitale

Requisiti costitutivi: statuto e atto costitutivo (per enti terzo settore)

Iscrizione negli appositi registri regionali e/o nazionale (per enti terzo settore)

Requisiti di capacità economica ovvero di autonomia finanziaria

Non sono ammesse a presentare manifestazione di interesse «associata» le persone fisiche o enti/organizzazioni non profit in forma individuale.

I requisiti sono dimostrati mediante autodichiarazione ai sensi del d.p.r. 28 dicembre 2000 n. 445 e attraverso la compilazione degli appositi moduli, secondo quanto specificato negli allegati.

Il termine per la presentazione della manifestazione di interesse associata è fissato perentoriamente al **24 giugno 2016 alle ore 12.00.**

L'istanza ed i relativi allegati C) e D), compresa copia di un documento di identità dei dichiaranti, scansionati in formato pdf non modificabile, tutti raccolti in un unico file, salvo scheda anagrafica (allegato E) e scheda esperienze (allegato F) che dovrà essere salvata in formato excel, dovranno

essere trasmessi, dal soggetto coordinatore della rete ovvero da uno dei soggetti del terzo settore, mediante posta elettronica certificata al seguente indirizzo

PEC: redditodiautonomia@pec.regione.lombardia.it.

Il presente avviso sarà pubblicato in versione integrale sul sito Internet della direzione reddito di autonomia e inclusione sociale e sul BURL.

PIEMONTE

DGR 23.5.16, n. 40-3348 - Avviso pubblico multi-azione per la presentazione di progetti da finanziare a valere sul Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014 - 2020 - OS2 Integrazione/Migrazione legale - ON2 Integrazione - Piani d'intervento regionali per l'integrazione dei cittadini di Paesi Terzi. Candidatura della Regione Piemonte e delega alla direzione Coesione sociale ai relativi atti. (BUR n. 23 del 9.6.16)

Note

PREMESSA

L'Unione europea, con Regolamento n. 516 del 16/04/2014, ha istituito il Fondo Asilo, Migrazione, Integrazione 2014-2020 (qui di seguito FAMI) per le misure a sostegno della migrazione legale e per l'effettiva integrazione degli immigrati oltre che per interventi in materia di asilo. I tre obiettivi specifici europei riguardano la realizzazione di un sistema strutturato di accoglienza per i richiedenti asilo, misure per l'integrazione dei cittadini dei paesi terzi e promozione del Rimpatrio Volontario Assistito.

A seguito della strutturazione del fondo, gli Stati membri sono stati chiamati a stilare un Programma Nazionale contenente obiettivi e azioni da realizzarsi nel settennio di programmazione.

La Commissione Europea ha approvato il 3 agosto 2015 il Programma Nazionale (PN) presentato dall'Italia e redatto a seguito di un ampio processo di concertazione che ha coinvolto i diversi livelli istituzionali e gli stakeholder.

Un ruolo chiave è stato svolto dalla Regione Piemonte nella governance multilivello finalizzata a favorire lo sviluppo di politiche e interventi tesi ad agevolare processi positivi e partecipati per lo sviluppo di una società multiculturale, plurale e coesa.

LA CANDIDATURA

Viene approvata la candidatura della proposta progettuale "Piano regionale multi-azione per l'integrazione dei cittadini di Paesi terzi" sull'Avviso del Ministero dell'Interno del 15.04.2016, agli atti di questa amministrazione, e avente quale termine di scadenza la data del 20.07.2016;

La Regione Piemonte partecipa in qualità di Soggetto Capofila alle quattro azioni previste;

DD 1.6.16, n. 333 . Avviso di Manifestazione di interesse a partecipare alla partnership di progetto in riferimento all'Avviso pubblico multi-azione per la presentazione di progetti da finanziare a valere sul Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014 - 2020 - OS2 Integrazione/Migrazione legale -ON2 Integrazione - Piani d'intervento regionali per l'integrazione dei cittadini di Paesi terzi. (BUR n. 23 del 9.6.16)

Note

PREMESSA

In data 15.04.2016 l'Autorità Delegata - Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, ha pubblicato l'Avviso multi-azione - con scadenza il 20.07.2016- per la presentazione di progetti da finanziare a valere sul Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014 - 2020 - Obiettivo Specifico 2 - Integrazione/Migrazione legale - Obiettivo Nazionale 2 Integrazione - Piani d'intervento regionali per l'integrazione dei cittadini di Paesi terzi, per sostenere la realizzazione di piani d'intervento regionali per l'integrazione dei cittadini di paesi terzi presenti in Italia sulle seguenti 4 azioni tematiche:

Azione 01 - Qualificazione del sistema scolastico in contesti multiculturali, anche attraverso azioni di contrasto alla dispersione scolastica;

Azione 02 - Promozione dell'accesso ai servizi per l'integrazione;

Azione 03 - Servizi di informazione qualificata, attraverso canali regionali e territoriali di comunicazione;

□□ Azione 04 - Promozione della partecipazione attiva dei migranti alla vita economica, sociale e culturale, anche attraverso la valorizzazione delle associazioni;

Con la DGR 40-3348 del 23 maggio 2016 la quale la Giunta Regionale ha approvato la candidatura della Regione Piemonte all'Avviso del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 15.04.2016, "Piano regionale multi-azione per l'integrazione dei cittadini di Paesi terzi" e ha demandato alla Direzione Regionale Coesione Sociale tutti gli adempimenti amministrativi conseguenti ed utili per la predisposizione del piano regionale.

Il predetto Avviso ministeriale prevede che la Regione proponente, in qualità di capofila, costituisca un partenariato pubblico/privato per la co-progettazione e, in caso di approvazione da parte del ministero, per la realizzazione delle azioni progettuali.

Per la creazione di qualificate partnership territoriali e per la ricerca di un approccio innovativo nella realizzazione degli obiettivi previsti dall'Avviso ministeriale, è necessario il coinvolgimento attivo del terzo settore nella co-progettazione delle azioni, i cui soggetti devono essere selezionati attraverso l'attivazione di procedure ad evidenza pubblica;

A tal fine si procederà per la selezione dei partner del terzo settore tramite la pubblicazione degli avvisi di cui agli allegati 01, 02 e 03 al presente provvedimento – parti integranti e sostanziali.

Sono ammessi a partecipare ai suddetti avvisi in ossequio ai principi di trasparenza, imparzialità, partecipazione e parità di trattamento, immanenti all'art. 12 della legge 241 del 1990, facendo ricorso all'istituto della co-progettazione, previsto dall'art. 7 del DPCM del 30 marzo 2001 i seguenti soggetti:

1. Organismi di diritto privato senza fini di lucro, Fondazioni, Associazioni e Onlus, operanti nello specifico settore di riferimento oggetto dell'Avviso, ivi compresi gli enti e le associazioni iscritti al Registro di cui all'art. 42 del T.U. in materia di immigrazione, e gli enti ecclesiastici civilmente riconosciuti ai sensi dell'art. 7 della Legge n. 222/1985;

2. Società Cooperative e Società Consortili operanti nello specifico settore di riferimento oggetto dell'Avviso. Se il soggetto è organizzato in forma di società cooperativa, ex art. 2511 c.c., o come società consortile, ex art. 2615 ter. c.c., esso deve avere finalità mutualistiche e deve essere regolarmente iscritto all'Albo delle società cooperative istituito con D.M. 23.06.2004

La Regione Piemonte ha individuato le seguenti aree territoriali:

area 1: provincia di Novara, Vercelli, Biella e Verbano-Cusio-Ossola

area 2: provincia di Asti e Alessandria

area 3: provincia di Cuneo

area 4 : Città di Torino

area 5 : Area Metropolitana di Torino

I soggetti che risponderanno al presente Avviso potranno candidarsi per una sola area territoriale. I soggetti dovranno garantire capacità di svolgere le attività, che verranno co-progettate, su tutta l'area territoriale per la quale il soggetto si è candidato.

In riferimento alle azioni 01. e 02. la Regione Piemonte si riserva, per ciascun ambito, di individuare i territori specifici sui quali verranno realizzate le azioni, anche in relazione ai soggetti pubblici (partner obbligatori) che verranno successivamente determinati.

Si stabilisce quale data di scadenza dei presenti Avvisi il 17 giugno 2016 entro le ore 12.00, pena l'impossibilità per la Regione Piemonte di presentare il proprio Piano regionale Multi-Azione al Ministero.

La documentazione regolarmente pervenuta nel termine sopra indicato verrà aperta, in seduta aperta al pubblico, nei tempi indicati nei singoli avvisi (allegati 01, 02 e 03 al presente provvedimento).

I soggetti selezionati saranno convocati a partecipare al primo incontro di co-progettazione che si svolgerà nelle date del 29 e 30 giugno 2016. Modalità e luogo verranno definiti tramite successiva comunicazione via pec.

Gli Avvisi, (allegato 01, 02 e 03) saranno pubblicati sul sito della Regione Piemonte – sezione Bandi e finanziamenti <http://www.regione.piemonte.it/bandipiemonte/cms/> e al seguente indirizzo <http://www.regione.piemonte.it/pariopportunita/cms/>

Al fine di procedere alla selezione dei candidati, sarà nominata dal Direttore alla Coesione Sociale la Commissione di valutazione.

Al termine della valutazione delle manifestazioni d'interesse pervenute, verranno redatte apposite graduatorie, che saranno approvate con successivo provvedimento.

Il presente avviso è a scopo esclusivamente esplorativo e non comporta l'instaurazione di posizioni giuridiche, obblighi negoziali o l'attivazione di rapporti di collaborazione con la Regione Piemonte, che si riserva la potestà di sospendere, modificare o annullare, in tutto o in parte, il procedimento di cui trattasi, con atto motivato, nei casi previsti dalla normativa vigente.

GLI AVVISI

Vengono approvati gli Avvisi di cui agli Allegati 01, 02 e 03 parti integranti e sostanziali alla presente determinazione, per l'individuazione degli Organismi del Terzo settore per la co-progettazione delle Azioni 01, 02 e 04 del Piano d'intervento regionale per l'integrazione dei cittadini di Paesi terzi – a valere sul Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014 – 2020

Allegato

Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020

Allegato 01 det. num ____ del _____

Avviso pubblico regionale per la selezione di partner privati per la coprogettazione e la successiva presentazione di un progetto regionale a valere sull'Avviso multi azione Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020 –

Obiettivo Specifico Integrazione/Migrazione legale – ON2 Integrazione – Piani di intervento regionali per l'integrazione dei cittadini di Paesi terzi. AZIONE 01 “QUALIFICAZIONE DEL SISTEMA SCOLASTICO IN CONTESTI MULTICULTURALI ANCHE ATTRAVERSO AZIONI DI CONTRASTO ALLA DISPERSIONE SCOLASTICA”

PREMESSA:

La Regione Piemonte, in attuazione delle proprie linee programmatiche in tema di politiche migratorie, intende partecipare all'avviso pubblico per la presentazione di progetti da finanziare a valere sul Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020 –

Obiettivo Specifico Integrazione/Migrazione legale – ON2 Integrazione – Piani di intervento regionali per l'integrazione dei cittadini di Paesi terzi – Azione 01

“Qualificazione del sistema scolastico in contesti multiculturali anche attraverso azioni di contrasto alla dispersione scolastica”

Per la realizzazione degli interventi, così come enucleati nell'avviso Ministeriale punto 5.2 (Azione 1) cui si rimanda, la Regione Piemonte d'intesa con l'Ufficio Scolastico Regionale-Soggetto Aderente ha valutato, in sede di progettazione, l'opportunità di ampliare la rete di partenariato ad organismi di diritto privato senza scopo di lucro, da selezionarsi tramite il presente avviso.

L'avviso ministeriale specifica, altresì, che “in caso di partenariato con organismi di diritto privato, al fine di assicurare il rispetto dei principi di trasparenza, imparzialità, partecipazione e parità di trattamento, nonché la massima efficacia e il tempestivo avvio delle attività progettuali, i Capofila dovranno presentare proposte progettuali elaborate attraverso un percorso di co-progettazione gestito mediante l'espletamento di adeguate procedure di evidenza pubblica, nel rispetto dei principi immanenti all'art.12 della L. 241/1990 e delle linee guida contenute al paragrafo 5 della Delibera ANAC n.32 del 20.1.2016”.

Sono partner obbligatori di progetto gli istituti scolastici di istruzione primaria o secondaria che verranno individuati dalla Regione Piemonte d'intesa con USR.

1. SOGGETTI

A tal fine, sono ammessi a partecipare alla presentazione di proposte progettuali a valere sul presente Avviso in qualità di partner:

a) Organismi di diritto privato senza fini di lucro, Fondazioni, Associazioni e Onlus, operanti nello specifico settore di riferimento oggetto dell'Avviso, ivi compresi gli enti e le associazioni iscritti al

Registro di cui all'art. 42 del T.U. in materia di immigrazione, e gli enti ecclesiastici civilmente riconosciuti ai sensi dell'art. 7 della Legge n. 222/1985.

b) Società Cooperative e Società Consortili operanti nello specifico settore di riferimento oggetto dell'Avviso dotati di comprovata esperienza nel campo dell'integrazione dei cittadini di paesi terzi. Se il soggetto è organizzato in forma di società cooperativa, ex art. 2511 c.c., o come società consortile, ex art. 2615 ter. c.c., esso deve avere finalità mutualistiche ed essere regolarmente iscritto all'Albo delle società cooperative istituito con D.M. 23.06.2004.

In caso di risposta al presente avviso da parte di un soggetto in forma associata con Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020

Allegato 01 det. num ____ del _____

altri qualora tale proposta progettuale venisse selezionata da Regione Piemonte diventerà partner per la coprogettazione solo il soggetto che ha presentato il progetto.

2. AREE TERRITORIALI DI INTERVENTO

La ripartizione organizzativa di intervento è individuata nelle seguenti aree territoriali:

area 1: provincia di Novara, Vercelli, Biella e Verbano-Cusio-Ossola

area 2: provincia di Asti e Alessandria

area 3: provincia di Cuneo

area 4 : Città di Torino

area 5 : Area Metropolitana di Torino

I soggetti che risponderanno al presente Avviso potranno candidarsi per una sola area territoriale. I soggetti dovranno garantire capacità di svolgere le attività, che verranno co-progettate, su tutta l'area territoriale per la quale il soggetto si è candidato.

3. OBIETTIVI - INTERVENTI

Da un'analisi di contesto connessa ad un'esperienza maturata sino ad oggi sul territorio Piemontese emerge che il gap di apprendimento si verifica già nella scuola primaria prevalentemente intorno agli otto anni di età.

Pertanto si ritiene opportuno attivare interventi innovativi e complementari alla scuola per prevenire e contenere il rischio di dispersione scolastica.

In particolare gli obiettivi specifici che la Regione Piemonte si prefigge sono i seguenti:

a) rafforzare la relazionalità, spesso debole negli alunni migranti anche di seconda generazione, attraverso modalità innovative che guardino anche la sfera del tempo libero alle relazioni con i coetanei ecc

b) creare uno stretto aggancio tra il mondo scolastico e il territorio, che consenta di realizzare un interscambio continuo tra i saperi scolastici e i saperi della vita, in relazione anche al background culturale del paese (famiglia) d'origine

c) intercettare gruppi target specifici di studenti e giovani in condizioni di marginalità, che possono essere raggiunti solo attraverso l'impiego di modalità e attività innovative rispetto ai canali e alle pratiche tradizionali

Fra le attività proposte dall'Avviso Ministeriale, la Regione Piemonte ritiene di dare priorità alle seguenti:

a) Interventi di rafforzamento dell'offerta formativa in materia di insegnamento della lingua italiana e potenziamento di percorsi di sensibilizzazione ai temi dell'integrazione e contrasto alla discriminazione in ambito scolastico;

b) Interventi di prevenzione dell'insuccesso e del ritardo scolastico degli alunni e studenti stranieri; anche attraverso il coinvolgimento di mediatori culturali e di associazioni del terzo settore;

c) Interventi di promozione del coinvolgimento attivo delle famiglie di migranti alla vita scolastica, valorizzando la capacità di accoglienza e di comunicazione da parte delle scuole;

d) Interventi di valorizzazione dell'identità culturale e delle esperienze di peer education, attraverso il coinvolgimento attivo di studenti e giovani, in particolare delle seconde generazioni;

4. DESTINATARI

La Regione Piemonte intende focalizzare le attività di intervento sul seguente target:

- ☐☐ **alunni con cittadinanza di paesi terzi di età compresa fra i 6 e i 16 anni**
- ☐☐ **alunni regolarmente presenti in Italia con background migratorio o nati in Italia, da almeno un genitore straniero, di età compresa fra i 6 e i 16 anni**

Con riferimento alla tipologia “cittadini di paesi terzi regolarmente presenti in Italia”, l’avviso ministeriale specifica che si intendono destinatari della proposta progettuale i cittadini di paesi terzi regolarmente soggiornanti sul territorio nazionale, ivi compresi i beneficiari di protezione internazionale, sussidiaria ed umanitaria secondo quanto disposto dal Regolamento (UE) n. 516/2014 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 aprile 2014. Non sono destinatari i cittadini di paesi terzi che hanno presentato una domanda di asilo, riguardo alla quale non è stata ancora presa una decisione definitiva.

Nella proposta progettuale dovrà essere indicato il numero indicativo di destinatari che si intendono raggiungere con le azioni proposte.

5. ATTIVITÀ E RUOLI

Nella sua qualità di Capofila la Regione Piemonte esercita le funzioni di coordinamento, supervisione e controllo degli interventi, promuove il consolidamento della governante e l’integrazione tra candidature di servizi pubblici e del privato sociale, la complementarità tra servizi ed uso delle risorse derivanti da finanziamenti pubblici comunitari, nazionali e regionali.

Il presente avviso ha uno scopo esclusivamente esplorativo e non comporta l’instaurazione di posizioni giuridiche in capo ai candidati né, parimenti, l’insorgere, in capo alla Regione Piemonte, dell’obbligo giuridico di procedere alla necessaria attivazione di rapporti di collaborazione.

Il Capofila si riserva la potestà di sospendere, modificare o annullare, in tutto o in parte, il procedimento di cui trattasi, con atto motivato, nei casi ammessi dalla normativa vigente, nonché di procedere alla co-progettazione ed alla presentazione del progetto regionale anche in presenza di una sola candidatura ritenuta valida.

Gli organismi selezionati a seguito del presente procedimento dovranno **operare in collaborazione** nel costituendo partenariato pubblico-privato, e ciò sia nella fase di coprogettazione, sia nella fase di realizzazione del progetto in caso di approvazione da parte dell’Autorità Responsabile.

Terminata la fase di co-progettazione degli interventi oggetto del presente avviso, il Capofila si riserva – a suo insindacabile giudizio – di definire, per ciascun partner, gli interventi, le attività e i relativi budget da affidare alla realizzazione di ciascuno di essi, anche tenuto conto delle proposte progettuali presentate in fase di candidatura.

6. DURATA E DECORRENZA DEL SERVIZIO

Le attività progettuali prenderanno avvio dalla comunicazione di avvenuta registrazione del decreto di approvazione della Convenzione di Sovvenzione da parte dei competenti organi di controllo e si concluderanno entro il 31/03/2018.

7. REQUISITI MINIMI DI PARTECIPAZIONE

I Soggetti di cui all’art. 1 che intendono presentare il proprio interesse al partenariato, candidando una proposta progettuale, devono essere in possesso dei seguenti requisiti maturati alla data di scadenza del termine della presentazione delle candidature:

- a) di non essere incorsi in alcuno dei motivi di esclusione indicati all’art. 80 del D.lgs. n. 50/2016, in quanto applicabili tenuto conto della natura giuridica dell’organismo che presenta la candidatura;
- b) di non essere incorsi, nei due anni precedenti, nei provvedimenti previsti dall’art. 44 del D.Lgs.286/1998 in relazione all’art.43 dello stesso T.U. Immigrazione per gravi comportamenti ed atti discriminatori;
- c) di avere disponibilità di firma digitale in corso di validità e di una casella di posta elettronica certificata;
- d) di avere una o più sedi operative nell’ambito territoriale per cui ci si candida;
- e) di avere un’esperienza almeno triennale sulle tematiche migratorie;
- f) di aver partecipato negli ultimi tre anni come soggetto promotore o partner a progetti a livello europeo, nazionale e locale sulle tematiche migratorie;

- g) di avere atto costitutivo e statuto dai quali emerge che l'organismo opera prevalentemente nello specifico settore oggetto dell'avviso;
- h) di avere autonomia finanziaria per lo svolgimento delle attività del progetto;
- i) di essere in possesso di regolarità contributiva (DURC);
- j) di essere iscritto al Registro delle Associazioni e degli Enti che svolgono attività a favore degli immigrati - 1a sezione; ovvero
- k) di non essere iscritto al Registro delle Associazioni e degli Enti che svolgono attività a favore degli immigrati - 1a sezione; nel qual caso si rimanda alle condizioni previste nell'allegato mod. A1 "autodichiarazioni partner" dell'avviso ministeriale;
- l) di rispettare tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in caso di assegnazione di budget.

Se il soggetto è organizzato in forma di società cooperativa, ex art. 2511 c.c., o come società consortile, ex art. 2615 ter. c.c., esso deve avere finalità mutualistiche e deve essere regolarmente iscritto all'Albo delle società cooperative istituito con D.M. 23.06.2004.

I requisiti sono dimostrati mediante autodichiarazione ai sensi del DPR 28 dicembre 2000, n. 445.

8. MODALITA' TERMINI DI PRESENTAZIONE

Al fine della candidatura al presente avviso si rimanda ad una attenta lettura dell'Avviso ministeriale, e dei relativi allegati, pubblicato con decreto del 15.04.2016 nonché dei documenti connessi al Programma Nazionale FAMI ad esso allegati ovvero collegati e di accettare le condizioni in essi previste;

L'istanza, redatta secondo le modalità sotto indicate e con i relativi allegati, **dovrà essere consegnata a mano, entro e non oltre le ORE 12,00 del 17/06/2016**, all'Ufficio Protocollo del Settore Politiche per le famiglie, giovani e migranti, pari opportunità e diritti - Direzione Coesione Sociale - Via Bertola, 34, - 10122 Torino, in busta chiusa, **recante l'indicazione del mittente** e la seguente dicitura:

Tale plico sigillato dovrà contenere al suo interno le seguenti buste chiuse, riportanti all'esterno le seguenti diciture:

Busta A- documentazione amministrativa

Busta B- proposta progettuale

L'Amministrazione regionale non assume alcuna responsabilità per eventuali disguidi nella trasmissione della candidatura imputabili a fatti di terzi, al caso fortuito o a forza maggiore.

L'Amministrazione regionale si riserva la facoltà di richiedere chiarimenti relativi alla documentazione presentata ai fini della candidatura.

Tutta la documentazione prodotta dovrà essere sottoscritta dal legale rappresentante.

BUSTA A

Documentazione amministrativa:

- istanza di candidatura (Allegato 01A del presente avviso)– munita di apposito bollo se dovuto ai sensi di legge – sottoscritta dal legale rappresentante dell'organismo proponente e
- copia di un documento d'identità del sottoscrittore in corso di validità (pena l'esclusione);
- una lettera di referenze, in originale, resa da parte di un istituto bancario dalla quale emerge la correttezza e la puntualità del candidato nell'adempimento degli impegni assunti con l'istituto.

BUSTA B

Avviso multi azione Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020 – Obiettivo Specifico Integrazione/Migrazione legale – ON2 Integrazione – Piani di intervento regionali per l'integrazione dei cittadini di Paesi terzi.

AZIONE 01 "QUALIFICAZIONE DEL SISTEMA SCOLASTICO IN CONTESTI MULTICULTURALI ANCHE ATTRAVERSO AZIONI DI CONTRASTO ALLA DISPERSIONE SCOLASTICA"

Proposta progettuale:

- 1) elenco delle esperienze maturate negli ultimi tre anni nel settore specifico di riferimento dell'avviso (Allegato 01B del presente avviso) in cui verranno specificati: o soggetto proponente (in

caso di presentazione del progetto in forma associata compilare la scheda anche con i dati del soggetto associato)

o ruolo svolto (capofila, partner, aderente)

o titolo del progetto

o tipologia dell'intervento (fare riferimento alle attività elencate al punto 3. del presente avviso)

o destinatari dell'intervento

o principali azioni realizzate dal soggetto

o fonti di finanziamento

o costo delle azioni realizzate dal soggetto

o costo complessivo del progetto/intervento

o ambito territoriale dove si è realizzato l'intervento

o elenco di convenzioni, protocolli d'intesa, accordi di programma e le lettere di adesione eventualmente stipulati per la realizzazione dei progetti segnalati

2) scheda di progetto (Allegato 01C del presente avviso)

3) scheda contenente la rappresentazione del soggetto che presenta la candidatura, in termini di capacità tecnico-strutturale con organigramma gestionale e con indicazione degli elementi che il candidato ritiene utile evidenziare ai fini della successiva valutazione (ad es. certificazioni di qualità ISO, iscrizione al registro di cui art.42, comma 2 del D.Lgs.286/98, iscrizione al registro UNAR di cui all'art. 6 del d.lgs. n. 215/2003 ecc.) (Allegato 01D del presente avviso);

4) curricula o profilo delle professionalità che si intende utilizzare negli ambiti di intervento e attività nei quali l'organismo si candida (Allegato 01E del presente avviso).

Si precisa che i nominativi delle professionalità che si propone di impiegare possono essere già determinati in fase di candidatura oppure possono essere determinati successivamente. Per i nominativi delle professionalità già determinati in fase di candidatura devono essere allegati al predetto modello anche i relativi curricula. Per le professionalità non determinabili nominativamente in fase di candidatura deve essere inserita nel predetto modello la descrizione dettagliata delle qualifiche che si propone di impiegare.

9. COMMISSIONE INCARICATA DELLA SCELTA DEI PARTNER

A seguito della ricezione delle candidature per la co-progettazione, preliminarmente la Regione Piemonte valuterà la regolarità formale delle candidature e la corrispondenza con i requisiti richiesti dal presente avviso regionale e dall'Avviso pubblico dell'Autorità Delegata del Fondo FAMI.

La documentazione regolarmente pervenuta nel termine previsto dal presente Avviso regionale verrà aperta, in seduta aperta al pubblico, dalla Commissione appositamente nominata, nella seguente data:

ORE 9,30

del GIORNO 20/06/2016

L'apertura dei plichi sarà effettuata presso la Regione Piemonte, Settore Politiche per le famiglie, giovani e migranti, pari opportunità e diritti - Direzione Coesione Sociale - Via Bertola, 34 – 10122 Torino

Alla seduta può assistere ciascun candidato, nella persona del proprio rappresentante legale ovvero di persona munita di delega appositamente conferita e copia del documento di identità del delegante.

Successivamente, in una o più sedute riservate, la commissione valuterà le candidature presentate nei termini previsti dall'Avviso ed ammissibili, applicando i criteri di valutazione ed i criteri motivazionali riportati nel presente avviso regionale.

Tutte le operazioni relative alla presente procedura saranno verbalizzate e l'Amministrazione regionale provvederà a comunicare a tutti i candidati l'esito della valutazione, approvata con apposita determinazione dirigenziale, in tempi compatibili con le scadenze previste dall'avviso ministeriale.

All'esito della valutazione del merito, la graduatoria sarà altresì pubblicata sul sito dell'Amministrazione regionale nella sezione "Bandi e Finanziamenti"

<http://www.regione.piemonte.it/bandipiemonte/cms/> e al seguente indirizzo:

<http://www.regione.piemonte.it/pariopportunita/cms/>

10. AMMISSIBILITÀ FORMALE DELLE CANDIDATURE

La candidatura sarà ritenuta ammissibile se:

pervenuta entro la data e l'ora di scadenza e secondo le modalità indicate nel presente avviso regionale;

contenente tutta la documentazione prevista dal presente avviso regionale.

Saranno escluse dalla valutazione di merito le candidature:

che non rispondono ai requisiti di ammissibilità previsti nel presente avviso regionale;

pervenute oltre la data e l'ora di scadenza oppure in difformità rispetto alle modalità indicate nel presente avviso regionale;

carenti di uno o più documenti previsti nel presente avviso regionale.

L'amministrazione regionale si riserva di individuare anche un solo partner nel caso di una sola candidatura valida.

11. VALUTAZIONE DI MERITO DELLE CANDIDATURE

La valutazione delle candidature avverrà in maniera comparativa, ad insindacabile giudizio della Commissione a tal fine incaricata dall'Amministrazione regionale, a seguito dell'attribuzione dei punteggi effettuata in base alla seguente griglia di valutazione:

TABELLA PER LA VALUTAZIONE DI MERITO

Elementi di valutazione Punteggio attribuibile Criteri motivazionali

1) Elenco delle esperienze maturate negli ultimi tre anni nel settore specifico di riferimento dell'avviso regionale

- Interventi di rafforzamento dell'offerta formativa in materia di insegnamento della lingua italiana e potenziamento di percorsi di sensibilizzazione ai temi dell'integrazione e contrasto alla discriminazione in ambito scolastico: fino a max 5

- Interventi di prevenzione dell'insuccesso e del ritardo scolastico degli alunni e studenti

Stranieri anche attraverso il coinvolgimento di mediatori culturali e di associazioni del terzo settore: fino a max 10

- Interventi di promozione del coinvolgimento attivo delle famiglie di migranti alla vita scolastica valorizzando la capacità di accoglienza e di comunicazione da parte delle scuole: fino a max 5

Interventi di valorizzazione dell'identità culturale e delle esperienze di peer education,

attraverso il coinvolgimento attivo di studenti e giovani, in particolare delle seconde generazioni: fino a max 5

Max punti 25

Conseguiranno una valutazione più elevata le candidature che conterranno un più elevato valore economico delle attività direttamente gestite dal candidato come centro di imputazione di costo in relazione alle singole tematiche, tenuto conto del punteggio massimo previsto per ciascuna di esse all'interno della presente tabella

2) Proposta progettuale,

inerente le tematiche dell'Azione 01 dell'Avviso ministeriale, con riferimento alla qualificazione del sistema scolastico in contesti multiculturali anche attraverso azioni di contrasto alla dispersione scolastica dei cittadini di Paesi terzi, con indicazione delle attività, delle azioni, dei servizi che si propongono anche in termini di innovatività e valore aggiunto, per i quali l'organismo si candida con particolare attenzione agli obiettivi specifici indicati nel punto 3 del presente avviso.

Max punti 35

Conseguiranno una valutazione più elevata le candidature che presenteranno azioni, attività e servizi innovativi, soprattutto in termini di modalità tipologiche e metodologiche per la realizzazione degli interventi per i quali ci si candida, in funzione del raggiungimento degli obiettivi generali e specifici

3) Coinvolgimento della rete territoriale pubblica e privata negli ultimi tre anni.

Max punti 20

Conseguiranno una valutazione più elevata le candidature che conterranno il più elevato numero di convenzioni, protocolli di intesa e accordi di programma sottoscritti nei tre anni anteriori la data di pubblicazione del presente avviso - e lettere di adesione. Tali documenti, che il soggetto che si candida al partenariato ha in essere e che ritiene opportuno segnalare, dovranno essere attinenti l'oggetto dell'Azione 01, sottoscritti con enti pubblici e privati, e inerenti attività e servizi rivolti ai destinatari del presente avviso.

4) Organizzazione dell'organismo che presenta la candidatura in termini di **capacità tecnico/strutturale con organigramma gestionale.**

Max punti 10

Conseguiranno una valutazione più elevata i soggetti che dimostreranno una capacità organizzativa nel formulare proposte sostenibili in relazione alle strutture disponibili all'organigramma gestionale e alle eventuali certificazioni di cui è in possesso.

5) Organizzazione dell'organismo che presenta la candidatura, in termini di **curricula delle professionalità che si intendono utilizzare negli ambiti di intervento e attività nei quali l'organismo si candida.**

Max punti 10

Conseguiranno una valutazione più elevata le candidature che conterranno un più elevato grado di adeguatezza e coerenza della professionalità per ciascuna figura proposta in relazione agli ambiti di intervento/attività cui l'organismo si candida, anche in termini di esperienze e conoscenze specialistiche.

PUNTEGGIO TOTALE 100

12. GRADUATORIA

A seguito di valutazione delle candidature pervenute, la commissione procederà a stilare una graduatoria di merito per ogni ambito territoriale. La co-progettazione sarà realizzata con i soggetti che avranno ottenuto il punteggio più alto in ogni singola graduatoria. In caso di parimerito nella singola graduatoria tutti i soggetti con punteggio più alto parteciperanno alla co-progettazione.

In caso di candidatura in forma associata, la valutazione sarà complessiva e sarà chiamato a co-progettare il solo soggetto proponente.

I soggetti così individuati, saranno informati tempestivamente tramite PEC e convocati per una prima riunione di co-progettazione in tempi brevissimi.

13. RISORSE

Sulla base delle risorse finanziarie previste dall'Avviso ministeriale, la Regione Piemonte intende dedicare una somma, pari ad almeno il 73% del budget previsto per l'azione 01 alle attività da co-progettare fra i partner pubblici e privati

In fase di co-progettazione si valuteranno ruoli e budget che verranno assegnati agli attuatori pubblici e privati.

14. VERIFICHE E CONTROLLI

L'amministrazione regionale si riserva di effettuare gli opportuni controlli rispetto alle dichiarazioni rese o di richiedere copia autentica della documentazione.

Il presente avviso ha scopo esclusivamente esplorativo e non comporta l'instaurazione di posizioni giuridiche, obblighi negoziali o all'attivazione di rapporti di collaborazione con la Regione Piemonte che si riserva la potestà di sospendere, modificare o annullare, in tutto o in parte, il procedimento di cui trattasi, con atto motivato, ai sensi della normativa vigente, nonché di procedere anche in presenza di una sola manifestazione di interesse valida.

15. PUBBLICAZIONE DELL'AVVISO

Il presente Avviso è pubblicato in versione integrale sul sito Internet:

<http://www.regione.piemonte.it/pariopportunita/cms/>, sul BUR della Regione Piemonte e nella sezione Bandi e Finanziamenti del sito regionale.

16. INFORMATIVA PRIVACY

I dati raccolti saranno trattati, ex D.Lgs. 196/03, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento e nel rispetto della suddetta normativa.

Tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la riservatezza e diritti dell'operatore.

17. RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Il responsabile del procedimento è la Dott. ssa Antonella Caprioglio

Per informazioni:

immigrazione@regione.piemonte.it

Allegato 01A

Applicare marca da bollo da € 16,00

Se dovuta ai sensi di legge

Alla Regione Piemonte

all'Ufficio Protocollo del Settore Politiche per le famiglie, giovani e migranti, pari opportunità e diritti – Direzione Coesione Sociale – Via Bertola, 34, – 10122 Torino

PEC coesionesociale@cert.regione.piemonte.it

OGGETTO: Avviso pubblico regionale per la selezione di partner privati per la co-progettazione e la successiva presentazione di un progetto regionale a valere sull'Avviso multiazione Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020 – Obiettivo Specifico Integrazione/Migrazione legale – ON2 Integrazione – Piani di intervento regionali per l'integrazione dei cittadini di Paesi terzi – Azione 01 “QUALIFICAZIONE DEL SISTEMA SCOLASTICO IN CONTESTI MULTICULTURALI ANCHE ATTRAVERSO AZIONI DI CONTRASTO ALLA DISPERSIONE SCOLASTICA”. ISTANZA DI CANDIDATURA

Il sottoscritto in qualità di legale rappresentante del Soggetto

CHIEDE

di partecipare alla selezione indetta con l'Avviso pubblico di cui in oggetto.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del d.p.r. n. 445 del 28.12.2000 e successive modifiche, nonché consapevole di quanto previsto all'art. 75 del predetto d.p.r. n. 445/2000,

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.p.r. n. 445/2000:

di essere nato a (Prov.) il.....;

di essere residente a in Via
..... n. c.a.p. C.F.

.....;
Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020

Allegato 01 det. num ____ del _____

di rivestire la qualità di legale rappresentante del Soggetto denominato
....., C.F., P.I.V.A.

.....;
 che il sopra indicato Soggetto ha sede legale a
..... in Via c.a.p.
..... Tel., Fax PEC
..... Email; posizione INPS.....

INAILe CCNL applicato.....

di non incorrere in alcuno dei motivi di esclusione indicati all'art. 80 del D.lgs. n. 50/2016, in quanto applicabili tenuto conto della natura giuridica del soggetto che presenta la candidatura;

di conoscere pienamente l'Avviso ministeriale, nonché i relativi allegati, pubblicato con decreto del 15.04.2016 e i documenti connessi al Programma Nazionale FAMI ad esso allegati ovvero collegati e di accettare le condizioni in essi previste;

di non essere incorso, nei due anni precedenti, nei provvedimenti previsti dall'art. 44 del D.Lgs.286/1998 in relazione all'art.43 dello stesso T.U. Immigrazione per gravi comportamenti ed atti discriminatori;

di avere la disponibilità di una firma digitale in corso di validità e di una casella di posta elettronica certificata;

- di avere una o più sedi operative nell'ambito territoriale per cui ci si candida

- di avere un'esperienza almeno triennale sulle tematiche migratorie.

- di aver partecipato negli ultimi tre anni come soggetto promotore o partner a progetti a livello europeo, nazionale, e locale sulle tematiche migratorie ;

- **di avere atto costitutivo e statuto dai quali emerga che l'organismo opera prevalentemente nello specifico settore oggetto dell'avviso ;**

- **di avere autonomia finanziaria per lo svolgimento delle attività del progetto;**

- **di essere in possesso di regolarità contributiva (DURC)**

di:

essere iscritto al Registro delle Associazioni e degli Enti che svolgono attività a favore degli immigrati - 1a sezione;

non essere iscritto al Registro delle Associazioni e degli Enti che svolgono attività a favore degli immigrati - 1a sezione; (nel qual caso specificare quale è il requisito in possesso del candidato con riferimento alle condizioni previste nell'Allegato - mod. A1 autodichiarazioni partner - dell'Avviso ministeriale)

di rispettare tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in caso di assegnazione di budget;

di avere autonomia finanziaria per lo svolgimento delle attività del progetto;

di mettere a disposizione le seguenti sedi operative per la realizzazione del progetto:

-

-

dichiara inoltre:

Il nominativo del referente di progetto

l'indirizzo di posta elettronica certificata

l'indirizzo e-mail

il numero di telefono

Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020

Allegato 01 det. num ____ del _____

(in caso di soggetto organizzato in forma di società cooperativa, ex art. 2511 c.c., o come società consortile, ex art. 2615 ter. c.c. avente finalità mutualistiche): di essere regolarmente iscritto all'Albo delle società cooperative istituito con D.M.

23.06.2004 gestito da _____ al n. _____.

A tali fini

ALLEGA:

copia di un documento d'identità del sottoscrittore in corso di validità (pena l'escusione);

una lettera di referenze, in originale, resa da parte di un istituto bancario dalla quale emerga la correttezza e la puntualità del candidato nell'adempimento degli impegni assunti con l'istituto.

Firma

Luogo/data

ATTENZIONE: Se la presente istanza viene sottoscritta da un procuratore dell'organismo, la procura notarile deve essere anche allegata, in originale o in copia autentica notarile, alla presente istanza.

Allegato 01B

**ELENCO DELLE ESPERIENZE MATURATE NEGLI ULTIMI TRE ANNI (2013-2015)
NEL SETTORE SPECIFICO DI RIFERIMENTO DELL'AVVISO**

(N.B. la presente tabella deve essere compilata e sottoscritta esclusivamente dal Soggetto Proponente. In caso di presentazione del progetto in forma associata, il Soggetto Proponente presenterà un'unica tabella, in cui inserirà anche i progetti/interventi realizzati dai soggetti associati,

avendo cura di indicarne il nominativo nella colonna appositamente dedicata: “Soggetto che ha maturato l’esperienza”)

N° Soggetto che ha maturato l’esperienza

Ruolo svolto

(Capofila/Part ner /soggetto aderente)

Titolo Tipologia dell’intervento

(fare riferimento alle attività elencate al punto 3 del presente avviso)

Elenco dei partner

(se pertinente)

Destinatari dell’intervento (numero e tipologia)

Principali azioni realizzate dal Soggetto

Fonte di finanziamento

Costo delle azioni realizzate dal Soggetto

Costo complessivo del progetto/intervento

Ambito territoriale dove si è realizzato l’intervento

Elenco di convenzioni/protocolli di intesa/accordi di programma eventualmente stipulati per la realizzazione dei progetti segnalati

1

2

3

4

5

Allegato 01C

SCHEMA DI PROGETTO

Soggetto Proponente

Elenco dei soggetti associati

(da compilare solo in caso di presentazione del progetto in forma associata)

Titolo progetto

Ambito Territoriale di riferimento

Costo del progetto €

N° destinatari indicativamente previsti

(da compilare utilizzando carattere Arial 11; interlinea singola)

CONTENUTI DEL PROGETTO

1. ANALISI DI CONTESTO

(Illustrare il contesto di riferimento ed evidenziare le problematiche che si intendono affrontare, con particolare riferimento all’ambito territoriale in cui si intende operare - Massimo 1 pagina)

2. DESTINATARI DELL’INTERVENTO

Numero e tipologia dei destinatari dell’intervento

(Indicare, se possibile, il numero complessivo dei destinatari, genere, nazionalità, classi di età prevalenti, caratteristiche e specificità dei target coinvolti (max ½ pagina)

3. OBIETTIVI DEL PROGETTO

(Descrivere obiettivi della proposta progettuale, in relazione al contesto, alla tipologia di destinatari e tenendo conto degli obiettivi specifici individuati dalla Regione Piemonte al punto 3 del presente avviso- Massimo ½ pagina)

4. ATTIVITA’ PROGETTUALI

(Descrivere la proposta progettuale specificando le fasi intervento e le attività previste, in modo correlato rispetto agli obiettivi - Massimo 2 pagine)

5. METODOLOGIA DI INTERVENTO

(Descrivere metodologie e strumenti utilizzati per la realizzazione delle attività, evidenziandone gli elementi di innovatività; Massimo 2 pagine)

6. SPERIMENTAZIONI

(Descrivere le eventuali sperimentazioni che il Soggetto intende realizzare. Qualora non si prevedano sperimentazioni, questa sezione non deve essere compilata) – max 1 pagina

7. RISULTATI ATTESI

(max ½ pagina)

8. RETE TERRITORIALE DI INTERVENTO

(Descrivere le modalità di attivazione della rete territoriale; indicare i soggetti che la comporranno e i rispettivi ruoli. Massimo 1 pagina)

9. COMPLEMENTARIETA' DEL PROGETTO CON ALTRI INTERVENTI ATTIVI SUL TERRITORIO DI RIFERIMENTO

(Evidenziare la complementarietà dell'intervento con altre azioni, misure o progetti già attivi a livello territoriale. E' possibile fare riferimento anche ad interventi per ora solo programmati e/o prossimi all'avvio). – max 1 pagina)

10. SOSTENIBILITA' FUTURA

(Indicare se e come saranno messe in atto misure idonee a garantire la sostenibilità futura del progetto) – max ½ pagina – 26 righe)

11. GESTIONE DEL PROGETTO:

1. ORGANIZZAZIONE DEL GRUPPO DI LAVORO

Qualora la proposta fosse presentata in associazione con altri soggetti descrivere le modalità operative di raccordo con gli eventuali soggetti che compongono il partenariato.

Specificare le modalità di coordinamento con i soggetti della rete territoriale Max 1/2 pagina

2. COPERTURA TERRITORIALE (Specificare le sedi operative attive nell'area territoriale in cui il soggetto proponente intende candidarsi) – max 1 pagina

Data, _____

Firma del Legale Rappresentante del
Soggetto Proponente del Progetto

Timbro

Allegato 01D

CAPACITA' TECNICO/STRUTTURALI CON ORGANIGRAMMA GESTIONALE

(N.B. la presente tabella deve essere compilata e sottoscritta esclusivamente dal Soggetto Proponente. In caso di presentazione del progetto in forma associata, il Soggetto Proponente presenterà un'unica tabella, in cui inserirà anche le capacità tecnico/strutturali e gestionali dai soggetti associati)

N° Soggetto Organizzazione gestionale

Strutture (adeguatezza, per ogni sede operativa, della struttura, in termini sia di spazi fisici, attrezzature Specialistiche, ecc.)

Certificazioni (es: certificazioni di qualità)

1

2

3

4

5

...

Allegato 01E

Tabella dei profili professionali1

(Compilare con riferimento agli interventi e relative attività per i quali ci si candida come descritte nella proposta progettuale)

Intervento:

Attività proposta/e:

Profilo professionale**Qualifiche****(Descrizione)****Nominativo****(Ove determinabile)****Tipologia di contratto****(Indicare se personale interno o personale esterno)**

1 Per i nominativi già determinati in fase di candidatura devono essere allegati i relativi curricula. Il CV deve contenere la liberatoria per la privacy, deve essere datato e firmato dall'interessato; per le professionalità non determinabili nominativamente in fase di candidatura inserire la descrizione dettagliata delle qualifiche che si intende impiegare.

Avviso pubblico regionale per la selezione di partner privati per la co-progettazione e la successiva presentazione di un progetto regionale a valere sull'Avviso multi azione Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020 – Obiettivo Specifico Integrazione/Migrazione legale – ON2 Integrazione – Piani di intervento regionali per l'integrazione dei cittadini di Paesi terzi.

AZIONE 02 “PROMOZIONE DELL'ACCESSO AI SERVIZI PER L'INTEGRAZIONE”**PREMESSA:**

La Regione Piemonte, in attuazione delle proprie linee programmatiche in tema di politiche migratorie, intende partecipare all'avviso pubblico per la presentazione di progetti da finanziare a valere sul Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020 – **Obiettivo Specifico Integrazione/Migrazione legale – ON2 Integrazione – Piani di intervento regionali per l'integrazione dei cittadini di Paesi terzi – Azione 02 “Promozione dell'accesso ai servizi per l'integrazione”**

Per la realizzazione degli interventi, così come enucleati nell'avviso Ministeriale punto 5.2 (Azione 2) cui si rimanda, la Regione Piemonte ha valutato, in sede di progettazione, l'opportunità di ampliare la rete di partenariato ad organismi di diritto privato senza scopo di lucro, da selezionarsi tramite il presente avviso.

L'avviso ministeriale specifica, altresì, che “in caso di partenariato con organismi di diritto privato, al fine di assicurare il rispetto dei principi di trasparenza, imparzialità, partecipazione e parità di trattamento, nonché la massima efficacia e il tempestivo avvio delle attività progettuali, i Capofila dovranno presentare proposte progettuali elaborate attraverso un percorso di **co-progettazione** gestito mediante l'espletamento di adeguate procedure di evidenza pubblica, nel rispetto dei principi immanenti all'art.12 della L. 241/1990 e delle linee guida contenute al paragrafo 5 della Delibera ANAC n.32 del 20.1.2016”.

Sono partner obbligatori di progetto gli Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali, che saranno individuati dalla Regione Piemonte in collaborazione con il coordinamento degli Enti Gestori.

1. SOGGETTI

A tal fine, sono ammessi a partecipare alla presentazione di proposte progettuali a valere

a) Organismi di diritto privato senza fini di lucro, Fondazioni, Associazioni e Onlus, operanti nello specifico settore di riferimento oggetto dell'Avviso, ivi compresi gli enti e le associazioni iscritti al Registro di cui all'art. 42 del T.U. in materia di immigrazione, e gli enti ecclesiastici civilmente riconosciuti ai sensi dell'art. 7 della Legge n. 222/1985.

b) Società Cooperative e Società Consortili operanti nello specifico settore di riferimento oggetto dell'Avviso dotati di comprovata esperienza nel campo dell'integrazione dei cittadini di paesi terzi. Se il soggetto è organizzato in forma di società cooperativa, ex art. 2511 c.c., o come società consortile, ex art. 2615 ter. c.c., esso deve avere finalità mutualistiche ed essere regolarmente iscritto all'Albo delle società cooperative istituito con D.M. 23.06.2004.

In caso di risposta al presente avviso da parte di un soggetto in forma associata con altri, qualora tale proposta progettuale venisse selezionata dalla Regione Piemonte, diventerà partner per la co-progettazione solo il soggetto che ha presentato il progetto.

2. AREE TERRITORIALI DI INTERVENTO

La ripartizione organizzativa di intervento è individuata nelle seguenti aree territoriali: Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020

area 1: provincia di Novara, Vercelli, Biella e Verbano-Cusio-Ossola

area 2: provincia di Asti e Alessandria

area 3: provincia di Cuneo

area 4 : Città di Torino

area 5 : Area Metropolitana di Torino

I soggetti che risponderanno al presente Avviso potranno candidarsi per una sola area territoriale. I soggetti dovranno garantire capacità di svolgere le attività, che verranno coprogettate, su tutta l'area territoriale per la quale il soggetto si è candidato.

3. OBIETTIVI - INTERVENTI

In relazione all'obiettivo prefissato dal Ministero nell'ambito dell'Azione 02 : “Facilitare e qualificare i percorsi di integrazione dei cittadini stranieri attraverso l'organizzazione di un sistema integrato di servizi territoriali (lavoro, integrazione, alloggio, salute e istruzione)”, la Regione Piemonte ritiene di dare priorità alle seguenti attività:

- a) Interventi per migliorare l'offerta di servizi ai migranti, attraverso servizi informativi, di mediazione linguistica culturale, accesso alla casa e ai servizi sanitari.
- b) Interventi volti alla semplificazione delle informative/comunicazioni relative ai servizi attivi sul territorio (per es. modulistica multilingua, semplificazione di terminologie amministrative e sanitarie, ecc.)

4. DESTINATARI

La Regione Piemonte intende focalizzare le attività di intervento sul seguente target:

Cittadini di paesi terzi regolarmente presenti in Italia, ivi compresi i titolari di protezione internazionale

Con riferimento alla tipologia “Cittadini di paesi terzi regolarmente presenti in Italia”, l'avviso ministeriale specifica che si intendono destinatari della proposta progettuale i cittadini di paesi terzi regolarmente soggiornanti sul territorio nazionale, ivi compresi i beneficiari di protezione internazionale, sussidiaria ed umanitaria secondo quanto disposto dal Regolamento (UE) n. 516/2014 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 aprile 2014. Non sono destinatari i cittadini di paesi terzi che hanno presentato una domanda di asilo, riguardo alla quale non è stata ancora presa una decisione definitiva.

Nella proposta progettuale dovrà essere indicato il numero indicativo di destinatari che si intendono raggiungere con le azioni proposte.

5. ATTIVITÀ E RUOLI

Nella sua qualità di Capofila la Regione Piemonte esercita le funzioni di coordinamento, supervisione e controllo degli interventi, promuove il consolidamento della governance e l'integrazione tra candidature di servizi pubblici e del privato sociale, la complementarità tra servizi ed uso delle risorse derivanti da finanziamenti pubblici comunitari, nazionali e regionali.

Il presente avviso ha uno scopo esclusivamente esplorativo e non comporta l'instaurazione di posizioni giuridiche in capo ai candidati né, parimenti, l'insorgere, in capo alla Regione Piemonte, dell'obbligo giuridico di procedere alla necessaria attivazione di rapporti di collaborazione.

Il Capofila si riserva la potestà di sospendere, modificare o annullare, in tutto o in parte, il procedimento di cui trattasi, con atto motivato, nonché di procedere alla coprogettazione ed alla presentazione del progetto regionale anche in presenza di una sola candidatura ritenuta valida.

Gli organismi selezionati a seguito del presente procedimento dovranno **operare in collaborazione** nel costituendo partenariato pubblico-privato, e ciò sia nella fase di coprogettazione, sia nella fase di realizzazione del progetto in caso di approvazione da parte dell'Autorità Responsabile.

Terminata la fase di co-progettazione degli interventi oggetto del presente avviso, il Capofila si riserva – a suo insindacabile giudizio – di definire, per ciascun partner, gli interventi, le attività e i relativi budget da affidare alla realizzazione di ciascuno di essi, anche tenuto conto delle proposte progettuali presentate in fase di candidatura.

6. DURATA E DECORRENZA DEL SERVIZIO

Le attività progettuali prenderanno avvio dalla comunicazione di avvenuta registrazione del decreto di approvazione della Convenzione di Sovvenzione da parte dei competenti organi di controllo e si concluderanno entro il 31/03/2018.

7. REQUISITI MINIMI DI PARTECIPAZIONE

I Soggetti di cui all'art. 1 che intendono presentare il proprio interesse al partnerariato, candidando una proposta progettuale, devono essere in possesso dei seguenti requisiti maturati alla data di scadenza del termine della presentazione delle candidature:

- a) di non essere incorsi in alcuno dei motivi di esclusione indicati all'art. 80 del D.lgs. n. 50/2016, in quanto applicabili tenuto conto della natura giuridica dell'organismo che presenta la candidatura;
- b) di non essere incorsi, nei due anni precedenti, nei provvedimenti previsti dall'art. 44 del D.Lgs.286/1998 in relazione all'art.43 dello stesso T.U. Immigrazione per gravi comportamenti ed atti discriminatori;
- c) di avere disponibilità di firma digitale in corso di validità e di una casella di posta elettronica certificata;
- d) di avere una o più sedi operative nell'ambito territoriale per cui ci si candida;
- e) di avere un'esperienza almeno triennale sulle tematiche migratorie;
- f) di aver partecipato negli ultimi tre anni come soggetto promotore o partner a progetti a livello europeo, nazionale e locale sulle tematiche migratorie;
- g) di avere atto costitutivo e statuto, dai quali emerga che l'organismo opera prevalentemente nello specifico settore oggetto dell'avviso;
- h) di avere autonomia finanziaria per lo svolgimento delle attività del progetto;
- i) di essere in possesso di regolarità contributiva (DURC);
- j) di essere iscritto al Registro delle Associazioni e degli Enti che svolgono attività a favore degli immigrati - 1a sezione; ovvero
- k) di non essere iscritto al Registro delle Associazioni e degli Enti che svolgono attività a favore degli immigrati - 1a sezione (nel qual caso si rimanda alle condizioni previste nell'Allegato - mod. A1 autodichiarazioni partner - dell'Avviso ministeriale)
- l) di rispettare tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in caso di assegnazione di budget.

Se il soggetto è organizzato in forma di società cooperativa, ex art. 2511 c.c., o come società consortile, ex art. 2615 ter. c.c., esso deve avere finalità mutualistiche e deve essere regolarmente iscritto all'Albo delle società cooperative istituito con D.M. 23.06.2004.

I requisiti sono dimostrati mediante autodichiarazione ai sensi del DPR 28 dicembre 2000, n. 445.

8. MODALITA' TERMINI DI PRESENTAZIONE

Ai fini della candidatura al presente Avviso si rimanda ad un'attenta lettura dell'Avviso ministeriale e dei relativi allegati pubblicato con decreto del 15.04.2016 nonché dei documenti connessi al Programma Nazionale FAMI ad esso allegati ovvero collegati e di accettare le condizioni in essi previste.

L'istanza, redatta secondo le modalità sotto indicate e con i relativi allegati, **dovrà essere consegnata a mano, entro e non oltre le ORE 12,00 DEL 17/06/2016**, all'Ufficio Protocollo del Settore Politiche per le famiglie, giovani e migranti, pari opportunità e diritti -

Direzione Coesione Sociale - Via Bertola, 34, - 10122 Torino, in busta chiusa, **recante l'indicazione del mittente** e la seguente dicitura:

Tale plico sigillato dovrà contenere al suo interno due buste chiuse, riportanti all'esterno le seguenti diciture:

Busta A- documentazione amministrativa

Busta B- proposta progettuale

L'Amministrazione regionale non assume alcuna responsabilità per eventuali disguidi nella trasmissione della candidatura imputabili a fatti di terzi, al caso fortuito o a forza maggiore.

L'Amministrazione regionale si riserva la facoltà di richiedere chiarimenti relativi alla documentazione presentata ai fini della candidatura.

Tutta la documentazione prodotta dovrà essere sottoscritta dal legale rappresentante.

BUSTA A**Documentazione amministrativa:**

- istanza di candidatura (Allegato 02A del presente avviso)– munita di apposito bollo se dovuto ai sensi di legge – sottoscritta dal legale rappresentante dell'organismo proponente;
- copia di un documento d'identità del sottoscrittore in corso di validità (pena l'esclusione);
- una lettera di referenze, in originale, resa da parte di un istituto bancario dalla quale emerga la correttezza e la puntualità del candidato nell'adempimento degli impegni assunti con l'istituto.

Avviso multi azione Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020 – Obiettivo Specifico Integrazione/Migrazione legale – ON2 Integrazione – Piani di intervento regionali per l'integrazione dei cittadini di Paesi terzi.

AZIONE 02 “PROMOZIONE DELL'ACCESSO AI SERVIZI PER L'INTEGRAZIONE”

BUSTA B**Proposta progettuale:**

1) elenco delle esperienze maturate negli ultimi tre anni nel settore specifico di riferimento dell'avviso (Allegato 02B del presente avviso) in cui verranno specificati:

o soggetto proponente (in caso di presentazione del progetto in forma associata compilare la scheda anche con i dati del soggetto associato)

o ruolo svolto (capofila, partner, aderente)

o titolo del progetto

o tipologia dell'intervento (fare riferimento alle attività elencate al punto 3. Del presente avviso)

o destinatari dell'intervento

o principali azioni realizzate dal soggetto

o fonti di finanziamento

o costo delle azioni realizzate dal soggetto

o costo complessivo del progetto/intervento

o ambito territoriale dove si è realizzato l'intervento

o elenco di convenzioni, protocolli d'intesa, accordi di programma e le lettere di adesione eventualmente stipulati per la realizzazione dei progetti segnalati

2) scheda di progetto (Allegato 02C del presente avviso)

3) scheda che specifichi le capacità tecnico-strutturali con organigramma gestionale e con indicazione degli elementi che il candidato ritiene utile evidenziare ai fini della successiva valutazione (ad es. certificazioni di qualità ISO, iscrizione al registro di cui art.42, comma 2 del D.Lgs.286/98, iscrizione al registro UNAR di cui all'art. 6 del d.lgs. n. 215/2003 ecc.) (Allegato 02D del presente avviso);

4) curricula o profilo delle professionalità che si intende utilizzare negli ambiti di intervento e attività nei quali l'organismo si candida (Allegato 02E del presente avviso).

Si precisa che i nominativi delle professionalità che si propone di impiegare possono essere già determinati in fase di candidatura oppure possono essere determinati successivamente.

Per i nominativi delle professionalità già determinati in fase di candidatura, devono essere allegati al predetto modello anche i relativi curricula. Per le professionalità non determinabili nominativamente in fase di candidatura, deve essere inserita nel predetto modello la descrizione dettagliata delle qualifiche che si propone di impiegare.

9. COMMISSIONE INCARICATA DELLA SCELTA DEI PARTNER

A seguito della ricezione delle candidature per la co-progettazione, preliminarmente la Regione Piemonte valuterà la regolarità formale delle candidature e la corrispondenza con i requisiti richiesti dal presente avviso regionale e dall'Avviso pubblico dell'Autorità Delegata del Fondo FAMI.

La documentazione regolarmente pervenuta nel termine previsto dal presente Avviso regionale verrà aperta, in seduta aperta al pubblico, dalla Commissione appositamente nominata, nella seguente data:

ORE 11,30

del GIORNO 20/06/2016

L'apertura dei plichi sarà effettuata presso la Regione Piemonte, Settore Politiche per le famiglie, giovani e migranti, pari opportunità e diritti - Direzione Coesione Sociale – Via Bertola, 34 – 10122 Torino

Alla seduta può assistere ciascun candidato, nella persona del proprio rappresentante legale Fondo ovvero di persona munita di delega appositamente conferita e copia del documento di identità del delegante.

Successivamente, in una o più sedute riservate, la commissione valuterà le candidature presentate nei termini previsti dall'Avviso ed ammissibili, applicando i criteri di valutazione ed i criteri motivazionali riportati nel presente avviso regionale.

All'esito delle predette operazioni la commissione procederà alla redazione delle graduatorie di merito e all'individuazione dei soggetti ritenuti idonei, con i quali definire – in co-progettazione – il progetto da presentare alla Autorità Delegata e oggetto del presente avviso regionale.

Tutte le operazioni relative alla presente procedura saranno verbalizzate e l'Amministrazione regionale provvederà a comunicare a tutti i candidati l'esito della valutazione, approvata con apposita determinazione dirigenziale, in tempi compatibili con le scadenze previste dall'avviso ministeriale.

All'esito della valutazione del merito, la graduatoria sarà altresì pubblicata sul sito dell'Amministrazione regionale nella sezione “Bandi e Finanziamenti”

<http://www.regione.piemonte.it/bandipiemonte/cms/> e al seguente indirizzo

<http://www.regione.piemonte.it/pariopportunita/cms/>

10. AMMISSIBILITÀ FORMALE DELLE CANDIDATURE

La candidatura sarà ritenuta ammissibile se:

pervenuta entro la data e l'ora di scadenza e secondo le modalità indicate nel presente avviso regionale;

contenente tutta la documentazione prevista dal presente avviso regionale.

Saranno escluse dalla valutazione di merito le candidature:

che non rispondono ai requisiti di ammissibilità previsti nel presente avviso regionale;

pervenute oltre la data e l'ora di scadenza oppure in difformità rispetto alle modalità indicate nel presente avviso regionale;

carenti di uno o più documenti previsti nel presente avviso regionale.

L'amministrazione regionale si riserva di individuare anche un solo partner nel caso di una sola candidatura valida.

11. VALUTAZIONE DI MERITO DELLE CANDIDATURE

La valutazione delle candidature avverrà in maniera comparativa, ad insindacabile giudizio della Commissione a tal fine incaricata dall'Amministrazione regionale, a seguito dell'attribuzione dei punteggi effettuata in base alla seguente griglia di valutazione:

TABELLA PER LA VALUTAZIONE DI MERITO

Elementi di valutazione Punteggio attribuibile Criteri motivazionali

1) Elenco delle esperienze maturate negli ultimi tre anni nel settore specifico di riferimento dell'avviso regionale :

Interventi per migliorare l'offerta di servizi ai migranti, attraverso servizi informativi, di mediazione linguistica culturale, accesso alla casa e ai servizi sanitari; fino a max 15.

Interventi volti alla semplificazione delle informative/comunicazioni relative ai servizi attivi sul territorio (per es. modulistica multilingua, semplificazione di terminologie amministrative e sanitarie; fino a max 10

Max punti 25

Conseguiranno una valutazione più elevata le candidature che conterranno un più elevato valore economico delle attività direttamente gestite dal candidato come centro di imputazione di costo in relazione alle singole tematiche, tenuto conto del punteggio massimo previsto per ciascuna di esse all'interno della presente tabella

2) Proposta progettuale inerente le tematiche dell'Azione 02 dell'Avviso ministeriale, con riferimento alla promozione dell'accesso ai servizi per l'integrazione, con indicazione delle attività, delle azioni, dei servizi che si propongono anche in termini di innovatività e valore aggiunto, per i quali l'organismo si candida.

Max punti 35

Conseguiranno una valutazione più elevata le candidature che presenteranno azioni, attività e servizi innovativi, soprattutto in termini di modalità tipologiche e metodologiche per la realizzazione degli interventi per i quali ci si candida, in funzione del raggiungimento degli obiettivi generali e specifici

3) Coinvolgimento della rete territoriale pubblica e privata negli ultimi tre anni.

Max punti 20

Conseguiranno una valutazione più elevata le candidature che conterranno il più elevato numero di convenzioni, protocolli di intesa e accordi di programma sottoscritti nei tre anni anteriori la data di pubblicazione del presente avviso - e lettere di adesione. Tali documenti, che il soggetto che si candida al partenariato ha in essere e che ritiene opportuno segnalare, dovranno essere attinenti l'oggetto dell'Azione 02, sottoscritti con enti pubblici e privati, e inerenti attività e servizi rivolti ai destinatari del presente avviso.

4) Organizzazione dell'organismo che presenta la candidatura in termini di capacità tecnico/strutturale con organigramma gestionale. **Max punti 10**

Conseguiranno una valutazione più elevata i soggetti che dimostreranno una capacità organizzativa nel formulare proposte sostenibili in relazione alle strutture disponibili all'organigramma gestionale e alle eventuali certificazioni di cui è in possesso.

5) Organizzazione dell'organismo che presenta la candidatura, in termini di **curricula delle professionalità** che si intendono utilizzare negli ambiti di intervento e attività nei quali l'organismo si candida.

Max punti 10

Conseguiranno una valutazione più elevata le candidature che conterranno un più elevato grado di adeguatezza e coerenza della professionalità per ciascuna figura proposta in relazione agli ambiti di intervento/attività cui l'organismo si candida, anche in termini di esperienze e conoscenze specialistiche.

PUNTEGGIO TOTALE 100

12. GRADUATORIA

A seguito di valutazione delle candidature pervenute, la commissione procederà a stilare una graduatoria di merito per ogni ambito territoriale. La co-progettazione sarà realizzata con i soggetti che avranno ottenuto il punteggio più alto in ogni singola graduatoria. In caso di parimerito nella singola graduatoria tutti i soggetti con punteggio più alto parteciperanno alla co-progettazione.

In caso di candidatura in forma associata, la valutazione sarà complessiva e sarà chiamato a co-progettare il solo soggetto proponente.

I soggetti così individuati, saranno informati tempestivamente tramite PEC e convocati per una prima riunione di co-progettazione.

13. RISORSE

Sulla base delle risorse finanziarie previste dall'Avviso ministeriale, la Regione Piemonte intende dedicare una somma, pari ad almeno al 73% del budget previsto per l'azione 02 alle attività da co-

progettare fra i partner pubblici e privati. In fase di co-progettazione si valuteranno ruoli e budget che verranno assegnati agli attuatori pubblici e privati.

14. VERIFICHE E CONTROLLI

L'amministrazione regionale si riserva di effettuare gli opportuni controlli rispetto alle dichiarazioni rese o di richiedere copia autentica della documentazione.

Il presente avviso ha scopo esclusivamente esplorativo e non comporta l'instaurazione di posizioni giuridiche, obblighi negoziali o all'attivazione di rapporti di collaborazione con la Regione Piemonte che si riserva la potestà di sospendere, modificare o annullare, in tutto o in parte, il procedimento di cui trattasi, con atto motivato, ai sensi della normativa vigente, nonché di procedere anche in presenza di una sola manifestazione di interesse valida.

15. PUBBLICAZIONE DELL'AVVISO

Il presente Avviso è pubblicato in versione integrale sul sito Internet:

<http://www.regione.piemonte.it/pariopportunita/cms/> , sul BUR della Regione Piemonte e nella sezione Bandi e Finanziamenti del sito regionale.

16. INFORMATIVA PRIVACY

I dati raccolti saranno trattati, ex D.Lgs. 196/03, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento e nel rispetto della suddetta normativa.

Tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la riservatezza e diritti dell'operatore.

17. RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Il responsabile del procedimento è la Dott.ssa Antonella Caprioglio.

Per informazioni:

immigrazione@regione.piemonte.it

Allegato 02A

Applicare marca da bollo da € 16,00

Se dovuta ai sensi di legge

Alla Regione Piemonte

all'Ufficio Protocollo del Settore Politiche per le famiglie, giovani e migranti, pari opportunità e diritti – Direzione Coesione Sociale –

Via Bertola, 34, – 10122 Torino

PEC coesionesociale@cert.regione.piemonte.it

Avviso pubblico regionale per la selezione di partner privati per la coprogettazione e la successiva presentazione di un progetto regionale a valere sull'Avviso multi azione Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014- 2020 – Obiettivo Specifico Integrazione/Migrazione legale – ON2 Integrazione

– Piani di intervento regionali per l'integrazione dei cittadini di Paesi terzi.

AZIONE 02 “PROMOZIONE DELL'ACCESSO AI SERVIZI PER L'INTEGRAZIONE”

ISTANZA DI CANDIDATURA

Il sottoscritto

in qualità di legale rappresentante

del Soggetto

CHIEDE

di partecipare alla selezione indetta con l'Avviso pubblico di cui in oggetto.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del d.p.r. n. 445 del 28.12.2000 e

successive modifiche, nonché consapevole di quanto previsto all'art. 75 del predetto d.p.r. n. 445/2000,

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.p.r. n. 445/2000:

di essere nato a (Prov.) il.....;

di essere residente a in Via
 n. c.a.p. C.F.

Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020

Allegato 02 det. num ____ del _____

di rivestire la qualità di legale rappresentante del Soggetto denominato
, C.F., P.I.V.A.

che il sopra indicato Soggetto ha sede legale a
 in Via c.a.p.
 Tel., Fax PEC
 Email; posizione INPS.....

INAIL e CCNL applicato.....

di non incorrere in alcuno dei motivi di esclusione indicati all'art. 80 del D.lgs. n. 50/2016, in quanto applicabili tenuto conto della natura giuridica del soggetto che presenta la candidatura;

di conoscere pienamente l'Avviso ministeriale, nonché i relativi allegati, pubblicato con decreto del 15.04.2016 e i documenti connessi al Programma Nazionale FAMI ad esso allegati ovvero collegati e di accettare le condizioni in essi previste;

di non essere incorso, nei due anni precedenti, nei provvedimenti previsti dall'art. 44 del D.Lgs.286/1998 in relazione all'art.43 dello stesso T.U. Immigrazione per gravi comportamenti ed atti discriminatori;

di avere la disponibilità di una firma digitale in corso di validità e di una casella di posta elettronica certificata;

- di avere una o più sedi operative nell'ambito territoriale per cui ci si candida

- di avere un'esperienza almeno triennale sulle tematiche migratorie.

- di aver partecipato negli ultimi tre anni come soggetto promotore o partner a progetti a livello europeo, nazionale, e locale sulle tematiche migratorie ;

- **di avere atto costitutivo e statuto dai quali emerga che l'organismo opera prevalentemente nello specifico settore oggetto dell'avviso ;**

- **di avere autonomia finanziaria per lo svolgimento delle attività del progetto;**

- **di essere in possesso di regolarità contributiva (DURC)**

di:

essere iscritto al Registro delle Associazioni e degli Enti che svolgono attività a favore degli immigrati - 1a sezione;

non essere iscritto al Registro delle Associazioni e degli Enti che svolgono attività a favore degli immigrati - 1a sezione; (nel qual caso specificare quale è il requisito in possesso del candidato con riferimento alle condizioni previste nell'Allegato - mod. A1 autodichiarazioni partner - dell'Avviso ministeriale)

di rispettare tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in caso di assegnazione di budget;

di avere autonomia finanziaria per lo svolgimento delle attività del progetto;

di mettere a disposizione le seguenti sedi operative per la realizzazione del progetto:

-
 -
 -

dichiara inoltre:

Il nominativo del referente di progetto

l'indirizzo di posta elettronica certificata

l'indirizzo e-mail

il numero di telefono

(in caso di soggetto organizzato in forma di società cooperativa, ex art. 2511 c.c., o come società consortile, ex art. 2615 ter. c.c. avente finalità mutualistiche): di essere regolarmente iscritto all'Albo delle società cooperative istituito con D.M. 23.06.2004

gestito da _____ al n. _____.

A tali fini

ALLEGA:

copia di un documento d'identità del sottoscrittore in corso di validità (pena l'escusione);
 una lettera di referenze, in originale, resa da parte di un istituto bancario dalla quale emerga la correttezza e la puntualità del candidato nell'adempimento degli impegni assunti con l'istituto.

Firma

Luogo/data

ATTENZIONE: Se la presente istanza viene sottoscritta da un procuratore dell'organismo, la procura notarile deve essere anche allegata, in originale o in copia autentica notarile, alla presente istanza.

Allegato 02B

ELENCO DELLE ESPERIENZE MATURATE NEGLI ULTIMI TRE ANNI (2013-2015) NEL SETTORE SPECIFICO DI RIFERIMENTO DELL'AVVISO

(N.B. la presente tabella deve essere compilata e sottoscritta esclusivamente dal Soggetto Proponente. In caso di presentazione del progetto in forma associata, il Soggetto Proponente presenterà un'unica tabella, in cui inserirà anche i progetti/interventi realizzati dai soggetti associati, avendo cura di indicarne il nominativo nella colonna appositamente dedicata: "Soggetto che ha maturato l'esperienza")

N° Soggetto che ha maturato l'esperienza

Ruolo svolto

(Capofila/Part ner /soggetto aderente)

Titolo Tipologia dell'intervento

(fare riferimento alle attività elencate al punto 3 del presente avviso)

Elenco dei partner

(se pertinente)

Destinatari dell'intervento

(numero etipologia)

Principali azioni realizzate dal

Soggetto

Fonte di finanziamento

Costo delle azioni realizzate dal

Soggetto

Costo complessivo del progetto/intervento

Ambito territoriale dove si è realizzato l'intervento

Elenco di convenzioni/protocolli di intesa/accordi di programma eventualmente stipulati per la realizzazione dei progetti segnalati

1

2

3

4

5

...

Allegato 02C

SCHEMA DI PROGETTO

Soggetto Proponente**Elenco dei soggetti associati**

(da compilare solo in caso di presentazione del progetto in forma associata)

Titolo progetto**Ambito Territoriale di riferimento****Costo del progetto €****N° destinatari indicativamente previsti**

(da compilare utilizzando carattere Arial 11; interlinea singola)

CONTENUTI DEL PROGETTO**1. ANALISI DI CONTESTO**

(Illustrare il contesto di riferimento ed evidenziare le problematiche che si intendono affrontare, con particolare riferimento all'ambito territoriale in cui si intende operare - Massimo 1 pagina)

2. DESTINATARI DELL'INTERVENTO**Numero e tipologia dei destinatari dell'intervento**

(Indicare, se possibile, il numero complessivo dei destinatari, genere, nazionalità, classi di età prevalenti, caratteristiche e specificità dei target coinvolti (max ½ pagina)

3. OBIETTIVI DEL PROGETTO

(Descrivere obiettivi della proposta progettuale, in relazione al contesto, alla tipologia di destinatari Massimo ½ pagina)

4. ATTIVITA' PROGETTUALI

(Descrivere la proposta progettuale specificando le fasi intervento e le attività previste, in modo correlato rispetto agli obiettivi - Massimo 2 pagine)

5. METODOLOGIA DI INTERVENTO

(Descrivere metodologie e strumenti utilizzati per la realizzazione delle attività, evidenziandone gli elementi di innovatività; Massimo 2 pagine)

6. SPERIMENTAZIONI

(Descrivere le eventuali sperimentazioni che il Soggetto intende realizzare. Qualora non si prevedano sperimentazioni, questa sezione non deve essere compilata) – max 1 pagina

7. RISULTATI ATTESI

(max ½ pagina)

8. RETE TERRITORIALE DI INTERVENTO

(Descrivere le modalità di attivazione della rete territoriale; indicare i soggetti che la comporranno e i rispettivi ruoli. Massimo 1 pagina)

9. COMPLEMENTARIETA' DEL PROGETTO CON ALTRI INTERVENTI ATTIVI SUL TERRITORIO DI RIFERIMENTO

(Evidenziare la complementarità dell'intervento con altre azioni, misure o progetti già attivi a livello territoriale. E' possibile fare riferimento anche ad interventi per ora solo programmati e/o prossimi all'avvio). – max 1 pagina)

10. SOSTENIBILITA' FUTURA

(Indicare se e come saranno messe in atto misure idonee a garantire la sostenibilità futura del progetto) – max ½ pagina – 26 righe)

11. GESTIONE DEL PROGETTO:**1. ORGANIZZAZIONE DEL GRUPPO DI LAVORO**

Qualora la proposta fosse presentata in associazione con altri soggetti descrivere le modalità operative di raccordo con gli eventuali soggetti che compongono il partenariato.

Specificare le modalità di coordinamento con i soggetti della rete territoriale Max 1/2 pagina

2. COPERTURA TERRITORIALE

(Specificare le sedi operative attive nell'area territoriale in cui il soggetto proponente intende candidarsi) – max 1 pagina

Data, _____

Firma del Legale Rappresentante del
Soggetto Proponente del Progetto

Timbro

Allegato 02D

CAPACITA' TECNICO/STRUTTURALI CON ORGANIGRAMMA GESTIONALE

(N.B. la presente tabella deve essere compilata e sottoscritta esclusivamente dal Soggetto Proponente. In caso di presentazione del progetto in forma associata, il Soggetto Proponente presenterà un'unica tabella, in cui inserirà anche le capacità tecnico/strutturali e gestionali dai soggetti associati)

N° Soggetto Organizzazione gestionale

Strutture (adeguatezza, per ogni sede operativa, della struttura, in termini sia di spazi fisici, attrezzature Specialistiche, ecc.)

Certificazioni (es: certificazioni di qualità)

1

2

3

4

5

...

Allegato 02E

Tabella dei profili professionali1

(Compilare con riferimento agli interventi e relative attività per i quali ci si candida come descritte nella proposta progettuale)

Intervento:

Attività proposta/e:

Profilo professionale

Qualifiche

(Descrizione)

Nominativo

(Ove determinabile)

Tipologia di contratto

(Indicare se personale interno o personale esterno)

1 Per i nominativi già determinati in fase di candidatura devono essere allegati i relativi curricula. Il CV deve contenere la liberatoria per la privacy, deve essere datato e firmato dall'interessato; per le professionalità non determinabili nominativamente in fase di candidatura inserire la descrizione dettagliata delle qualifiche che si intende impiegare.

Avviso pubblico regionale per la selezione di partner privati per la co-progettazione e la successiva presentazione di un progetto regionale a valere sull'Avviso multi azione Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020 – Obiettivo Specifico Integrazione/Migrazione legale – ON2 Integrazione – Piani di intervento regionali per l'integrazione dei cittadini di Paesi terzi.

AZIONE 04 “PROMOZIONE DELLA PARTECIPAZIONE ATTIVA DEI MIGRANTI ALLA VITA ECONOMICA, SOCIALE E CULTURALE, ANCHE ATTRAVERSO LA VALORIZZAZIONE DELLE ASSOCIAZIONI”

PREMESSA:

La Regione Piemonte, in attuazione delle proprie linee programmatiche in tema di politiche migratorie, intende partecipare all'avviso pubblico per la presentazione di progetti da finanziare a valere sul Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020 – **Obiettivo Specifico Integrazione/Migrazione legale – ON2 Integrazione – Piani di intervento regionali per**

l'integrazione dei cittadini di Paesi terzi – Azione 04 “Promozione della partecipazione attiva dei migranti alla vita economica, sociale e culturale, anche attraverso la valorizzazione delle associazioni”

Per la realizzazione degli interventi, così come enucleati nell'avviso Ministeriale punto 5.2 (Azione 4) cui si rimanda, la Regione Piemonte ha valutato, in sede di progettazione, l'opportunità di ampliare la rete di partenariato ad organismi di diritto privato senza scopo di lucro, da selezionarsi tramite il presente avviso.

L'avviso ministeriale specifica, altresì, che “in caso di partenariato con organismi di diritto privato, al fine di assicurare il rispetto dei principi di trasparenza, imparzialità, partecipazione e parità di trattamento, nonché la massima efficacia e il tempestivo avvio delle attività progettuali, i Capofila dovranno presentare proposte progettuali elaborate attraverso un percorso di **co-progettazione** gestito mediante l'espletamento di adeguate procedure di evidenza pubblica, nel rispetto dei principi immanenti all'art.12 della L. 241/1990 e delle linee guida contenute al paragrafo 5 della Delibera ANAC n.32 del 20.1.2016”.

1. SOGGETTI

A tal fine, sono ammessi a partecipare alla presentazione di proposte progettuali a valere sul presente Avviso in qualità di partner:

a) Organismi di diritto privato senza fini di lucro, Fondazioni, Associazioni e Onlus, operanti nello specifico settore di riferimento oggetto dell'Avviso, ivi compresi gli enti e le associazioni iscritti al Registro di cui all'art. 42 del T.U. in materia di immigrazione, e gli enti ecclesiastici civilmente riconosciuti ai sensi dell'art. 7 della Legge n. 222/1985.

b) Società Cooperative e Società Consortili operanti nello specifico settore di riferimento oggetto dell'Avviso dotati di comprovata esperienza nel campo dell'integrazione dei cittadini di paesi terzi. Se il soggetto è organizzato in forma di società cooperativa, ex art. 2511 c.c., o come società consortile, ex art. 2615 ter. c.c., esso deve avere finalità mutualistiche ed essere regolarmente iscritto all'Albo delle società cooperative istituito con D.M. 23.06.2004.

In caso di risposta al presente avviso da parte di un soggetto in forma associata con altri, qualora tale proposta progettuale venisse selezionata dalla Regione Piemonte, diventerà partner per la co-progettazione solo il soggetto che ha presentato il progetto.

2. AREE TERRITORIALI DI INTERVENTO

La ripartizione organizzativa di intervento è individuata nelle seguenti aree territoriali:

area 1: provincia di Novara, Vercelli, Biella e Verbano-Cusio-Ossola

area 2: provincia di Asti e Alessandria

area 3: provincia di Cuneo

area 4 : Città di Torino

area 5 : Area Metropolitana di Torino

I soggetti che risponderanno al presente Avviso potranno candidarsi per una sola area territoriale. I soggetti dovranno garantire capacità di svolgere le attività, che verranno coprogettate, su tutta l'area territoriale per la quale il soggetto si è candidato.

3. OBIETTIVI - INTERVENTI

In relazione all'obiettivo prefissato dal Ministero nell'ambito dell'Azione 04: “Valorizzare il ruolo delle associazioni di cittadini stranieri nella promozione di processi di integrazione dinamici e trilaterali, basati sul coinvolgimento attivo dei migranti, delle comunità locali e dei paesi d'origine”, la Regione Piemonte ritiene di dare priorità alle seguenti attività:

1. Interventi volti alla promozione della partecipazione attiva e diretta dei cittadini stranieri e delle loro associazioni quali agenti qualificanti di promozione dei processi di inclusione e mediazione sociale

2. Interventi volti alla pianificazione di politiche di integrazione, attraverso il coinvolgimento delle associazioni di migranti, che dovranno sviluppare anche processi facilitanti il dialogo e forme di rappresentatività comuni tra le stesse.

4. DESTINATARI

La Regione Piemonte intende focalizzare le attività di intervento sul seguente target:

- Associazioni di migranti e delle seconde generazioni
- Enti/Associazioni iscritti al Registro di cui all'art. 42 del T.U. sull'immigrazione o iscritti ad altri Registri di natura pubblica
- Cittadini di paesi terzi regolarmente presenti in Italia, ivi compresi i titolari di protezione internazionale

Con riferimento alla tipologia "Cittadini di paesi terzi regolarmente presenti in Italia", l'avviso ministeriale specifica che si intendono destinatari della proposta progettuale i cittadini di paesi terzi regolarmente soggiornanti sul territorio nazionale, ivi compresi i beneficiari di protezione internazionale, sussidiaria ed umanitaria secondo quanto disposto dal Regolamento (UE) n. 516/2014 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 aprile 2014. Non sono destinatari i cittadini di paesi terzi che hanno presentato una domanda di asilo, riguardo alla quale non è stata ancora presa una decisione definitiva.

Nella proposta progettuale dovrà essere indicato il numero indicativo di destinatari che si intendono raggiungere con le azioni proposte.

5. ATTIVITÀ E RUOLI

Nella sua qualità di Capofila la Regione Piemonte esercita le funzioni di coordinamento, supervisione e controllo degli interventi, promuove il consolidamento della governance e l'integrazione tra candidature di servizi pubblici e del privato sociale, la complementarità tra servizi ed uso delle risorse derivanti da finanziamenti pubblici comunitari, nazionali e regionali.

Il presente avviso ha uno scopo esclusivamente esplorativo e non comporta l'instaurazione di posizioni giuridiche in capo ai candidati né, parimenti, l'insorgere, in capo alla Regione Piemonte, dell'obbligo giuridico di procedere alla necessaria attivazione di rapporti di collaborazione.

Il Capofila si riserva la potestà di sospendere, modificare o annullare, in tutto o in parte, il procedimento di cui trattasi, con atto motivato, nonché di procedere alla coprogettazione ed alla presentazione del progetto regionale anche in presenza di una sola candidatura ritenuta valida.

Gli organismi selezionati a seguito del presente procedimento dovranno **operare in collaborazione** nel costituendo partenariato pubblico-privato, e ciò sia nella fase di coprogettazione, sia nella fase di realizzazione del progetto in caso di approvazione da parte dell'Autorità Responsabile.

Terminata la fase di co-progettazione degli interventi oggetto del presente avviso, il Capofila si riserva – a suo insindacabile giudizio – di definire, per ciascun partner, gli interventi, le attività e i relativi budget da affidare alla realizzazione di ciascuno di essi, anche tenuto conto delle proposte progettuali presentate in fase di candidatura.

6. DURATA E DECORRENZA DEL SERVIZIO

Le attività progettuali prenderanno avvio dalla comunicazione di avvenuta registrazione del decreto di approvazione della Convenzione di Sovvenzione da parte dei competenti organi di controllo e si concluderanno entro il 31/03/2018.

7. REQUISITI MINIMI DI PARTECIPAZIONE

I Soggetti di cui all'art. 1 che intendono presentare il proprio interesse al partnerariato, candidando una proposta progettuale, devono essere in possesso dei seguenti requisiti maturati alla data di scadenza del termine della presentazione delle candidature:

- a) di non essere incorsi in alcuno dei motivi di esclusione indicati all'art. 80 del D.lgs. n. 50/2016, in quanto applicabili tenuto conto della natura giuridica dell'organismo che presenta la candidatura;
- b) di non essere incorsi, nei due anni precedenti, nei provvedimenti previsti dall'art. 44 del D.Lgs.286/1998 in relazione all'art.43 dello stesso T.U. Immigrazione per gravi comportamenti ed atti discriminatori;
- c) di avere disponibilità di firma digitale in corso di validità e di una casella di posta elettronica certificata;
- d) di avere una o più sedi operative nell'ambito territoriale per cui ci si candida;
- e) di avere un'esperienza almeno triennale sulle tematiche migratorie;

- f) di aver partecipato negli ultimi tre anni come soggetto promotore o partner a progetti a livello europeo, nazionale e locale sulle tematiche migratorie;
- g) di avere atto costitutivo e statuto dai quali emerga che l'organismo opera prevalentemente nello specifico settore oggetto dell'avviso;
- h) di avere autonomia finanziaria per lo svolgimento delle attività del progetto;
- i) di essere in possesso di regolarità contributiva (DURC);
- j) di essere iscritto al Registro delle Associazioni e degli Enti che svolgono attività a favore degli immigrati - 1a sezione;

ovvero

k) di non essere iscritto al Registro delle Associazioni e degli Enti che svolgono attività a favore degli immigrati - 1a sezione (nel qual caso si rimanda alle condizioni previste nell'Allegato - mod. A1 autodichiarazioni partner - dell'Avviso ministeriale)

l) di rispettare tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in caso di assegnazione di budget.

Se il soggetto è organizzato in forma di società cooperativa, ex art. 2511 c.c., o come società consortile, ex art. 2615 ter. c.c., esso deve avere finalità mutualistiche e deve essere regolarmente iscritto all'Albo delle società cooperative istituito con D.M. 23.06.2004.

I requisiti sono dimostrati mediante autodichiarazione ai sensi del DPR 28 dicembre 2000, n. 445.

8. MODALITA' TERMINI DI PRESENTAZIONE

Ai fini della candidatura al presente Avviso si rimanda ad un'attenta lettura dell'Avviso ministeriale pubblicato con decreto del 15.04.2016 e dei relativi allegati nonché dei documenti connessi al Programma Nazionale FAMI ad esso allegati ovvero collegati e di accettare le condizioni in essi previste.

L'istanza, redatta secondo le modalità sotto indicate e con i relativi allegati, **dovrà essere consegnata a mano, entro e non oltre le ORE 12,00 del 17/06/2016**, all'Ufficio Protocollo del Settore Politiche per le famiglie, giovani e migranti, pari opportunità e diritti - Direzione Coesione Sociale - Via Bertola, 34, - 10122 Torino, in busta chiusa, **recante l'indicazione del mittente** e la seguente dicitura:

Tale plico sigillato dovrà contenere al suo interno due buste chiuse, riportanti all'esterno le seguenti diciture:

Busta A- documentazione amministrativa

Busta B- proposta progettuale

L'Amministrazione regionale non assume alcuna responsabilità per eventuali disguidi nella trasmissione della candidatura imputabili a fatti di terzi, al caso fortuito o a forza maggiore.

L'Amministrazione regionale si riserva la facoltà di richiedere chiarimenti relativi alla documentazione presentata ai fini della candidatura.

Tutta la documentazione prodotta dovrà essere sottoscritta dal legale rappresentante.

BUSTA A

Documentazione amministrativa:

istanza di candidatura (Allegato 03A del presente avviso) – munita di apposito bollo

Avviso multi azione Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020 – Obiettivo Specifico Integrazione/Migrazione legale – ON2 Integrazione – Piani di intervento regionali per l'integrazione dei cittadini di Paesi terzi.

AZIONE 04 “PROMOZIONE DELLA PARTECIPAZIONE ATTIVA DEI MIGRANTI ALLA VITA ECONOMICA, SOCIALE E CULTURALE, ANCHE ATTRAVERSO LA VALORIZZAZIONE DELLE ASSOCIAZIONI”

se dovuto ai sensi di legge – sottoscritta dal legale rappresentante dell'organismo proponente;

copia di un documento d'identità del sottoscrittore in corso di validità (pena l'esclusione);

una lettera di referenze, in originale, resa da parte di un istituto bancario dalla quale emerga la correttezza e la puntualità del candidato nell'adempimento degli impegni assunti con l'istituto.

BUSTA B

Proposta progettuale:

1) elenco delle esperienze maturate negli ultimi tre anni nel settore specifico di riferimento dell'avviso (Allegato 03B del presente avviso) in cui verranno specificati:

o soggetto proponente (in caso di presentazione del progetto in forma associata compilare la scheda anche con i dati del soggetto associato)

o ruolo svolto (capofila, partner, aderente)

o titolo del progetto

o tipologia dell'intervento (fare riferimento alle attività elencate al punto 3. Del presente avviso)

o destinatari dell'intervento

o principali azioni realizzate dal soggetto

o fonti di finanziamento

o costo delle azioni realizzate dal soggetto

o costo complessivo del progetto/intervento

o ambito territoriale dove si è realizzato l'intervento

o elenco di convenzioni, protocolli d'intesa, accordi di programma e le lettere di adesione eventualmente stipulati per la realizzazione dei progetti segnalati

2) scheda di progetto (Allegato 03C del presente avviso)

3) scheda che specifichi le capacità tecnico-strutturali con organigramma gestionale e con indicazione degli elementi che il candidato ritiene utile evidenziare ai fini della successiva valutazione (ad es. certificazioni di qualità ISO, iscrizione al registro di cui art.42, comma 2 del D.Lgs.286/98, iscrizione al registro UNAR di cui all'art. 6 del d.lgs. n. 215/2003 ecc.) (Allegato 03D del presente avviso);

4) curricula o profilo delle professionalità che si intende utilizzare negli ambiti di intervento e attività nei quali l'organismo si candida (Allegato 03E del presente avviso).

Si precisa che i nominativi delle professionalità che si propone di impiegare possono essere già determinati in fase di candidatura oppure possono essere determinati successivamente.

Per i nominativi delle professionalità già determinati in fase di candidatura, devono essere allegati al predetto modello anche i relativi curricula. Per le professionalità non determinabili nominativamente in fase di candidatura, deve essere inserita nel predetto modello la descrizione dettagliata delle qualifiche che si propone di impiegare.

9. COMMISSIONE INCARICATA DELLA SCELTA DEI PARTNER

A seguito della ricezione delle candidature per la co-progettazione, preliminarmente la Regione Piemonte valuterà la regolarità formale delle candidature e la corrispondenza con i requisiti richiesti dal presente avviso regionale e dall'Avviso pubblico dell'Autorità Delegata del Fondo FAMI.

La documentazione regolarmente pervenuta nel termine previsto dal presente Avviso regionale verrà aperta, in seduta aperta al pubblico, dalla Commissione appositamente nominata, nella seguente data:

ORE 14,30

del GIORNO 20/06/2016

L'apertura dei plichi sarà effettuata presso la Regione Piemonte, Settore Politiche per le famiglie, giovani e migranti, pari opportunità e diritti - Direzione Coesione Sociale – Via Bertola, 34 – 10122 Torino Alla seduta può assistere ciascun candidato, nella persona del proprio rappresentante legale ovvero di persona munita di delega appositamente conferita e copia del documento di identità del delegante.

Successivamente, in una o più sedute riservate, la commissione valuterà le candidature presentate nei termini previsti dall'Avviso ed ammissibili, applicando i criteri di valutazione ed i criteri motivazionali riportati nel presente avviso regionale.

Tutte le operazioni relative alla presente procedura saranno verbalizzate e l'Amministrazione regionale provvederà a comunicare a tutti i candidati l'esito della valutazione, approvata con apposita determinazione dirigenziale, in tempi compatibili con le scadenze previste dall'avviso ministeriale.

All'esito della valutazione del merito, la graduatoria sarà altresì pubblicata sul sito dell'Amministrazione regionale nella sezione "Bandi e Finanziamenti"

<http://www.regione.piemonte.it/bandipiemonte/cms/> e al seguente indirizzo

<http://www.regione.piemonte.it/pariopportunita/cms/>

10. AMMISSIBILITÀ FORMALE DELLE CANDIDATURE

La candidatura sarà ritenuta ammissibile se:

pervenuta entro la data e l'ora di scadenza e secondo le modalità indicate nel presente avviso regionale;

contenente tutta la documentazione prevista dal presente avviso regionale.

Saranno escluse dalla valutazione di merito le candidature:

che non rispondono ai requisiti di ammissibilità previsti nel presente avviso regionale;

pervenute oltre la data e l'ora di scadenza oppure in difformità rispetto alle modalità indicate nel presente avviso regionale;

carenti di uno o più documenti previsti nel presente avviso regionale.

L'amministrazione regionale si riserva di individuare anche un solo partner nel caso di una sola candidatura valida.

11. VALUTAZIONE DI MERITO DELLE CANDIDATURE

La valutazione delle candidature avverrà in maniera comparativa, ad insindacabile giudizio della Commissione a tal fine incaricata dall'Amministrazione regionale, a seguito dell'attribuzione dei punteggi effettuata in base alla seguente griglia di valutazione:

TABELLA PER LA VALUTAZIONE DI MERITO

Elementi di valutazione Punteggio attribuibile Criteri motivazionali

1) Elenco delle esperienze maturate negli ultimi tre anni nel settore specifico di riferimento dell'avviso regionale

Interventi volti alla promozione della partecipazione attiva e diretta dei cittadini stranieri e delle loro associazioni quali agenti qualificanti di promozione dei processi di inclusione e mediazione sociale fino a max 10

Interventi volti alla pianificazione di politiche di integrazione, attraverso il coinvolgimento delle associazioni di migranti, che dovranno sviluppare anche processi facilitanti il dialogo e forme di rappresentatività comuni tra le stesse. fino a max 15

Max punti 25

Conseguiranno una valutazione più elevata le candidature che conterranno un più elevato valore economico delle attività direttamente gestite dal candidato come centro di imputazione di costo in relazione alle singole tematiche, tenuto conto del punteggio massimo previsto per ciascuna di esse all'interno della presente tabella

2) Proposta progettuale

inerente le tematiche dell'Azione 04 dell'Avviso ministeriale, con riferimento alla promozione della partecipazione attiva dei migranti alla vita economica, sociale e culturale, anche attraverso la valorizzazione delle associazioni, con indicazione delle attività, delle azioni, dei servizi che si propongono anche in termini di innovatività e valore aggiunto, per i quali l'organismo si candida

Max punti 35

Conseguiranno una valutazione più elevata le candidature che presenteranno azioni, attività e servizi innovativi, soprattutto in termini di modalità tipologiche e metodologiche per la realizzazione degli interventi per i quali ci si candida, in funzione del raggiungimento degli obiettivi

3) Coinvolgimento della rete territoriale pubblica e privata negli ultimi tre anni.

Max punti 20

Conseguiranno una valutazione più elevata le candidature che conterranno il più elevato numero di convenzioni, protocolli di intesa e accordi di programma sottoscritti nei tre anni anteriori la data di pubblicazione del presente avviso - e lettere di adesione. Tali documenti, che il soggetto che si candida al partenariato ha in essere, e che ritiene opportuno segnalare, dovranno essere attinenti

l'oggetto dell'Azione 04, sottoscritti con enti pubblici e privati, e inerenti attività e servizi rivolti ai destinatari del presente avviso.

4) Organizzazione dell'organismo che presenta la candidatura in termini di capacità tecnico/strutturale con organigramma gestionale. Max punti 10

Conseguiranno una valutazione più elevata i soggetti che dimostreranno una capacità organizzativa nel formulare proposte sostenibili in relazione alle strutture disponibili all'organigramma gestionale e alle eventuali certificazioni di cui è in possesso

5) Organizzazione dell'organismo che presenta la candidatura, in termini di curricula delle professionalità che si intende utilizzare negli ambiti di intervento e attività nei quali l'organismo si candida.

Max punti 10

Conseguiranno una valutazione più elevata le candidature che conterranno un più elevato grado di adeguatezza e coerenza della professionalità per ciascuna figura proposta in relazione agli ambiti di intervento/attività cui l'organismo si candida, anche in termini di esperienze e conoscenze specialistiche.

PUNTEGGIO TOTALE 100

12. GRADUATORIA

A seguito di valutazione delle candidature pervenute, la commissione procederà a stilare una graduatoria di merito per ogni ambito territoriale. La co-progettazione sarà realizzata con i soggetti che avranno ottenuto il punteggio più alto in ogni singola graduatoria. In caso di parimerito nella singola graduatoria tutti i soggetti con punteggio più alto parteciperanno alla co-progettazione.

In caso di candidatura in forma associata, la valutazione sarà complessiva e sarà chiamato a co-progettare il solo soggetto proponente.

I soggetti così individuati, saranno informati tempestivamente tramite PEC e convocati per una prima riunione di co-progettazione in tempi brevissimi.

13. RISORSE

Sulla base delle risorse finanziarie previste dall'Avviso ministeriale, la Regione Piemonte intende dedicare una somma, pari ad almeno al 73% del budget previsto per l'azione 04 alle attività da co-progettare fra i partner pubblici e privati.

In fase di co-progettazione si valuteranno ruoli e budget che verranno assegnati agli attori pubblici e privati.

14. VERIFICHE E CONTROLLI

L'amministrazione regionale si riserva di effettuare gli opportuni controlli rispetto alle dichiarazioni rese o di richiedere copia autentica della documentazione.

Il presente avviso ha scopo esclusivamente esplorativo e non comporta l'instaurazione di posizioni giuridiche, obblighi negoziali o all'attivazione di rapporti di collaborazione con la Regione Piemonte che si riserva la potestà di sospendere, modificare o annullare, in tutto o in parte, il procedimento di cui trattasi, con atto motivato, ai sensi della normativa vigente, nonché di procedere anche in presenza di una sola manifestazione di interesse valida.

15. PUBBLICAZIONE DELL'AVVISO

Il presente Avviso è pubblicato in versione integrale sul sito Internet:

<http://www.regione.piemonte.it/pariopportunita/cms/> , sul BUR della Regione Piemonte e nella sezione Bandi e Finanziamenti del sito regionale.

16. INFORMATIVA PRIVACY

I dati raccolti saranno trattati, ex D.Lgs. 196/03, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento e nel rispetto della suddetta normativa.

Tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la riservatezza e diritti dell'operatore.

17. RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Il responsabile del procedimento è la Dott.ssa Antonella Caprioglio.

Per informazioni:

immigrazione@regione.piemonte.it

Allegato 03A

Applicare marca da bollo da € 16,00

Se dovuta ai sensi di legge

Alla Regione Piemonte

all'Ufficio Protocollo del Settore Politiche per le famiglie, giovani e migranti, pari opportunità e diritti – Direzione Coesione Sociale –

Via Bertola, 34, – 10122 Torino

PEC coesionesociale@cert.regione.piemonte.it

OGGETTO: Avviso pubblico regionale per la selezione di partner privati per la co-progettazione e la successiva presentazione di un progetto regionale a valere sull'Avviso multi-azione Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-

2020 – Obiettivo Specifico Integrazione/Migrazione legale – ON2 Integrazione – Piani di intervento regionali per l'integrazione dei cittadini di Paesi terzi – Azione 04 “Promozione della partecipazione attiva dei migranti alla vita economica, sociale e culturale, anche attraverso la valorizzazione delle associazioni”.

ISTANZA DI CANDIDATURA

Il sottoscritto

in qualità di legale rappresentante

del Soggetto

CHIEDE

di partecipare alla selezione indetta con l'Avviso pubblico di cui in oggetto.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del d.p.r. n. 445 del 28.12.2000 e successive modifiche, nonché consapevole di quanto previsto all'art. 75 del predetto d.p.r. n. 445/2000,

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.p.r. n. 445/2000:

di essere nato a (Prov.) il.....;

Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020

Allegato 03 det. num ____ del _____

di essere residente a in Via
..... n. c.a.p. C.F.

.....;
 di rivestire la qualità di legale rappresentante del Soggetto denominato
....., C.F., P.I.V.A.
.....;

che il sopra indicato Soggetto ha sede legale a
..... in Via c.a.p.
..... Tel., Fax PEC
..... Email; posizione INPS.....

INAIL e CCNL applicato.....

di non incorrere in alcuno dei motivi di esclusione indicati all'art. 80 del D.lgs. n. 50/2016, in quanto applicabili tenuto conto della natura giuridica del soggetto che presenta la candidatura;

di conoscere pienamente l'Avviso ministeriale pubblicato con decreto del 15.04.2016 e i documenti connessi al Programma Nazionale FAMI ad esso allegati ovvero collegati e di accettare le condizioni in essi previste;

di non essere incorso, nei due anni precedenti, nei provvedimenti previsti dall'art. 44 del D.Lgs.286/1998 in relazione all'art.43 dello stesso T.U. Immigrazione per gravi comportamenti ed atti discriminatori;

di avere la disponibilità di una firma digitale in corso di validità e di una casella di posta elettronica certificata;

- di avere una o più sedi operative nell'ambito territoriale per cui ci si candida
- di avere un'esperienza almeno triennale sulle tematiche migratorie.
- di aver partecipato negli ultimi tre anni come soggetto promotore o partner a progetti a livello europeo, nazionale, e locale sulle tematiche migratorie ;
- **di avere atto costitutivo e statuto dai quali emerga che l'organismo opera prevalentemente nello specifico settore oggetto dell'avviso ;**
- **di avere autonomia finanziaria per lo svolgimento delle attività del progetto;**
- **di essere in possesso di regolarità contributiva (DURC)**

di:

essere iscritto al Registro delle Associazioni e degli Enti che svolgono attività a favore degli immigrati - 1a sezione;

non essere iscritto al Registro delle Associazioni e degli Enti che svolgono attività a favore degli immigrati - 1a sezione; (nel qual caso specificare quale è il requisito in possesso del candidato con riferimento alle condizioni previste

nell'Allegato - mod. A1 autodichiarazioni partner - dell'Avviso ministeriale) di rispettare tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in caso di assegnazione di budget;

di avere autonomia finanziaria per lo svolgimento delle attività del progetto;

di mettere a disposizione le seguenti sedi operative per la realizzazione del progetto:

-

-

-

dichiara inoltre:

Il nominativo del referente di progetto

l'indirizzo di posta elettronica certificata,

l'indirizzo e-mail,

il numero di telefono;

(in caso di soggetto organizzato in forma di società cooperativa, ex art. 2511 c.c., o come società consortile, ex art. 2615 ter. c.c. avente finalità mutualistiche): di essere regolarmente iscritto all'Albo delle società cooperative istituito con D.M. 23.06.2004 gestito da _____ al n. _____.

A tali fini

ALLEGA:

- **copia di un documento d'identità del sottoscrittore in corso di validità (pena l'escusione);**
- **una lettera di referenze, in originale, resa da parte di un istituto bancario dalla quale emerga la correttezza e la puntualità del candidato nell'adempimento degli impegni assunti con l'istituto.**

Firma

Luogo/data

ATTENZIONE: Se la presente istanza viene sottoscritta da un procuratore dell'organismo, la procura notarile deve essere anche allegata, in originale o in copia autentica notarile, alla presente istanza.

Allegato 03B

**ELENCO DELLE ESPERIENZE MATURATE NEGLI ULTIMI TRE ANNI (2013-2015)
NEL SETTORE SPECIFICO DI RIFERIMENTO DELL'AVVISO**

(N.B. la presente tabella deve essere compilata e sottoscritta esclusivamente dal Soggetto Proponente. In caso di presentazione del progetto in forma associata, il Soggetto Proponente presenterà un'unica tabella, in cui inserirà anche i progetti/interventi realizzati dai soggetti associati, avendo cura di indicarne il nominativo nella colonna appositamente dedicata: "Soggetto che ha maturato l'esperienza")

N° Soggetto che ha maturato l'esperienza

Ruolo svolto

(Capofila/Part ner /soggetto aderente)

Titolo Tipologia dell'intervento

(fare riferimento alle attività elencate al punto 3 del presente avviso)

Elenco dei partner

(se pertinente)

Destinatari dell'intervento

(numero e tipologia)

Principali azioni realizzate dal Soggetto**Fonte di finanziamento****Costo delle azioni realizzate dal Soggetto****Costo complessivo del progetto/intervento****Ambito territoriale dove si è realizzato l'intervento****Elenco diconvenzioni/protocolli di intesa/accordi di programma eventualmente stipulati per la realizzazione dei progetti segnalati**

1

2

3

4

5

...

Allegato 03C**SCHEMA DI PROGETTO****Soggetto Proponente****Elenco dei soggetti associati**

(da compilare solo in caso di presentazione del progetto in forma associata)

Titolo progetto**Ambito Territoriale di riferimento****Costo del progetto €****N° destinatari indicativamente previsti**

(da compilare utilizzando carattere Arial 11; interlinea singola)

CONTENUTI DEL PROGETTO**1. ANALISI DI CONTESTO**

(Illustrare il contesto di riferimento ed evidenziare le problematiche che si intendono affrontare, con particolare riferimento all'ambito territoriale in cui si intende operare - Massimo 1 pagina)

2. DESTINATARI DELL'INTERVENTO**Numero e tipologia dei destinatari dell'intervento**

(Indicare, se possibile, il numero complessivo dei destinatari, genere, nazionalità, classi di età prevalenti, caratteristiche e specificità dei target coinvolti (max ½ pagina)

3. OBIETTIVI DEL PROGETTO

(Descrivere obiettivi della proposta progettuale, in relazione al contesto, alla tipologia di destinatari Massimo ½ pagina)

4. ATTIVITA' PROGETTUALI

(Descrivere la proposta progettuale specificando le fasi intervento e le attività previste, in modo correlato rispetto agli obiettivi - Massimo 2 pagine)

5. METODOLOGIA DI INTERVENTO

(Descrivere metodologie e strumenti utilizzati per la realizzazione delle attività, evidenziandone gli elementi di innovatività; Massimo 2 pagine)

6. SPERIMENTAZIONI

(Descrivere le eventuali sperimentazioni che il Soggetto intende realizzare. Qualora non si prevedano sperimentazioni, questa sezione non deve essere compilata) – max 1 pagina

7. RISULTATI ATTESI

(max ½ pagina)

8. RETE TERRITORIALE DI INTERVENTO

(Descrivere le modalità di attivazione della rete territoriale; indicare i soggetti che la comporranno e i rispettivi ruoli. Massimo 1 pagina)

9. COMPLEMENTARIETA' DEL PROGETTO CON ALTRI INTERVENTI ATTIVI SUL TERRITORIO DI RIFERIMENTO

(Evidenziare la complementarità dell'intervento con altre azioni, misure o progetti già attivi a livello territoriale. E' possibile fare riferimento anche ad interventi per ora solo programmati e/o prossimi all'avvio). – max 1 pagina)

10. SOSTENIBILITA' FUTURA

(Indicare se e come saranno messe in atto misure idonee a garantire la sostenibilità futura del progetto) – max ½ pagina – 26 righe)

11. GESTIONE DEL PROGETTO:

1. ORGANIZZAZIONE DEL GRUPPO DI LAVORO

Qualora la proposta fosse presentata in associazione con altri soggetti descrivere le modalità operative di raccordo con gli eventuali soggetti che compongono il partenariato.

Specificare le modalità di coordinamento con i soggetti della rete territoriale Max 1/2 pagina

2. COPERTURA TERRITORIALE

(Specificare le sedi operative attive nell'area territoriale in cui il soggetto proponente intende candidarsi) – max 1 pagina

Data, _____

Firma del Legale Rappresentante del

Soggetto Proponente del Progetto

Timbro

Allegato 03D

CAPACITA' TECNICO/STRUTTURALI CON ORGANIGRAMMA GESTIONALE

(N.B. la presente tabella deve essere compilata e sottoscritta esclusivamente dal Soggetto Proponente. In caso di presentazione del progetto in forma associata, il Soggetto Proponente presenterà un'unica tabella, in cui inserirà anche le capacità tecnico/strutturali e gestionali dai soggetti associati)

N° Soggetto Organizzazione gestionale

Strutture (adeguatezza, per ogni sede operativa, della struttura, in termini sia di spazi fisici, attrezzature Specialistiche, ecc.)

Certificazioni (es: certificazioni di qualità)

1

2

3

4

5

...

Allegato 03E

Tabella dei profili professionali (Compilare con riferimento agli interventi e relative attività per i quali ci si candida come descritte nella proposta progettuale)

Intervento:

Attività proposta/e:

Profilo professionale

Qualifiche

(Descrizione)**Nominativo****(Ove determinabile)****Tipologia di contratto****(Indicare se personale interno o personale esterno)**

1 Per i nominativi già determinati in fase di candidatura devono essere allegati i relativi curricula. Il CV deve contenere la liberatoria per la privacy, deve essere datato e firmato dall'interessato; per le professionalità non determinabili nominativamente in fase di candidatura inserire la descrizione dettagliata delle qualifiche che si intende impiegare.

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA
TOSCANA

DGR 17.5.6, n. 462 - Integrazione all'Accordo tra Regione Toscana e Federsanità ANCI Toscana di cui alla DGR n. 942/2015 finalizzato alla realizzazione di attività in ambito socio-sanitario per l'annualità 2016. (BUR n. 22 del 1.6.16)

Note

La L.R. 24 febbraio 2005, n. 41 "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale" e s.m.i., afferma che:

- il sistema integrato promuove l'attuazione dei diritti di cittadinanza sociale e delle responsabilità dei soggetti istituzionali e sociali per la costruzione di una comunità solidale, e valorizza l'autonomia delle comunità locali;
- il sistema integrato si realizza attraverso la cooperazione tra i diversi livelli istituzionali ed i soggetti pubblici e privati, inclusi quelli del terzo settore, e la concertazione tra i diversi livelli istituzionali;
- il Sistema integrato di interventi e servizi sociali si realizza attraverso il coordinamento e l'integrazione tra i servizi sociali e i servizi sanitari, al fine di assicurare una risposta unitaria alle esigenze di salute della persona;

La L.R. 24 febbraio 2005, n. 40 "Disciplina del servizio sanitario regionale" e s.m.i.:

- evidenzia all'art. 3, tra i principi costitutivi del servizio sanitario regionale, la sussidiarietà istituzionale e il pieno coinvolgimento degli enti locali nelle politiche di promozione della salute, e, al Capo II definisce il concorso dei soggetti istituzionali e delle autonomie sociali alla programmazione sanitaria e sociale integrata, individuando il sistema multilivello della governance istituzionale;
- all'art. 11 definisce le funzioni e la composizione della Conferenza regionale dei sindaci, precisando, al comma 8, che il supporto tecnico-amministrativo alle attività della Conferenza regionale dei sindaci è assicurato dalla competente direzione generale della Giunta regionale e previo accordo con il soggetto rappresentativo e associativo dei comuni in ambito regionale.

La L.R. 29 dicembre 2015, n. 84 "Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale. Modifi che alla L.R. 40/2005" al fine di promuovere il miglioramento della qualità dei servizi e assicurare nel contempo la sostenibilità e il carattere pubblico e universale del sistema sanitario, procede al ridisegno dell'assetto organizzativo del servizio sanitario regionale, già intrapreso con la L.R. 16 marzo 2015, n. 28;

L'articolo 64 della L.R. 40/2005, sopra richiamata, così come modificata dalla L.R. 29 dicembre 2015, n. 84, conferma la zona-distretto quale ambito territoriale ottimale di valutazione dei bisogni sanitari e sociali delle comunità, con funzioni di programmazione e gestione e dei rapporti permanenti di informazione e collaborazione tra l'azienda unità sanitaria locale e gli enti locali, svolgendo le attività di programmazione sanitaria e di integrazione socio-sanitaria in diretta relazione con la conferenza zonale dei sindaci;

Il Programma Regionale di Sviluppo 2011-2015 (PRS), adottato con risoluzione del Consiglio Regionale n. 49 del 29 giugno 2011, in particolare al capitolo “Le tematiche trasversali”, paragrafo “La riforma istituzionale”, rimarca il ruolo della Regione nel perseguire i principi di sussidiarietà istituzionale, di efficienza delle pubbliche amministrazioni e di svolgimento delle funzioni al livello più adeguato, nel rispetto delle competenze dei diversi livelli istituzionali, operando per il superamento delle duplicazioni, promuovendo l’unità dell’amministrazione, predisponendo strumenti stabili di collaborazione e di raccordo con province e comuni.

Il Documento Annuale di Programmazione per l’anno 2015, approvato dal Consiglio Regionale con deliberazione n. 102 del 22 dicembre 2014, tratta in particolare l’Area tematica 3 Diritti di cittadinanza e coesione sociale, punto 3.1 Riordino del sistema sanitario regionale;

Il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015 (PSSIR), adottato dal Consiglio regionale con deliberazione n. 91 del 5 novembre 2014, prorogato ai sensi dell’articolo 10, comma 4, della l.r. 1/2015, al punto 6 “Governance istituzionale e assetti organizzativi” individua il modello di governance e gli attori chiamati a sviluppare il massimo delle sinergie possibili per il perseguimento della salute in tutte le politiche;

Il sopra citato PSSIR 2012- 2015, ai punti 7.3. “Sistema informativo e tecnologie informatiche” e 7.3.3 “Il sistema informativo sociale” stabilisce che il sistema informativo regionale promuove lo sviluppo dei sistemi informativi delle Aziende sanitarie, dei comuni singoli o associati e delle Società della Salute nonché una progettualità unitaria nei processi di organizzazione interna alle Aziende e agli Enti, anche al fine di rispondere unitariamente e in maniera organica e senza duplicazioni ai debiti informativi ministeriali e di ISTAT;

La Regione Toscana, nell’ambito del processo di riordino del servizio sanitario regionale, delineato nella L.R. 84/2015, intende perseguire specifiche azioni di sostegno agli organi individuati per la governante istituzionale;

IL RUOLO DI FEDERSANITA’

Federsanità ANCI Toscana, coerentemente con il proprio ruolo, è interessata al conseguimento degli obiettivi di salute del Servizio Sanitario Regionale in quanto coinvolta sul tema della responsabilità sociale e impegnata con il livello nazionale a sostenere l’efficienza complessiva dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio assistenziali anche attraverso iniziative di supporto ai suoi associati;

Il rapporto di collaborazione tra Regione Toscana e Federsanità ANCI Toscana si è consolidato nel tempo attraverso la sottoscrizione di accordi e protocolli le cui finalità hanno permesso di accompagnare il territorio nelle diverse fasi di avvio e consolidamento delle Società della Salute e riorganizzazione delle zone distretto nell’ambito socio-assistenziale e sociosanitario (DGR n. 579/2009, DGR n. 964/2010, DGR n. 628/2013 e DGR n. 621/2014);

Con la DGR n. 942 del 6 ottobre 2015 è stato approvato lo schema di “Accordo di collaborazione tra Regione Toscana e Federsanità ANCI Toscana finalizzato a realizzare un percorso di supporto alla governante istituzionale multilivello”, la cui conclusione è prevista per il 31 dicembre 2016, condividendo l’obiettivo del mantenimento dei livelli qualitativi raggiunti dal sistema sanitario regionale;

Con la DGR n. 942 del 6 ottobre 2015 sopra richiamata è stata destinata a favore di Federsanità ANCI Toscana, la somma complessiva di €.137.500,00, ritenuta congrua al raggiungimento degli obiettivi previsti dall’Accordo;

ANCI Toscana, cofinanzia le attività necessarie al raggiungimento degli obiettivi previsti dall’accordo, destinando a tal fine una somma pari a circa il 20% delle risorse annue messe a disposizione da Regione Toscana, per un totale di €. 27.500,00;

LA DISPOSIZIONE

Viene approvato, ad integrazione del precedente accordo di collaborazione tra Regione Toscana e Federsanità - ANCI Toscana di cui alla DGR n. 942/2015, il “Programma di accompagnamento alle trasformazioni delle reti di servizio in materia sociosanitaria e socioassistenziale - Azioni in materia sociosanitaria. Annualità 2016” di cui all’Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente

atto;

Viene destinata, a favore di Federsanità ANCI Toscana, la somma complessiva di € 30.000,00, ritenuta congrua al raggiungimento degli obiettivi previsti nel programma di accompagnamento.

Allegato A

Allo scopo di mantenere coeso e competente il sistema sociosanitario regionale che è sottoposto a continue esigenze di revisione ed aggiornamento alla luce dei continui cambiamenti socio-demografici e socio-economici di ampissima portata, appare opportuno integrare la progettualità sviluppata inizialmente all'interno dell'accordo tra Regione Toscana e Federsanità Anci Toscana proprio per l'accompagnamento e supporto alle trasformazioni delle reti di servizio in materia socio-sanitaria e socio-assistenziale, sviluppando delle specifiche attività in campo prettamente sociale anche alla luce del fatto che recentemente si è iniziato ad attivare un percorso di riorganizzazione dei servizi socio sanitari che è stato formalizzato con le recenti riforme delle LL.RR. 40 e 41 del 2005 dal momento che si è preso atto che le condizioni stavano mutando drammaticamente.

Diventa quindi essenziale ripensare e quindi sperimentare nuove modalità di presa in carico dei bisogni e, in questo quadro, ridefinire il ruolo di ogni componente del sistema di assistenza sociale e socio sanitaria.

Il Gioco d'azzardo Patologico

Il Gioco d'Azzardo ha ormai assunto, anche nel nostro paese, dimensioni rilevanti che destano forte allarme sociale. Studi epidemiologici condotti da vari enti (Ministero della Salute, Università, CNR, Rapporto NOMISMA 2009, rapporto EURISPES 2009, Agenzia Regionale di Sanità della Toscana) stimano che in Italia, su una popolazione di circa 60 milioni, gioca d'azzardo il 54%, l'1,27-3,8 sarebbero giocatori d'azzardo problematici (in media circa due milioni di persone) e tra lo 0,5 e il 2,2% (in media 800.000 persone) sarebbero giocatori con problemi d'azzardo patologico.

Il fenomeno del gioco d'azzardo patologico investe, in particolare, fasce più deboli della popolazione quali gli adolescenti e i giovani, gli anziani, persone con difficoltà lavorative ed economiche, aggravando così le loro condizioni di salute, familiari, lavorative e relazionali.

Solo di recente lo Stato italiano è intervenuto sul problema con il Decreto-legge n.

158/2012 (cosiddetto Decreto Balduzzi) convertito, con modificazioni, in legge 8 novembre 2012, n. 189 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del paese mediante un più alto livello di tutela della salute", che, tra l'altro, riconosce il Gioco d'Azzardo Patologico come una malattia e ne prevede l'inserimento nei Livelli Essenziali di Assistenza.

La Toscana è stata tra le prime regioni a prestare attenzione al fenomeno del gioco d'azzardo, anche patologico, attraverso i suoi atti di programmazione sanitaria e sociale ed il sostegno ad azioni di informazione, prevenzione, cura e formazione degli operatori dei servizi pubblici e del privato sociale a qualsiasi titolo coinvolti nella tematica.

Le azioni progettuali sviluppate nel corso degli ultimi anni, unitamente al crescente interesse generale per la tematica del Gioco d'Azzardo Patologico, hanno fatto emergere la necessità di sviluppare azioni più organiche e integrate per la prevenzione, primaria e secondaria, e per l'allestimento di una rete di protezione socio-sanitaria in grado di farsi carico delle persone con problematiche di Gioco d'Azzardo Patologico.

Il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR) 2012-2015 approvato con Deliberazione del Consiglio regionale n. 91 del 5/11/2014 che, in continuità con il precedente ciclo di programmazione sanitaria e sociale, al punto 2.3.6.7. "Dipendenze, punto d) Le Dipendenze senza sostanze – Il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP)", prevede lo sviluppo di azioni più organiche e integrate con interventi di prevenzione e cura tese al rafforzamento della rete territoriale e, per le persone più compromesse, la sperimentazione di una comunità residenziale.

Lo stesso PSSIR 2012-2015 si pone tra gli obiettivi, tra gli altri, la tessitura di relazioni tra soggetti diversi all'interno delle istituzioni pubbliche, fra queste ed il privato sociale, costituiscono le premesse per la costruzione di un sistema di protezione per le persone, le famiglie e le comunità

locali e l'impegno per l'integrazione sociosanitaria al fine di garantire una reale assistenza integrata in particolare per quanto concerne le situazioni più complesse, di difficile incasellamento nei tradizionali settori di intervento.

La L.R. 18 ottobre 2013 n. 57 (Disposizioni per il gioco consapevole e per la prevenzione della ludopatia) ed il suo regolamento attuativo DPGR 11 marzo 2015, n. 26/R prevedono una serie di adempimenti a carico della Regione, delle aziende sanitarie e dell'osservatorio regionale sul fenomeno della dipendenza da gioco, istituito dall'art. 3 della legge stessa.

Gli adempimenti che ricadono sull'amministrazione regionale sono quelli relativi alla costituzione dell'osservatorio (art. 3 della L.R. 47/2013), agli sgravi e alle maggiorazioni sull'IRAP (art. 11), all'adozione di indirizzi per l'approvazione di bandi finalizzati alla concessione da parte delle Società della Salute o dei comuni di contributi al terzo settore (art. 4 del DPGR n. 26/R/2015), all'approvazione del lodo identificativo no slot e del relativo disciplinare (artt. 5 e 7 del DPGR n. 26/R/2015) e alla relazione di un portale per la gestione delle richieste del logo su cui pubblicare, fra l'altro, l'elenco degli esercizi pubblici e dei circoli che utilizzano lo stesso.

A questi vanno aggiunti tutti gli adempimenti che la legge pone a carico delle aziende e dell'osservatorio regionale (predisposizione del materiale informativo da esporre nei luoghi in cui sono presenti "giochi con vincita in denaro" ex art. 6, promozione corsi di formazione per il personale che lavora presso gli esercenti che gestiscono apparecchi per il gioco lecito, in raccordo con i comuni dell'ambito territoriale dove sono collocati, ex art. 7, promozione di campagne di informazione ex art. 8 della L.R. 57/2013), ma sui quali la Regione non può non esercitare un ruolo di impulso e di coordinamento.

Oltre ai suddetti adempimenti, è prevista un'attività di tipo consulenziale indirizzata soprattutto, ma non solo, ai comuni che gli uffici della Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale sta svolgendo su alcune problematiche particolarmente spinose tra cui quelle relative all'interpretazione della norma sulle distanze minime (art. 4) e della norma transitoria (art. 16).

Infine sono previsti gli adempimenti relativi al finanziamento ministeriale erogato alle regioni a partire dalla Legge 23 dicembre 2014, n. 190 (legge di stabilità 2015) destinato alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione delle patologie connesse alla dipendenza da gioco d'azzardo.

La disabilità

La Regione Toscana, per rispondere alle necessità della persona disabile, ha previsto con le leggi regionali n. 41/2005 "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale" e n. 66/2008 "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza", di realizzare politiche che valorizzino la centralità della persona, sviluppandone le capacità esistenti e le potenzialità di crescita in una logica diversa dal puro assistenzialismo, orientata allo sviluppo dell'autonomia e della personalizzazione degli interventi sociosanitari. E' solo conseguendo maggiori livelli di autonomia, infatti, che la persona può inserirsi socialmente nella vita della comunità, può accedere ad inserimenti lavorativi e prepararsi infine ad affrontare la fase del "dopo di noi", in assenza dei genitori quali caregivers principali.

La Regione Toscana è da anni impegnata nella promozione della cultura dell'inclusione sociale, del contrasto alla discriminazione e alla marginalizzazione di qualsiasi individuo, al fine di migliorare la qualità di vita.

L'accessibilità a tutti i livelli, dall'ambiente, privato e pubblico, all'istruzione, al lavoro, all'informazione e ai servizi, ai trasporti, ai servizi culturali, ricreativi e sportivi, diventa pertanto "pre-requisito" per consentire alle persone con disabilità di godere pienamente di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali: essa va garantita con riferimento ad ogni ambito della vita di una persona.

Le azioni messe in atto in materia di vita indipendente, di eliminazione di barriere architettoniche, semplificazione dell'accesso, tanto per fare solo alcuni esempi, collocano la nostra Regione tra le più avanzate, anche in termini di impegno economico complessivo, su questo tema. La Regione Toscana favorisce infatti opportunità di vita autonoma e di integrazione sociale delle persone con

disabilità individuando le soluzioni più efficaci e idonee per accrescere i livelli di accessibilità e fruibilità del territorio.

Interventi regionali sono stati programmati dal Piano Sanitario Regionale 2008-2010 e dal Piano Integrato Sociale Regionale 2007-2010 ed hanno dato luogo a sperimentazione di progetti per favorire la Vita Indipendente e ad azioni di sostegno allo sviluppo delle Fondazioni di Partecipazione sul “Dopo di Noi”.

Molte di queste progettualità sono oggi a regime e anche il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015 sottolinea la rilevanza di garantire una dimensione unitaria alle strategie di intervento verso la persona con disabilità tra i diversi settori e componenti istituzionali coinvolte, assicurando livelli efficaci di governo e di coordinamento territoriale ed articolando la gamma delle risposte in base alla prevalenza delle caratteristiche riabilitative o socio assistenziali degli interventi da attuare.

E' infatti necessario che la presa in carico sia un processo flessibile che si adatti alle fasi evolutive della persona: a seconda delle fasce d'età, prenatale, evolutiva, adolescenziale, adulta ed anziana, vi sono infatti interventi correlati, che pongono in essere azioni da parte del settore sanitario, della famiglia, degli enti locali, della scuola, del lavoro e della società civile; tali azioni, specifiche e parziali nel processo di abilitazione delle funzioni e delle capacità, devono trovare finalizzazione nell'ambito di una progettualità dell'individuo di lungo periodo, che guarda al progetto di vita e alla migliore inclusione e abilitazione sociale.

La Regione Toscana ha messo in campo politiche e azioni che, in attuazione di quanto previsto dalla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità e dal primo Programma Biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità, in materia di accessibilità, partecipazione, uguaglianza, istruzione e formazione, lavoro e occupazione, protezione sociale, salute, vita indipendente e inclusione nella società, mobilità personale, accesso all'informazione, abilitazione e riabilitazione, partecipazione alla vita culturale, ricreativa e allo sport, cooperazione internazionale.

Gli interventi da porre in essere e da presidiare si sostanziano in:

- diagnosi precoci e tempestive
- aiuto, formazione e informazione alla genitorialità
- riabilitazione intensiva/estensiva
- accertamenti volti all'erogazione di benefici socio economici ed alla definizione di progetto individuale di assistenza
- garanzia di apprendimento formale e non formale in ambito scolastico
- inserimento e capacità di autodeterminazione nel mondo del lavoro
- garanzia di vita indipendente, pari opportunità e non discriminazione nella società
- accompagnamento e sostegno alla famiglia per affrontare la fase di vita adulta ed anziana attraverso progetti per il “durante e dopo di noi”

Si tratta di concretizzare un vero “Progetto globale di presa in carico”, inteso come l'insieme organizzato delle risposte e degli interventi che accompagnano la persona disabile nei suoi cicli di vita seguendone la modificazione dei bisogni nelle differenti fasce d'età, in relazione agli ecosistemi in cui è inserito, con l'obiettivo di garantirgli la più alta qualità di vita possibile. Particolare attenzione deve essere dedicata allo sviluppo di percorsi dedicati alle persone con disabilità intellettiva e relazionale.

Attività operative previste:

- Sensibilizzazione e accompagnamento delle amministrazioni comunali;
- Monitoraggio in rapporto con il coordinamento interistituzionale;
- Supporto alla creazione della rete fra enti locali e soggetti che operano nel campo specifico;
- Supporto ai comuni in relazione alle attività di sorveglianza e alla trasformazione delle reti di servizio a livello zonale;
- Azioni di comunicazione istituzionale;
- Comunicazione mirata con le associazioni di settore;

- Supporto per la definizione/l'aggiornamento degli atti di indirizzo regionali per la presa in carico da parte dei servizi socio-sanitari;
- Supporto per l'aggiornamento dei regolamenti territoriali di presa in carico da parte dei servizi socio-sanitari.

Piano finanziario

Il programma integra le attività previste per il 2016 e per la sua realizzazione è previsto un budget complessivo di € 36.000,00 di cui € 6.000,00 a carico di Federsanità ANCI Toscana.

Le risorse sono impiegate come specificato nel seguente piano finanziario:

Gli operatori previsti si riferiscono ad attività specifiche del progetto e non si tratta di personale addetto alle funzioni ordinarie e continuative di Federsanità ANCI Toscana.

Tutte le voci, comprese quelle relative ai costi del supporto logistico, strumentazione e materiale di consumo, sono specifiche del progetto e non sono inerenti alla ordinaria gestione dell'attività di Federsanità ANCI Toscana.

NON AUTOSUFFICIENTI

FRIULI V.G.

DGR 13.5.16, n. 817 - LR 17/2014, art. 23. DGR 2151/2015 - Approvazione procedura e requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle RSA con livello assistenziale riabilitativo. Modifica DGR 650/2013.

Note

Con la D.G.R. 11.4.2013, n. 650, "Dlgs 502/1992, artt 8 bis, 8 ter e 8 quater - lr 8/2001, art 4 e art 5 - l 296/2006, art 1, comma 796, lett t) - autorizzazione e accreditamento delle strutture residenziali sanitarie assistenziali (RSA) e Hospice. approvazione definitiva requisiti e procedura", sono stati avviati i procedimenti per la concessione dell'autorizzazione e dell'accreditamento definitivo alle RSA e agli Hospice provvisoriamente accreditati.

La citata deliberazione giunta individuale, nell'allegato A, gli standard assistenziali per l'attività delle RSA corrispondente al livello di assistenza di base e al livello di assistenza medio.

La legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17 "Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria" e, in particolare, l'art. 23:

-- al comma 1, definisce le strutture intermedie quali articolazioni operative del sistema sanitario per l'assistenza primaria destinate alla presa in carico del paziente affetto prevalentemente da malattie croniche che necessita di assistenza o monitoraggio post ospedaliero al fine della continuità delle cure;

-- al comma 2, individua, nell'ambito diverse tipologie delle strutture intermedie, le residenze sanitarie assistenziali (RSA) quali strutture destinate a fornire assistenza continuativa ad elevato contenuto sanitario e a prevalente indirizzo riabilitativo a soggetti anziani non autosufficienti, a soggetti temporaneamente non autosufficienti, a soggetti affetti da disabilità di carattere fisico e psichico, esclusi i minori.

L'art. 18 della su citata LR n. 17/2014 nel recare i principi dell'assistenza primaria e gli standard organizzativi della medesima, dispone che con deliberazione della Giunta regionale sono individuati il fabbisogno delle strutture e gli standard organizzativi della rete dei servizi.

In attuazione del predetto art. 18 della LR n. 17/2014, è stata approvata la D.G.R. 30.12.2014, n. 2673, con la quale è stato definito il fabbisogno complessivo di posti letto delle residenze sanitarie assistenziali, ivi comprese le RSA per la riabilitazione estensiva, riferito a ciascuna Azienda per l'assistenza sanitaria regionale.

In attuazione del predetto art. 23 della LR n. 17/2014, è stata approvata la D.G.R. 29.10.2015, n. 2151, "LR 17/2014, art. 23. DGR 2673/2014 - Linee guida per la gestione delle residenze sanitarie assistenziali", che definisce, in relazione alla diversa tipologia di utenza ed ai connessi criteri di eleggibilità della stessa, tre tipologie di RSA, differenziate per livelli di assistenza sanitaria, modulati

sulla base della intensità delle cure e correlati a specifici standard assistenziali, specificando le caratteristiche della RSA con livello assistenziale riabilitativo, non espressamente individuate nella citata D.G.R. n. 650/2013.

Le RSA già provvisoriamente accreditate della Regione, in attuazione della citata D.G.R. n. 650/2013, hanno ottenuto l'autorizzazione e l'accreditamento definitivo per l'attività corrispondente al livello di assistenza di base e/o al livello di assistenza medio.

Viene approvato il documento "Requisiti Residenza Sanitaria Assistenziale", allegato al presente provvedimento del quale costituisce parte integrante, specificando che lo stesso sostituisce integralmente la corrispondente tabella di requisiti dell'allegato A della D.G.R. n. 650/2013.

PERSONE CON DISABILITA'

CAMPANIA

DPGR 8.6.16, n. 140 - Osservatorio regionale sulla condizione delle persone con disabilità' in regione campania costituito con il d.p.g.r. n. 261 del 02/12/2014 - Modifica e integrazione. (BUR n. 36 del 9.6.16)

Note

PREMESSA

L'art. 27 della legge regionale n. 11 del 23 Ottobre 2007 "Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. attuazione della legge 8 novembre 2000, n. 328" prevede che la Regione Campania istituisca per ciascuna area d'intervento sociale appositi organismi di consultazione, rappresentativi delle formazioni sociali e dei soggetti del terzo settore.

La Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità', fatta a New York il 13 dicembre 2006, ha individuato nuovi percorsi per il riconoscimento dei diritti delle persone con disabilità.

La legge 18 marzo 2009, n. 3: "Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità" prevede all'art. 3 l'Istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità".

Con DGR n. 346 dell' 8 agosto 2014 è stato istituito l'Osservatorio regionale sulla condizione delle persone con disabilità' in Regione Campania con la finalità di promuovere la piena inclusione delle persone con disabilità nella società.

La DGR n. 346/2015 prevede che ai componenti dell'Osservatorio regionale non spetti nessun compenso o rimborso spese e che la durata dell'Osservatorio sia pari a due anni, in prima istituzione;

LA COMPOSIZIONE DELL'OSSERVATORIO

Viene modificata ed integrata la composizione dell'Osservatorio Regionale sulla condizione delle persone con disabilità in Regione Campania costituito con il D.P.G.R. n. 261 del 02/12/2014 che risulta dunque così composto:

"Osservatorio regionale sulla condizione delle persone con disabilità' in Regione Campania

fonte: <http://burc.regione.campania.it>

n. 36 del 9 Giugno 2016

dr. Vincenzo Cappello

dr. Generoso Di Benedetto

dr. Matteo Ricciardi

sig. Aldo Di Biase

dr. Vincenzo Massa

cav. Camillo Galluccio.

sig. Adriano Tedeschi

sig. Raffaele Puzio

dr.ssa Giuseppina Esposito

dr. Claudio Salerno

sig.ra Mariafelicia Comberiatì
 sig. Luciano Gentile
 dr. Daniele Romano
 dr. Gennaro Pezzurro
 dr. Calogero Favata
 l'Assessore alle Politiche Sociali

EMILIA-ROMAGNA

DGR 30.5.16, n. 790 - Approvazione dell'invito a presentare operazioni formative finalizzate a favorire la transizione scuola-lavoro dei giovani - Fondo regionale disabili. (BUR n. 168 del 7.6.16)

Note

Con DGR n. 102 del 1 febbraio 2016 avente ad oggetto “Fondo Regionale per l’occupazione delle persone con disabilità. L.R. 17/2005, art. 19. Piano delle attività 2016”, in particolare al punto 3 “Attività finanziabili e vincoli di utilizzo delle risorse”, lettera j) sono stati disposti “Interventi e percorsi formativi a carattere orientativo e/o professionalizzante”.

Vene attivata la procedura di evidenza pubblica per la selezione di Operazioni al fine di dare attuazione a quanto previsto all’articolo 3, lettera j) del suddetto Piano delle attività 2016, rendendo disponibili azioni a carattere orientativo e/o professionalizzante per gli studenti frequentanti le scuole secondarie di 2° grado e per i giovani che abbiano terminato da poco il proprio percorso educativo e formativo, finalizzate a supportarli nei processi di transizione dalla scuola al lavoro attraverso la conoscenza diretta e la sperimentazione di contesti formativi differenti e di contesti d’impresa e, quindi, a migliorarne l’occupabilità attraverso il potenziamento delle autonomie e delle abilità presenti;

Si procede all'approvazione dell'“Invito a presentare operazioni formative finalizzate a favorire la transizione scuola-lavoro dei giovani - Fondo Regionale Disabili”, Allegato 1).

Le risorse pubbliche disponibili afferenti al presente invito sono pari a euro 2.000.000,00 di cui al Fondo regionale per l'occupazione delle persone con disabilità di cui all’Art. 19 della Legge Regionale n.17/2015. Le operazioni approvate potranno essere finanziate in overbooking a valere sulle risorse di cui al Programma Operativo Regionale Fondo Sociale Europeo 2014/2020.

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 nominato con successivo atto del Direttore Generale “Economia della conoscenza, del lavoro e dell’impresa” con il supporto, nella fase di pre-istruttoria tecnica, di ERVET s.p.a.

In esito alla procedura di valutazione le operazioni che risulteranno approvabili andranno a costituire 2 graduatorie, una per ciascuna Azione, in funzione del punteggio conseguito, secondo le quantificazioni e con le precisazioni indicate nell’Invito di cui all’Allegato 1) parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

FRIULI V.G.

DGR 13.5.16, n. 808 - LR 18/2005, art. 39, comma 3. Definizione delle modalità di utilizzo del Fondo regionale per l’occupazione delle persone con disabilità di cui all’art. 39 della LR 18/2005 (Norme regionali per l’occupazione, la tutela e la qualità del lavoro). (BUR n. 22 del 1.6.16)

Note

La legge regionale 9 agosto 2005, n. 18 (Norme regionali per l’occupazione, la tutela e la qualità del lavoro), disciplina, tra l’altro, gli interventi finalizzati a favorire l’integrazione lavorativa delle persone con disabilità.

La legge regionale 29 maggio 2015, n. 13 (Istituzione dell’area Agenzia regionale per il lavoro e modifiche della legge regionale 9 agosto 2005, n. 18 (Norme regionali per l’occupazione, la tutela e la

qualità del lavoro), nonché di altre leggi regionali in materia di lavoro) ha, tra l'altro, disciplinato il trasferimento, far data dal 1 luglio 2015, delle funzioni provinciali in materia di lavoro alla Regione, la quale le esercita attraverso l'area Agenzia regionale per il lavoro istituita nell'ambito della Direzione centrale competente in materia di lavoro, e introdotto modifiche alla legge regionale 18/2005.

Per effetto delle modifiche alla legge regionale 18/2005 introdotte dalla legge regionale 13/2015, la Regione, ai sensi dell'articolo 36, comma 3 bis, lettera b) della novellata legge 18/2005, definisce le modalità di utilizzo delle risorse a valere sul Fondo regionale di cui all'art. 39, con particolare riferimento ai finanziamenti degli interventi e degli strumenti per l'integrazione lavorativa.

Pertanto vengono definite le modalità di utilizzo del Fondo regionale per l'occupazione delle persone con disabilità di cui all'articolo 39 della legge regionale n. 18/2005 secondo quanto di seguito specificato.

1. Le risorse del Fondo regionale sono destinate alla realizzazione del collocamento mirato delle persone con disabilità attraverso il finanziamento di azioni che ne favoriscano l'inserimento lavorativo, di progetti promossi ed attivati dalla Regione, nonché di progetti presentati dagli enti indicati dalla legge 12 marzo 1999, n. 68 (Norme per il diritto al lavoro dei disabili), che svolgano attività sul territorio rivolta al sostegno ed all'integrazione lavorativa di tali soggetti.

2. Per l'utilizzo del Fondo regionale, in particolare, sono individuate le seguenti tipologie di azioni:

a) INIZIATIVE CONTRIBUTIVE per :

- 1) realizzazione ed adeguamento del posto di lavoro;
- 2) rimozione delle barriere di diversa natura che possono ostacolare la piena ed effettiva partecipazione all'ambiente di lavoro su base di uguaglianza con gli altri lavoratori;
- 3) interventi da parte dei datori di lavoro diretti alla rielaborazione delle modalità lavorative per renderle adeguate a forme concordate di telelavoro;
- 4) iniziative volte a garantire l'accessibilità al posto di lavoro, la mobilità e gli spostamenti;
- 5) iniziative volte a sostenere i progetti di riabilitazione dei lavoratori con disabilità;
- 6) attività di tutoraggio e supporto all'inserimento rivolte a lavoratori per i quali risulti particolarmente problematica la collocabilità;
- 7) attività di tutoraggio svolte da dipendenti e tecnici interni all'azienda;
- 8) attività formative per il personale dipendente chiamato ad affiancare i lavoratori con disabilità;
- 9) stabilizzazione di lavoratori disabili già in forza per datori di lavoro privati soggetti o non soggetti agli obblighi della legge 68/99;
- 10) percorsi personalizzati di integrazione lavorativa di cui all'articolo 37, comma 1, lettera c), della legge regionale 18/2005, come definiti dalla deliberazione della Giunta regionale 4 dicembre 2015, n. 2429, recante "Indirizzi in materia di definizione e modalità di attivazione delle tipologie dei percorsi personalizzati di integrazione lavorativa di cui all'articolo 36, comma 3 bis, lett. c), della legge regionale 18/2005 (Norme regionali per l'occupazione, la tutela e la qualità del lavoro)";
- 11) assunzioni a tempo indeterminato e a tempo determinato di almeno 12 mesi, da parte dei datori di lavoro privati non soggetti agli obblighi della legge 68/1999 in quanto già ottemperanti o perché non rientranti nei parametri numerici d'obbligo fissati dalla legge;
- 12) tirocini attivati dai datori di lavoro ai sensi del Regolamento regionale in materia di tirocini, finalizzati al sostegno dei tirocinanti;
- 13) istituzione del responsabile dell'inserimento lavorativo;
- 14) assunzioni effettuate dai datori di lavoro privati ai sensi dell'articolo 13 della legge 68/1999 che per insufficienza di fondi statali non hanno potuto usufruire dei relativi benefici pur avendone i requisiti.

b) INIZIATIVE PROGETTUALI:

- 1) progetti sperimentali, non rientranti nelle azioni di cui alla lettera a), elaborati dagli enti individuati dalla legge 68/1999 (cooperative sociali, consorzi, costituiti come cooperative sociali, altri soggetti la cui attività è ritenuta idonea a contribuire alla realizzazione degli obiettivi della

legge), relativi alle persone con disabilità che presentano particolari difficoltà di inserimento al lavoro;

2) specifiche progettualità attivate direttamente dalla Regione, anche in collaborazione con gli organismi deputati alla realizzazione del collocamento mirato ai sensi della legge 68/1999. Tali progetti possono prevedere, al fine della realizzazione degli stessi, l'assunzione con risorse a valere sul Fondo regionale, di lavoratori dedicati esclusivamente alle attività inerenti al progetto attivato, di durata pari a quella del progetto.

c) INIZIATIVE CONVENZIONALI:

1) iniziative convenzionali sottoscritte con i Servizi di integrazione lavorativa o con ulteriori organismi individuati dalla Regione, deputati a contribuire alla realizzazione della legge 68/1999.

3. Possono essere beneficiari dei finanziamenti del Fondo regionale:

a) datori di lavoro privati;

b) cooperative sociali di cui all'articolo 1, comma 1, lettera b) della legge 8 novembre 1991, n. 381 (Disciplina delle cooperative sociali);

c) organizzazioni di volontariato iscritte nelle sezioni provinciali dei registri regionali di cui all'articolo 6 della legge 11 agosto 1991, n. 266 (Legge-quadro sul volontariato);

d) tutti gli altri organismi di cui agli articoli 17 e 18 della legge 104/1992;

e) organismi individuati dalla Regione per la realizzazione dei percorsi personalizzati di integrazione lavorativa di cui all'articolo 36, comma 2, lett. a) della legge regionale 18/2005.

4. Possono essere destinatari delle azioni del Fondo regionale:

a) i lavoratori disabili di cui all'articolo 1 della legge 68/1999, iscritti nell'elenco di cui all'art. 8 della legge 68/1999;

b) i lavoratori disabili già in forza presso i datori di lavoro privati, assunti ai sensi della legge 68/1999 o della previgente disciplina sul collocamento obbligatorio (legge 2 aprile 1968, n. 482 "Disciplina generale delle assunzioni obbligatorie presso le pubbliche amministrazioni e le aziende private"), che presentino particolare difficoltà di mantenimento al lavoro;

c) i lavoratori disabili che sono stati riconosciuti disabili in costanza di rapporto di lavoro con la vigente normativa (art. 4, comma 4, legge 68/1999);

d) i lavoratori disabili già in forza presso i datori di lavoro privati, assunti ai sensi della legge 68/1999 o della previgente disciplina sul collocamento obbligatorio e per i quali si verifichi un aggravamento delle condizioni di salute che possa compromettere il mantenimento/proseguimento del rapporto di lavoro (art.10, comma 3, legge 68/1999).

5. Gli interventi di cui alla presente deliberazione potranno essere attivati sulla base delle disponibilità del Fondo regionale e previo confronto con la Sottocommissione per il diritto al lavoro dei disabili, attraverso gli strumenti previsti dalla normativa vigente, ed in particolare nel caso di interventi contributivi, mediante regolamento regionale.

6. Ove necessario, la valutazione degli interventi e l'ammissione degli stessi a contributo potrà essere effettuata da un'apposita commissione di valutazione composta anche da esperti della materia.

LAZIO

Decreto del Presidente della Regione Lazio 26 maggio 2016, n. T00116 Consulta regionale per i problemi della disabilità e dell'handicap di cui alla L.R. 3 novembre 2003, n.36. Rinnovo dei rappresentanti.(BUR n. 44 del 3.6.16)

Note

INTRODUZIONE NORMATIVA

Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione";

Legge regionale 9 settembre 1996 n. 38: "Riordino, programmazione e gestione degli interventi e dei servizi socio-assistenziali nel Lazio";

Legge regionale 3 novembre 2003 n. 36: "Consulta per i problemi della disabilità e dell'handicap";

Legge regionale 28 aprile 1983, n. 24 “Interventi in favore di Associazioni, Fondazioni ed Unioni di disabili operanti in territorio regionale” e successive modifiche ed integrazioni;

Legge regionale 24 maggio 1990, n. 58 “Concessione di contributi ad Associazioni sociali e regionali” e successive modifiche ed integrazioni;

Legge regionale 28 giugno 1993, n. 29 “Disciplina dell’attività di volontariato nella Regione Lazio” e successive modifiche ed integrazioni;

Legge regionale 1° settembre 1999, n. 22 “Promozione e sviluppo dell’associazionismo nella Regione Lazio” e successive modifiche ed integrazioni;

Art. 3 comma 1 della legge regionale 3 novembre 2003 n. 36 “Consulta per i problemi della disabilità e dell’handicap”, il quale dispone che: “La Consulta è costituita con Decreto del Presidente della Giunta regionale. I rappresentanti delle Associazioni e delle Organizzazioni, designati con le modalità di cui al comma 2, vengono rinnovati ogni tre anni”.

LE PROCEDURE PER IL RINNOVO

La richiesta di rinnovo dei rappresentanti è stata inviata con nota protocollo n. 690938 del 14 dicembre 2015 da parte della Direzione Regionale Salute e Politiche sociali, ex art. 3 comma 1 della legge regionale 3 novembre 2003 n. 36 “Consulta per i problemi della disabilità e dell’handicap” alle Associazioni e Organizzazioni iscritte agli albi regionali di cui alle LL.RR. 58/90, 24/83, 29/93, 22/99.

È stata data ampia diffusione, mediante la pubblicazione sul sito della Regione Lazio di un avviso rivolto Associazioni per consentire una maggiore adesione alla Consulta per i problemi della disabilità e dell’handicap.

L’art. 3 comma 2 della legge regionale 3 novembre 2003 n. 36 “Consulta per i problemi della disabilità e dell’handicap”, il quale dispone che: “Al fine della costituzione della Consulta per i problemi della disabilità e dell’handicap, le Associazioni ed Organizzazioni di cui all’articolo 2 effettuano le designazioni dei propri rappresentanti entro sessanta giorni dalla data della relativa richiesta da parte dell’amministrazione regionale”

Le seguenti Associazioni ed Organizzazioni, in regola con quanto stabilito dall’art. 2 della L.R., n. 36 del 3 novembre 2003 partecipano alla Consulta per i problemi della disabilità e dell’handicap, attraverso i rappresentanti da loro designati e di seguito elencati:

1. A.I.Ma.C. Associazione italiana malati di cancro, parenti e amici. Via Barberini, 11 - 00187 Roma.

DAVIDE DE PERSIS

2. A.G.S.A. Associazione Genitori Soggetti Autistici Lazio Onlus – Via Mugello, 66 – 00141 Roma.

MARIA CONCETTA ROMANO

3. A.GEN.DI. Associazione genitori dei disabili. Santa Lucia, 10 – 03036 - Sora (FR)

GIULIO DE GASPERIS

4. A.I.L.U. Associazione italiana leucodistrofie unite. Via San Pietro n. 4 - 04023 Formia (LT)

ERASMO DI NUCCI

5. A.I.P.D. Associazione italiana persone down sezione di Roma. Via Paolucci De Calboli, 54 - 00195 Roma.

CARLO RAMPIONI

6. A.I.S.A. Lazio Onlus. Associazione italiana per la lotta alle sindromi atassiche. - Via Cina, 91 – 00144 Roma.

CARLO ROSSETTI

7. A.I.S.M. Sezione di Roma. Associazione italiana sclerosi multipla. Via Cavour, 179 – 00184 Roma.

BRUNO PRINCIPE

8. A.N.G.L.A.T. Associazione nazionale guida legislazioni andicappati trasporti. Via del Podere S. Giusto, 29 – 00166 Roma.

ROBERTO ROMEO

9. A.N.M.I.C. di Viterbo. Associazione nazionale mutilati ed invalidi civili. Viale IV Novembre, 17/19 – 01100 Viterbo.

ITALO AQUILANI

10. A.N.M.I.C. di Frosinone. Associazione nazionale mutilati ed invalidi civili. Viale America Latina, 365/367 – 03100 Frosinone.

FRANCESCA BELLAFEMINA

11. A.N.M.I.C. di Rieti. Associazione nazionale mutilati ed invalidi civili. Via Pennesi, 14 – 02100 - Rieti

GIULIANO CARDONE

12. A.N.M.I.L. Associazione nazionale mutilati ed invalidi del lavoro. Via Adolfo Ravà, 124 – 00142 Roma.

FOSCO FOCHETTI

13. A.N.P.V.I. ONLUS. Associazione nazionale privi della vista e ipovedenti. Via Albenga, 56 – 00183 Roma.

ISAIA RENATO DE ANGELIS

14. A.P. ONLUS. Associazione paraplegici di Roma e Lazio. Via G. Cerbara, 20 – 00147 Roma.

DANIELE STAVOLO

15. A.R.P.A.. Associazione italiana per la ricerca sulla psicosi e l'autismo. Via del Mascherino, 90 - 00193 Roma.

SABINA SAVAGNONE

16. ANIEP. Associazione per la promozione e la difesa dei diritti sociali e civili degli handicappati. Via R. Vignali, 68 - 00173 Roma

ANDREA SILVESTRINI

17. ANFFAS ROMA ONLUS. Associazione Famiglie di Persone con Disabilità Intellettiva e/o Relazionale. Via Aurelia Antica, 269 – 00165 Roma.

DONATELLA PALUMBO GIDARO

18. ANFFAS REGIONE LAZIO ONLUS. Via Aurelia Antica n. 289 – 00196 Roma.

BERNARDO LANZILLO

19. ASSOCIAZIONE CIELI AZZURRI. Via Trento, 60 – 00011 Villalba di Guidonia (RM)

ANNA CANALI

20. ASSOCIAZIONE I DELFINI. Associazione nazionale di solidarietà ed assistenza per le persone contagiate da patologie causa di vaccinazioni o emotrasfusioni – ONLUS. Via Oderisi da Gubbio, 53 – 00146 Roma

SANDRO FRATINI

21. ASSOCIAZIONE YLENIA E GLI AMICI SPECIALI ONLUS Via del Casaletto 400 – 00151 Roma

SILVANA GIOVANNINI

22. ASSOHANDICAP ONLUS. Associazione per la riabilitazione ed il recupero dei portatori di handicap con personalità giuridica. Via Pietro Nenni, 2 – 00047 Marino (RM).

ROBERTA NUCCITELLI

23. COMUNITA' CAPODARCO DI ROMA ONLUS. Via Lungro, 3 – 00178 Roma.

LUIGI POLITANO

24. FIABA ONLUS Piazzale degli Archivi, 41 – 00144 Roma

GIUSEPPE TRIESTE

25. FIADDA – Sezione di Roma Onlus. Famiglie italiane associate per la difesa dei diritti degli audilesi. Via Poggio Moiano, 6 – 00199 Roma.

ANTONIO COTURA

26. IL SENSO RITROVATO ONLUS. Vicolo di Vigna Fabbri, 24 – 00179 Roma.

MARIA LUCIA PAVIA

27. L'AQUILONE – ONLUS Associazione di promozione sociale realtà locale delle comunità di Capodarco. Via Pisciarellino n. 35 (ex Valle Farano) – 04023 Formia (LT).

ANNA SOMMA

28. LA MAISON Associazione Onlus per la tutela dei diritti e della salute dei disabili. Via Georges Sorel, 7 - 00177 Roma

CHIARA PALMACCI

29. LEG. ARCO Via Ugo Botti, 19 – 00054 Fiumicino (RM).

ALESSANDRA COLONNA

30. MONDO CULTURA ONLUS Via M. Malibran, 7 – 04011 Aprilia (RM).

MARIA GRAZIA BOMBINI

31. U.I.C. Unione italiana dei Ciechi e degli Ipovedenti. (ONLUS) Consiglio regionale del Lazio. Via Collalto Sabino, 14 – 00199 Roma.

CLAUDIO COLA

32. U.N.M.S. Unione nazionale mutilati per servizio. Via Sabotino,4 – 00195 Roma.

VINCENZO CIPULLO

33. U.F.HA. Unione Famiglie Handicappati. Via dell' Assietta, 2 – 00141 Roma.

GUIDO TRINCHIERI

34. ASSOCIAZIONE SCUOLA VIVA – ONLUS – Via Crespina, 35 – 00146 Roma

FABRIZIO FEA

35. ASSOCIAZIONE DI PROMOZIONE SOCIALE GAP Via Montepulciano, 24 – 00182 Roma

FELICE BISOGNI

36. A.S.D. KODOKAN GORDIANI Via Castelforte, 42- 00171 Roma

ANNA MARIA LANCIA

37. ASSOCIAZIONE ALZHEIMER ROMA ONLUS. Via Montesanto, 54 – 00195 Roma

CARMELA DE BONIS

38. AGPH – ASSOCIAZIONE GENITORI DEI PORTATORI DI HANDICAP. Via Marino Ghetaldi, 65 – 00143 Roma

VINCENZO CORSO

39. S.I.M.O. – SOCIETA' ITALIANA MAXILLO ODONTOSTOMATOLOGIA. Piazza Confienza, 3 -00185 Roma

MAURO OREFICI

40. IL VENTO SULLA VELA Onlus Associazione Tra Familiari Utenti Istituto Leonarda Vaccari. Viale Angelico, 22 - 00195 Roma

PAOLA CECCARINI

41. ASSOCIAZIONE SAMARCANDA ONLUS Via Francesco Ferraironi, 41/43 – 00176 Roma

SOFIA DONATO

42. HERMES ONLUS Via Stefano della Bella, 75 – 00133 Roma

MARILENA ILARIONI

43. LEGA ITALIANA FIBROSI CISTICA LAZIO ONLUS Viale Regina Margherita, 306 – 00198 Roma

SILVANA MATTIA

44. COMUNITA' DI S. EGIDIO ACAP ONLUS Piazza S. Egidio, 3a - 00153 Roma

CESARE GIACOMO ZUCCONI

45. FORUM EXARTICOLO26 COMITATO FORUM EX ARTICOLO 26. Via della Transfigurazione, 5 – 00151 Roma

STEFANO GIANNESI

46. ASSOCIAZIONE STRADA FACENDO – Piazza S. Benedetto, 2 Colleferro (Rm)

MARCO FRATARCANGELI

47. V.A.I.L.V ONLUS VOLONTARI AMICI ISTITUTO LEONARDA VACCARI Viale Angelico, 22 – 00195 Roma

SAVERIA DANDINI DE SYLVA

48. A.GE.CEM ONLUS ASS. GENITORI CENTRO EDUCAZIONE MOTORIA Via B. Ramazzini, 31 – 00151 Roma

MARIA CONCETTA CIDONI

49. CO.FA.AS. CLELIA “COORDINAMENTO FAMILIARI ASSISTENTI CLELIA ONLUS”
Via Francesco de Sanctis, 15 - 00195 Roma

ANNA MARIA FECCHIO COMITO

50. DUCHENNE PARENT PROJECT Via N. Coviello, 12/14 00165 Roma

COSTANTINO D’ANIELLO

51. OPERA SANTE DE SANCTIS Associazione O.N.L.U.S. per la terapia e la riabilitazione di
handicap psicofisici Via Conte Verde, 47 – 00185 Roma

MARINA FEDELE

52. ENTE NAZIONALE PER LA PROTEZIONE E L’ASSISTENZA DEI SORDI – ONLUS
Piazzale Antonio Tosti, 4 – 00147 Roma

VINCENZO MASTRODOMENICO 53. F&M ONLUS FAMIGLIA E MINORI Via Romeo
Rodriguez Pereira, 118 – 00136 Roma

SIMONETTA TOTI

54. ANTHAI ONLUS Via Achille Russo, 18 – 00134 Roma ROLANDO SCIAMPI

La partecipazione alla Consulta per i problemi della disabilità e dell’handicap è a titolo gratuito. Ai componenti non residenti nel Comune di Roma spetta il rimborso delle spese di viaggio per la partecipazione alle sedute della Consulta e del comitato direttivo di cui al comma 3 nella misura stabilita per i dipendenti regionali, così come stabilito dall’art. 3 comma 5 della legge regionale 3 novembre 2003 n. 36.

Decreto del Commissario ad Acta 27 maggio 2016, n. U00191 - Erogazione contributi per cure climatiche e soggiorni terapeutici agli invalidi di guerra e assimilati, ai sensi dell'articolo 57, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 – anno 2015. Definizione dei criteri per l'anno 2016. (BUR n. 45 del 7.6.16)

Note

Viene confermato per l’anno 2015 il contributo giornaliero di euro 45,00, per 21 giorni, a carico del Servizio Sanitario Regionale, per cure climatiche e soggiorni terapeutici agli invalidi di guerra ed assimilati, individuati in base ai criteri di cui all’allegato 1 dei DCA 177/2015 e 193/2015, non estendibile anche all’accompagnatore previsto per i grandi invalidi di guerra dal Mod. 69 rilasciato dal Ministero dell’Economia e Finanze e per gli invalidi per servizio dal modello 69 ter o, comunque, dal decreto concessivo di pensione privilegiata. Il contributo giornaliero per l’accompagnatore, non inserito nel Mod. 69, nel Mod. 69 ter e nel decreto concessivo di pensione privilegiata, non può essere concesso neanche ai soggetti che a giudizio del medico della ASL a ciò deputato, siano considerati non autosufficienti.

Vengono individuati, per l’anno 2016, gli aventi diritto al rimborso sulla base dei criteri di cui all’Allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente Decreto

ALLEGATO 1

CURE CLIMATICHE E SOGGIORNI TERAPEUTICI

Le cure climatiche e i soggiorni terapeutici sono concessi, per un periodo massimo di 21 giorni, agli invalidi che, in conseguenza delle invalidità pensionate abbiano necessità di tali terapie al fine di consolidare i risultati ottenuti con recenti ricoveri o con intense e prolungate cure ambulatoriali, oppure prevenire aggravamenti di dette infermità cronicizzate e suscettibili di complicanze per le condizioni climatiche sfavorevoli della località di residenza degli invalidi stessi.

Hanno diritto ad accedere alle cure climatiche e ai soggiorni terapeutici gli assistiti che, sulla base della documentazione presentata, siano:

- percettori di pensione vitalizia per invalidità di guerra;
- percettori di pensione vitalizia per causa di servizio;
- utenti, percettori di pensione vitalizia, equiparati da norme speciali agli invalidi di guerra; e che, alternativamente:

- 1) risultino invalidi pensionati portatori di patologia tubercolare di entità tale da aver determinato da sola l'iscrizione dalla prima alla quinta categoria;
- 2) invalidi che, sulla base della documentazione presentata, risultino percettori di pensione vitalizia per invalidità di guerra, per causa di servizio, o equiparati da norme speciali agli invalidi di guerra portatori di affezioni respiratorie di entità tale da avere determinato, da sole, l'iscrizione alla prima o alla seconda categoria;
- 3) risultino invalidi iscritti alla prima categoria di pensione per infermità non tubercolare per i quali il clima rappresenti un fattore terapeutico atto a prevenire riacutizzazioni o complicanze dell'infermità pensionata. Tra tali soggetti possono rientrare anche gli invalidi ciechi, amputati, mentali, per i quali, in sede di accertamento sanitario presso le Asl, venga riconosciuta tale necessità terapeutica.

Determinazione 1 giugno 2016, n. G06262 - Approvazione delle: Linee di indirizzo per il servizio di assistenza specialistica negli istituti scolastici e formativi del secondo ciclo - Anno scolastico 2016-2017; Linee di indirizzo per la realizzazione dell'integrazione scolastica in favore degli alunni

La Legge n. 104/1992 prevede l'obbligo per gli enti locali di fornire l'assistenza agli alunni con disabilità al fine di garantirne l'integrazione scolastica.;

La Legge n. 56/2014 all'art. 1 commi 44 e 85 individua le funzioni fondamentali in capo alle Città Metropolitane e alle Province e al comma 89 prevede che le Regioni attribuiscono ulteriori funzioni diverse da quelle di cui al comma 85, in attuazione dell'articolo 118 della Costituzione.

Con la legge regionale n.17 del 31 dicembre 2015 "legge di stabilità regionale 2016" la Regione Lazio ha definito le disposizioni attuative della legge n. 56 del 7 aprile 2014 e il successivo riordino delle funzioni e dei compiti di Roma Capitale, della Città metropolitana di Roma Capitale e dei comuni, con disposizioni in materia di personale.

All'articolo 7 comma 2 della succitata legge regionale viene indicato come "le funzioni non fondamentali in materia di servizi sociali e istruzione scolastica, formazione professionale, servizi e politiche attive per il lavoro, agricoltura, ivi inclusa caccia e pesca, sanità veterinaria, turismo, beni, servizi e attività culturali e viabilità, già esercitate dalla Città metropolitana di Roma Capitale e dalle province alla data di entrata in vigore della presente legge e non riconferite nei commi da 3 a 7, sono esercitate dalla Regione (...)", e nello stesso articolo, al comma 3 viene stabilito che "Fermo restando quanto previsto dall'articolo 1, comma 44, lettera e), della l. 56/2014, la Città metropolitana di Roma Capitale e le province esercitano le funzioni ed i compiti amministrativi concernenti: a) l'assistenza agli alunni con disabilità frequentanti la scuola media superiore; b) l'assistenza ai disabili sensoriali ai sensi dell'articolo 5, comma 2, del decreto legge 18 gennaio 1993, n. 9 (Disposizioni urgenti in materia sanitaria e socioassistenziale), convertito, con modificazioni, dalla legge 18 marzo 1993, n. 67 e successive modifiche; (...).

L'IMPEGNO DELLA REGIONE

In relazione all'urgenza di dover assicurare la continuità dei servizi di assistenza specialistica negli istituti scolastici e formativi del secondo ciclo e garantire l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità sensoriale - nelle more del processo di riorganizzazione delle funzioni non fondamentali riconferite alla Città metropolitana di Roma Capitale e alle province - la Regione Lazio intende sostenere e finanziare tali servizi per l'anno scolastico e formativo 2016-2017;

LE LINEE GUIDA

Vengono predisposte Linee di indirizzo e la correlata modulistica per l'attuazione dei predetti servizi che devono essere organizzati ed erogati per il mese di settembre p.v. a favore degli allievi con disabilità che sarebbero costretti a non poter esercitare il proprio diritto allo studio.

Viene scelto l'impianto che si fonda sull'esperienza della Città metropolitana di Roma Capitale, che ha offerto in questi anni un modello valido ed efficace e ha prodotto risultati apprezzabili, per la continuazione delle attività in favore dell'integrazione degli studenti con disabilità, tanto più che, in

via straordinaria per le ragioni sovra esposte, tale linee si rivolgono alla sola Città metropolitana di Roma Capitale.

Le Province di Latina di Viterbo e Rieti hanno adottato proprie linee guida al fine di organizzare i servizi di assistenza specialistica negli istituti scolastici e formativi del secondo ciclo e per gli alunni con disabilità sensoriale anno scolastico 2016- nei rispettivi territori per il prossimo anno scolastico.

Gli interventi di assistenza agli alunni con disabilità costituiscono un indispensabile servizio alle famiglie per l'inserimento scolastico dei propri figli e la crescita verso l'autonomia personale e che, pertanto, è necessario garantirne la continuità.

LA DISPOSIZIONE

Vengono adottate le:

- Linee di indirizzo per il servizio di assistenza specialistica negli istituti scolastici e formativi del secondo ciclo - Anno scolastico 2016-2017, e relativi Allegati che costituiscono parti integranti e sostanziali della presente determinazione;
- Linee di indirizzo per la realizzazione dell'integrazione scolastica in favore degli alunni con e sostanziali della presente determinazione;

LINEE DI INDIRIZZO PER LA REALIZZAZIONE DELL'INTEGRAZIONE SCOLASTICA IN FAVORE DEGLI ALUNNI CON DISABILITÀ SENSORIALE ANNO SCOLASTICO 2016-2017

1. Premessa

Con la legge regionale n.17 del 31 dicembre 2015 “legge di stabilità regionale 2016” la Regione Lazio definisce le disposizioni attuative della legge n. 56 del 7 aprile 2014 e il successivo riordino delle funzioni e dei compiti di Roma Capitale, della Città metropolitana di Roma Capitale e dei comuni, con disposizioni in materia di personale.

In particolare, all'articolo 7 comma 2 della su citata legge regionale viene indicato come “le funzioni non fondamentali in materia di servizi sociali e istruzione scolastica, formazione professionale, servizi e politiche attive per il lavoro, agricoltura, ivi inclusa caccia e pesca, sanità veterinaria, turismo, beni, servizi e attività culturali e viabilità, già esercitate dalla Città metropolitana di Roma Capitale e dalle province alla data di entrata in vigore della presente legge e non riconferite nei commi da 3 a 7, sono esercitate dalla Regione (...)”. Nello stesso articolo, al comma 3 viene stabilito che “Fermo restando quanto previsto dall'articolo 1, comma 44, lettera e), della l. 56/2014, la Città metropolitana di Roma Capitale e le province esercitano le funzioni ed i compiti amministrativi concernenti: a) l'assistenza agli alunni con disabilità frequentanti la scuola media superiore; b) l'assistenza ai disabili sensoriali ai sensi dell'articolo 5, comma 2, del decreto legge 18 gennaio 1993, n. 9 (Disposizioni urgenti in materia sanitaria e socioassistenziale), convertito, con modificazioni, dalla legge 18 marzo 1993, n. 67 e successive modifiche; (...)”.

Vista l'urgenza di dover garantire l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità sensoriale - nelle more del processo di riorganizzazione delle funzioni non fondamentali riconferite alla Città metropolitana di Roma Capitale e alle province - la Regione Lazio intende sostenere e finanziare gli interventi di assistenza alla comunicazione in favore degli alunni con disabilità sensoriale frequentanti le scuole di ogni ordine e grado per l'anno scolastico 2016-2017.

A tal fine ha predisposto le Linee di indirizzo e la correlata modulistica per l'attuazione dei servizi. L'impianto proposto si fonda sull'esperienza della Città metropolitana di Roma Capitale che ha offerto in questi anni un modello valido ed efficace che ha prodotto risultati apprezzabili. La Regione ha ritenuto, quindi, logico scegliere tale impianto per la continuazione delle attività in favore dell'integrazione degli studenti con disabilità, tanto più che, in via straordinaria per le ragioni sovra esposte, tale linee si rivolgono alla Città metropolitana di Roma Capitale.

Il servizio, a carattere istituzionale e di interesse pubblico, trova realizzazione nel contesto scolastico attraverso attività che si integrano con le funzioni e i compiti che la stessa scuola persegue.

Il processo di integrazione vede la partecipazione di diverse figure che a vario titolo contribuiscono alla realizzazione di un progetto globale per l'alunno con disabilità e alla promozione di una cultura dell'inclusione per la scuola tutta.

L'assistente alla comunicazione, dunque, integra la propria attività con quelle di altre figure (docenti curricolari, insegnanti di sostegno, AEC e personale ATA) senza sovrapporre compiti e funzioni, ma valorizzando i diversi ambiti di competenza. Gli interventi si concretizzano, quindi, in azioni entro il contesto classe e nell'intero ambiente scolastico rivolte al coinvolgimento di tutti gli alunni al processo di integrazione-inclusione, con un modello di partecipazione attiva.

2. Destinatari

Sono destinatari delle prestazioni i bambini e i ragazzi con disabilità sensoriale che, per attendere al percorso scolastico e formativo, frequentano i servizi scolastici ed educativi pubblici quali: asilo nido, scuola infanzia, scuola primaria, scuola secondaria di primo, secondo grado e percorsi IeFP.

Sono disabili sensoriali:

- Soggetti affetti da cecità totale, ovvero: a) coloro che sono colpiti da totale mancanza della vista in entrambi gli occhi; b) coloro che hanno la mera percezione dell'ombra e della luce o del moto della mano in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore; c) coloro il cui residuo perimetrico binoculare è inferiore al 3 per cento (Rif. Legge 3 aprile 2001 n. 138 art. 2).
- Soggetti affetti da cecità parziale, ovvero: a) coloro che hanno un residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione; b) coloro il cui residuo perimetrico binoculare è inferiore al 10 per cento (Rif. Legge 3 aprile 2001 n. 138 art. 3).
- Soggetti ipovedenti gravi, ovvero: a) coloro che hanno un residuo visivo non superiore al totale di 1/10 in entrambi gli occhi, o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione; b) coloro il cui residuo perimetrico binoculare è inferiore al 30 per cento (Rif. Legge 3 aprile 2001 n. 138 art. 4).
- Soggetti affetti da sordità congenita o acquisita durante l'età evolutiva che gli abbia compromesso il normale apprendimento del linguaggio parlato, purché la sordità non sia di natura esclusivamente psichica o dipendente da causa di guerra, di lavoro o di servizio (Rif. Legge 26 maggio 1970, n. 381 art. 1).
- Soggetti ipoacusici con perdita uditiva superiore a 60 dB da entrambe le orecchie (Rif. Decreto Ministeriale - Ministero della Sanità - 5 febbraio 1992), pur corretta da protesi acustica.

3. Requisiti di accesso

I requisiti necessari ed indispensabili per aver diritto al servizio sono:

- Possesso di una delle condizioni indicate nella parte relativa ai "Destinatari";
- Iscrizione ad un istituto scolastico presente sul territorio della Città metropolitana di Roma Capitale.

L'alunno con disabilità sensoriale ha diritto alle prestazioni stabilite in suo favore in relazione alla natura e alla consistenza della minorazione, alla capacità complessiva individuale residua e alla efficacia delle terapie riabilitative.

Nei casi di pluridisabilità, per lo studente frequentante un istituto di istruzione secondaria superiore, dovrà essere individuato dalla scuola, in accordo con la famiglia e su indicazione di uno specialista, l'intervento specialistico più opportuno, valutando la necessità di un operatore tiflodidatta, o di un'assistente alla comunicazione o di un'assistente specialistico.

Tale scelta dovrà essere effettuata tenendo conto dello specifico bisogno del soggetto entro il contesto scolastico.

L'assistente specialistico, l'assistente alla comunicazione per sordi e il tiflodidatta, seppure con diverse metodologie di lavoro, svolgono la medesima funzione, ovvero attivare un processo di integrazione per l'alunno.

Linee di indirizzo per la realizzazione dell'integrazione scolastica in favore degli alunni con disabilità sensoriale anno scolastico 2016-2017

4. Descrizione degli interventi

Compatibilmente con le risorse finanziarie disponibili vengono erogati interventi specifici ed idonei, per i bambini e i ragazzi con disabilità sensoriale, che per assolvere al percorso scolastico e

ormativo frequentano i servizi scolastici ed educativi pubblici o paritari presenti sul territorio della Città metropolitana di Roma Capitale quali: asilo nido, scuola infanzia, scuola primaria, scuola secondaria di primo, secondo grado e percorsi IeFP.

Per gli alunni sordi o ipoacusici viene offerta la possibilità di richiedere l'assistenza alla comunicazione, che sofferisce alla funzione comunicativa la cui compromissione, se non supportata, può causare difficoltà e svantaggi nel processo d'apprendimento, nell'integrazione e nella socializzazione.

Gli interventi si concretizzano nell'affiancamento a scuola dell'alunno da parte di operatori competenti nelle difficoltà comunicative adeguandosi alle esigenze e al contesto di ciascun alunno.

Gli alunni hanno la possibilità di scegliere tra diversi metodi di trattamento come lingua italiana dei segni, il bimodale e l'oralista.

L'assistente alla comunicazione per sordi svolge la propria funzione mediante azioni quali:

- a) favorire, incoraggiare e mediare la comunicazione dell'alunno con gli insegnanti ed i compagni;
- b) consentire all'alunno/i affidato/i di accedere ai contenuti della didattica e formativi ed alle verifiche sull'apprendimento;
- c) promuovere e favorire la socializzazione ai fini dell'integrazione scolastica;
- d) collaborare alla stesura del Piano Educativo Individualizzato (P.E.I.) e partecipare ai G.L.H.;
- e) adottare la Lingua Italiana dei Segni (LIS), o il metodo bimodale, o l'oralista, secondo le indicazioni della famiglia di ciascun alunno;
- f) collaborare con gli insegnanti nella pianificazione delle lezioni mediante strategie visive che utilizzano la vista, canale integro del bambino/ragazzo sordo;
- g) trasferire competenze al personale docente e ai compagni di scuola al fine di favorire gli scambi comunicativi all'interno del contesto anche in assenza dell'assistente alla comunicazione;
- h) partecipare agli incontri tra la scuola e la famiglia, organizzati dalla scuola;
- i) programmare e verificare gli interventi reperendo tutte le informazioni utili sull'alunno per avere un quadro delle criticità e delle risorse individuali e coordinandosi con l'insegnante curricolare e di sostegno e alle attività della classe.

L'assistente alla comunicazione per sordi dovrà integrare la propria attività a quella di altre figure (docenti curricolari, insegnanti di sostegno, AEC e personale ATA), senza sovrapporre compiti e funzioni, ma valorizzando i diversi ambiti di competenza. Gli interventi da realizzare si concretizzano in azioni nel contesto classe e nell'intero ambiente scolastico rivolte al coinvolgimento di tutti gli alunni al processo di integrazione- inclusione, con un modello di partecipazione attiva.

Per alunni non vedenti o ipovedenti viene offerta la possibilità di richiedere l'assistenza alla comunicazione-tiflodidattica, che sofferisce alla funzione visiva la cui compromissione, se non supportata, può causare difficoltà e svantaggi nel processo d'apprendimento, nell'integrazione e nella socializzazione.

Linee di indirizzo per la realizzazione dell'integrazione scolastica in favore degli alunni con disabilità sensoriale anno scolastico 2016-2017

Gli interventi si concretizzano nell'affiancamento a scuola dell'alunno da parte di operatori competenti, adeguandosi alle esigenze e al contesto di ciascun alunno.

L'assistente alla comunicazione-tiflodidattica opera nelle scuole di ogni ordine e grado per favorire l'integrazione e lo sviluppo dell'autonomia degli alunni ciechi o ipovedenti, intervenendo su aree, quali: comunicazione, mediazione, capacità di gestire lo spazio e trasposizione/costruzione dei sussidi tiflodidattici e non.

L'operatore svolge la propria funzione mediante azioni quali:

- a) favorire, incoraggiare e mediare la comunicazione dell'alunno con gli insegnanti ed i compagni;
- b) consentire all'alunno/i affidato/i di accedere ai contenuti della didattica e formativi ed alle verifiche sull'apprendimento, anche attraverso la trasposizione del materiale didattico e librario in uso e la transcodifica dei testi in Braille;

- c) costruire materiale non strutturato come sussidio per il processo di conoscenza ed apprendimento dell'alunno;
- d) promuovere e favorire la socializzazione ai fini dell'integrazione scolastica;
- e) collaborare alla stesura del Piano Educativo Individualizzato e partecipare ai G.L.H;
- f) collaborare con gli insegnanti nella pianificazione delle lezioni mediante strategie che utilizzano la funzione aptica ed uditiva, canali integri del bambino/ragazzo cieco;
- g) trasferire al personale docente le competenze d'uso degli strumenti tiflodidattici e tifloinformatici;
- h) trasferire competenze al personale docente e ai compagni di scuola al fine di favorire gli scambi comunicativi all'interno del contesto anche in assenza dell'assistente alla comunicazione;
- i) partecipare agli incontri tra scuola e la famiglia, organizzati dalla scuola;
- j) programmare e verificare reperendo tutte le informazioni utili sull'alunno per avere un quadro delle criticità e delle risorse individuali e coordinandosi con l'insegnante curricolare e di sostegno e alle attività della classe.

L'assistente alla comunicazione-tiflodidatta per non vedenti dovrà integrare la propria attività a quella di altre figure (docenti curricolari, insegnanti di sostegno, AEC e personale ATA), senza sovrapporre compiti e funzioni, ma valorizzando i diversi ambiti di competenza. Gli interventi da realizzare si concretizzano in azioni nel contesto classe e nell'intero ambiente scolastico rivolte al coinvolgimento di tutti gli alunni al processo di integrazione- inclusione, con un modello di partecipazione attiva.

Il monte ore assegnato è comprensivo delle ore di intervento entro l'orario scolastico, della partecipazione alle riunioni di GLH, dei laboratori con la classe, delle visite di istruzione e, solo per gli studenti degli istituti di istruzione secondaria superiore, dello svolgimento di attività quali l'alternanza scuola-lavoro.

L'organizzazione settimanale dell'orario dell'operatore verrà definita dal gruppo delle classi dove sono inseriti gli studenti con disabilità insieme con l'operatore e, ove necessario, anche con la collaborazione del coordinatore tecnico scientifico dell'Ente Affidatario.

5. Modalità di accesso

L'accesso ai servizi e alle prestazioni avviene su domanda della scuola presso cui è iscritto il destinatario del servizio in accordo con la famiglia. La domanda viene presentata agli uffici della Linee di indirizzo per la realizzazione dell'integrazione scolastica in favore degli alunni con disabilità sensoriale anno scolastico 2016-2017

Regione Lazio - Direzione Formazione, Ricerca e Innovazione, Scuola e Università, Diritto allo Studio - Area Programmazione, Organizzazione e Attuazione dell'offerta di Istruzione, Diritto allo Studio Scolastico e Universitario - compilando l'apposita modulistica (All.1 e 2), allegata alle linee guida e pubblicata sul sito della Regione Lazio . http://www.regione.lazio.it/rl_istruzione_giovani/

Alla domanda devono essere allegati:

Per tutti gli alunni:

- Copia del verbale di invalidità civile, attestante il deficit sensoriale (visivo o uditivo), rilasciato da apposita commissione;
- Diagnosi funzionale aggiornata;
- Diagnosi clinica riportante il visus espresso in decimi (per gli alunni ciechi o ipovedenti);
- Diagnosi clinica riportante il grado di sordità espresso in decibel (per gli alunni sordi o ipoacusici)

Ad integrazione o in sostituzione dei certificati medici sopra riportati, ove ritenuto necessario per una più efficace valutazione del bisogno, l'ufficio preposto può richiedere per alunni ciechi parziali e ipovedenti la diagnosi clinica riportante il visus espresso in decimi per l'occhio destro e quello sinistro, con allegati esami ortottici; mentre per alunni sordi o ipoacusici la diagnosi clinica riportante il grado di sordità espresso in decibel per l'orecchio destro e quello sinistro, con allegati gli esami audiometrici.

Le richieste saranno valutate dall'Area preposta e condivise con l'ente affidatario del servizio. Compatibilmente con l'evoluzione normativa in essere, l'attribuzione della quota oraria da destinare

a ciascun alunno seguirà principi di massima ottimizzazione delle risorse, adottando i seguenti criteri:

- Diagnosi,
- Ciclo scolastico,
- Ore di permanenza a scuola,
- Presenza di altre figure coinvolte nel processo di integrazione.

L'Area preposta nell'attività di valutazione potrà richiedere, qualora lo ritenga necessario, documentazione medica integrativa ed un parere tecnico dei servizi sanitari specialistici e sociali competenti per territorio.

Le domande, per l'anno scolastico 2016-2017 dovranno essere inviate entro il termine del 20 giugno 2016, unitamente ai certificati richiesti.

Le richieste dovranno pervenire tramite pec all'indirizzo istruzioneassistenzadisabilita@regione.lazio.legalmail.it specificando sull'oggetto: "Richiesta di attivazione del servizio di assistenza alla comunicazione per alunni con disabilità sensoriale A.S. 2016-2017".

Non verrà inviata alla scuola alcuna comunicazione in merito all'inizio procedimento, perché la valutazione verrà avviata automaticamente con l'arrivo della domanda.

La comunicazione di accoglimento della richiesta e delle ore assegnate verrà inviata alla scuola ad opera del soggetto affidatario del Servizio, individuato tramite procedura di evidenza pubblica.

Nella nota verrà anche indicato il nominativo dell'operatore incaricato e la data di inizio. La comunicazione di non accoglimento della richiesta, per mancanza dei requisiti di accesso, verrà inviata alla scuola dall'Amministrazione Regionale.

Si sottolinea che il compito di verificare la corretta presentazione della documentazione nei modi e nei tempi, indicati nelle presenti linee di indirizzo, spetta al Dirigente scolastico, che è, pertanto, direttamente responsabile di qualunque disservizio causato dall'invio di richieste incomplete o tardive.

Questa Amministrazione si riserva la possibilità di accogliere le domande presentate oltre il termine sopra indicato, compatibilmente con le specifiche disponibilità finanziarie.

Per informazioni è possibile contattare il seguente personale :

Roberto Lucertoni 06- 51684008

Maria Frangioni 06- 51685036

Martina Santilli 06- 51684778

Anna Parisella 06- 51683020

Posta elettronica: assistenzaadisabilita@regione.lazio.it

6. Ulteriori adempimenti

L'Istituto Scolastico, d'intesa con l'operatore specialistico assegnato e con i preposti organi istituzionali, dovrà elaborare, in favore di ciascun alunno destinatario dell'intervento, un progetto che tenga conto dei singoli bisogni e consenta l'ottimizzazione e l'integrazione funzionale delle risorse interne ed esterne alla scuola.

Copia del medesimo progetto, ratificato dal G.L.H.O., dovrà essere trasmessa all'Area "Programmazione, Organizzazione e Attuazione dell'offerta di Istruzione, Diritto allo Studio Scolastico e Universitario".

Al fine di realizzare un intervento quanto più possibile individualizzato ed effettivamente rispondente ai bisogni dell'alunno, in relazione alle risorse disponibili, si ritiene utile la partecipazione dei referenti dell'Area "Programmazione, Organizzazione e Attuazione dell'offerta di Istruzione, Diritto allo Studio Scolastico e Universitario" e dell'Ente Gestore ai G.L.H.O. che riguardano gli alunni destinatari del Servizio. Pertanto, l'Istituto Scolastico dovrà comunicare in tempo utile le date per potervi partecipare.

Nel caso in cui l'Ente non possa intervenire, l'Istituto scolastico invierà copia del verbale.

Infine, per una trasparente e adeguata realizzazione degli interventi, si chiede l'impegno del Dirigente scolastico per garantire la collaborazione del personale docente e non con gli assistenti

alla comunicazione, relativamente al progetto di integrazione sull'alunno, e degli uffici amministrativi con il soggetto gestore, per ciò che riguarda la gestione amministrativa.

7. Accesso ai convitti o semiconvitti in istituti specializzati

Gli alunni con disabilità sensoriale, con un età non superiore a 26 anni e residenti nel territorio della Città Metropolitana di Roma Capitale che vogliano conseguire un corso professionale postdiploma o per completare il percorso educativo e formativo in un comune diverso da quello di residenza, possono richiedere il sostegno economico per l'accoglienza in strutture convittuali o

Le richieste relative al conseguimento di un corso professionale post-diploma o per completare il percorso educativo e formativo nello stesso comune di residenza verranno valutate caso per caso solo in presenza di una relazione rilasciata dai servizi sociali del territorio che ne giustifichi la necessità. I requisiti necessari ed indispensabili per aver diritto al servizio sono:

- Presentare una disabilità sensoriale, così come indicato nella parte 2 "Destinatari";
- Età non superiore a 26 anni;
- Residenza dell'alunno disabile in uno dei Comuni della Città Metropolitana di Roma Capitale;
- Iscrizione ad un corso professionale post-diploma o ad istituto per completare il percorso educativo e formativo;
- Assenza sul territorio comunale di residenza di un corso analogo a quello che si vuole frequentare;
- Presenza di una situazione di disagio socio-economico nel caso in cui si richieda il sostegno economico per l'accoglienza in strutture convittuali o semiconvittuali per conseguire un corso presente sul territorio di residenza, da accertare in sede di colloquio con il personale dell'Area "Programmazione, Organizzazione e Attuazione dell'offerta di Istruzione, Diritto allo Studio Scolastico e Universitario".

L'accesso ai servizi e alle prestazioni avviene su domanda della famiglia e/o dell'interessato, se maggiorenne, presentata tramite posta certificata agli uffici dell' Area "Programmazione, Organizzazione e Attuazione dell'offerta di Istruzione, Diritto allo Studio Scolastico e Universitario", compilando l'apposita modulistica, presente sul sito della Regione Lazio al sito

http://www.regione.lazio.it/rl_istruzione_giovani/

Alla domanda devono essere allegati:

- Copia del verbale di invalidità civile, attestante il deficit sensoriale (visivo o uditivo), rilasciato da apposita commissione;
- Autocertificazione dell'età ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445;
- Autocertificazione di residenza ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445;
- Attestazione ISEE del nucleo familiare relativa all'anno precedente a quello di richiesta da compilarsi presso Centro Assistenza Fiscale CAF – INPS – Comune di Residenza;
- Copia del certificato d'iscrizione all'istituto per l'anno scolastico 2016-2017 con l'indicazione del corso o classe per la quale è richiesta la frequenza o copia della domanda d'iscrizione presentata;
- Dichiarazione in cui si attesta che non è presente nel territorio comunale di residenza un corso analogo a quello che si vuole frequentare.

Alla famiglia del destinatario si chiede la compartecipazione al costo della retta in percentuale rispetto al reddito ISEE dichiarato, secondo le seguenti modalità:

Reddito ISEE €

Percentuale della retta a carico della Regione con un limite di spesa massima di € 11.000,00

Percentuale della retta a carico della famiglia e / o dell'interessato se maggiorenne

Da 0 a 12.500,00 100% 0%

Da 12.501,00 a 17.500,00 95% 5%

Da 17.501,00 a 23.500,00 85% 15%

Oltre 23.501,00 80% 20%

Gli importi delle rette a carico della Regione e della famiglia/interessato verranno calcolati in misura percentuale sul costo complessivo relativo alla retta da sostenere.

La Regione Lazio verserà all'Istituto convittuale solo la percentuale della retta a proprio carico e in nessun caso risponderà del mancato pagamento della retta a carico della famiglia/interessato.

La percentuale della retta a carico dalla famiglia/interessato (come da tabella sopra riportata) dovrà essere versata direttamente all'Istituto convittuale presso cui il proprio figlio è convittore/trice.

Si fa presente che in ogni caso la spesa massima, a carico della Regione Lazio, per il pagamento della retta di convitto e semiconvitto per l'intero anno scolastico non potrà essere superiore a € 1.000,00.

Pertanto, la quota eccedente dovrà essere versata direttamente dalla famiglia/interessato indipendentemente dal reddito ISEE.

Ad esempio:

Reddito ISEE famiglia/interessato: € 10.000,00 (rientra nella prima fascia da 0 a 12.500,00) Costo della retta: € 20.000,00

Limite di spesa massima a carico della Regione: € 11.000,00 Calcolo retta a carico della Regione: € 11.000,00

Calcolo retta a carico della famiglia/interessato: € 9.000,00

Ad esempio:

Reddito ISEE famiglia/interessato: € 14.000,00 (rientra nella seconda fascia da 12.501,00 a 17.500,00)

Costo della retta: € 20.000,00

Limite di spesa massima a carico della Regione : € 11.000,00 Calcolo retta a carico della Regione: € 11.000,00

Calcolo retta a carico della famiglia/interessato: (€ 1.000,00 percentuale a carico + € 8.000,00 quota non coperta) € 9.000,00

Ad esempio:

Reddito ISEE famiglia/interessato: € 14.000,00 (rientra nella seconda fascia da 12.501,00 a 17.500,00) Costo della retta: € 11.000,00

Limite di spesa massima a carico della Regione : € 11.000,00 Calcolo retta a carico della Regione: € 10.450,00

Calcolo retta a carico della famiglia/interessato: € 550,00

Si procederà all'assegnazione delle risorse economiche necessarie all'erogazione degli interventi, compatibilmente con le specifiche disponibilità finanziarie.

Non verranno accolte le richieste di pagamento di rette per convitto o semiconvitto relative a corsi svolti fuori della regione, se nel territorio regionale è presente un corso analogo.

Le domande dovranno essere presentate tramite posta certificata al seguente indirizzo:

istruzioneassistenzadisabilita@regione.lazio.legalmail.it

Per informazioni e appuntamenti è possibile contattare il seguente personale :

Roberto Lucertoni 06- 51684008

Maria Frangioni 06- 51685036

Martina Santilli 06- 51684778

Anna Parisella 06- 51683020

Posta elettronica: assistenzadisabilita@regione.lazio.it

8. Trascrizione in braille, ingrandimento e trasposizione in formato elettronico o audio di testi scolastici

Gli alunni con disabilità sensoriale visiva, frequentanti gli istituti d'istruzione secondaria superiore presenti sul territorio della Città metropolitana di Roma Capitale, possono usufruire del servizio di trascrizione in braille, ingrandimento e trasposizione in formato elettronico o audio testi scolastici.

Si fa presente che il servizio di traduzione ed ingrandimento verrà erogato solo per le parti di testo selezionate dai docenti in relazione al programma da svolgere per l'anno scolastico di riferimento.

L'accesso al servizio avviene su domanda della scuola, presentata tramite posta certificata

istruzioneassistenzadisabilita@regione.lazio.legalmail.it degli uffici competenti della Regione Lazio, Area "Programmazione, Organizzazione e Attuazione dell'Offerta di Istruzione, Diritto allo Studio Scolastico e Universitario" presente sul sito della Regione Lazio.

Alla domanda devono essere allegati:

- Copia del verbale di invalidità civile, attestante il deficit sensoriale visivo, rilasciato da apposita commissione;
- Preventivo della spesa da sostenere relativo alla selezione dei libri di testo adottati per l'anno scolastico di riferimento.

Si procederà all'assegnazione delle risorse economiche necessarie all'erogazione degli interventi, compatibilmente con le specifiche disponibilità finanziarie.

Le domande, per l'anno scolastico 2016-2017, dovranno essere inviate entro il termine del 30 giugno 2016 insieme ai certificati richiesti e al preventivo di spesa specificando nell'oggetto:

"Richiesta di pagamento servizio di trascrizione in Braille, ingrandimento e trasposizione in formato elettronico o audio testi scolastici – NOME ISTITUTO", al seguente indirizzo di posta certificata: istruzioneassistenzadisabilita@regione.lazio.legalmail.it

Per informazioni è possibile contattare il seguente personale dell' Area "Programmazione, Organizzazione e Attuazione dell'Offerta di Istruzione, Diritto allo Studio Scolastico e Universitario" presente sul sito della Regione Lazio:

Roberto Lucertoni 06- 51684008

Maria Frangioni 06- 51685036

Martina Santilli 06- 51684778

Anna Parisella 06- 51683020

Posta elettronica: assistenzaadisabilita@regione.lazio.it

9. Verifiche e monitoraggio

La Regione Lazio ha la facoltà di eseguire controlli e, se necessario, può richiedere ulteriore documentazione.

Ferme restando le sanzioni penali per le dichiarazioni mendaci o falsità negli atti, qualora dal controllo emerga la non veridicità di quanto dichiarato, il dichiarante decadrà dal diritto al servizio e dovrà rimborsare i costi del servizio già sostenuti.

L' Area "Programmazione, Organizzazione e Attuazione dell'Offerta di Istruzione, Diritto allo Studio Scolastico e Universitario" effettuerà il monitoraggio tecnico per verificare la congruità degli interventi richiesti e realizzati.

Il monitoraggio si porrà quale strumento per la condivisione dei bisogni, delle criticità, delle buone prassi contribuendo a trovare nuove strategie di intervenendo.

Costituirà, inoltre, uno strumento di supporto per l'eventuale rimodulazione dei progetti in relazione ai bisogni rilevati e alle effettive disponibilità delle risorse economiche destinate.

Regione Lazio Direzione Regionale Formazione, Ricerca e Innovazione, Scuola e Università, Diritto allo Studio- Area "Programmazione, Organizzazione e Attuazione dell'offerta di Istruzione, Diritto allo Studio Scolastico e Universitario" -

Scheda destinatari Assistenza Specialistica 2016-2017 (All.1)

All. 1 - Scheda dei destinatari Assistenza Specialistica a.s. 2016- 2017

(Tutti i campi sono obbligatori)

ISTITUTO:

Alla scheda relativa di ogni alunno destinatario del servizio di assistenza specialistica vanno allegare le seguenti certificazioni aggiornate:

-Verbale accertamento handicap

-Certificazione ai fini dell'integrazione scolastica

-Diagnosi funzionale

NOME e COGNOME STUDENTE

DATA DI NASCITA
COMUNE/MUNICIPIO DI RESIDENZA
SEDE DELL' ISTITUTO SCOLASTICO

.....
CLASSE (A.S 2016-2017) SEZIONE.....
NUMERO ORE SETTIMANALI DI FREQUENZA A SCUOLA

INSEGNANTE DI SOSTEGNO

N° ORE SETTIMANALI ASSEGNATE allo studente e alla sua classe
A.S. 2016-2017.....

Difficoltà nell'autonomia e necessità di assistenza di base per cui è stato individuato il collaboratore scolastico:

Spostamento
Igiene personale, cura della persona)

CODICE DIAGNOSTICO PREVALENTE:

CODICE DIAGNOSTICO SECONDARIO:

Lo studente/la studentessa segue una **programmazione differenziata** SI NO

BREVE DESCRIZIONE DEL PROGETTO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO E DELL'INTERVENTO DI ASSISTENZA SPECIALISTICA CHE SI INTENDE REALIZZARE:

.....
.....
.....
.....

Regione Lazio Direzione Regionale Formazione, Ricerca e Innovazione, Scuola e Università,
Diritto allo Studio- Area "Programmazione, Organizzazione e Attuazione dell'offerta di Istruzione,
Diritto allo Studio Scolastico e Universitario" -
Scheda destinatari Assistenza Specialistica 2016-2017 (All.1)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERCORSI ALTERNANZA SCUOLA/LAVORO e ALTRI PROGETTI PONTE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO DI VITA DELLO STUDENTE/STUDENTESSA IN VISTA DELLA CONCLUSIONE DEL PERCORSO SCOLASTICO:

Luogo
Ore settimanali:ore LOGIA DEL PERCORSO DIDATTICO/FORMATIVO
(curriculare/individualizzato)e
indicata nel regolamento).....

Descrizione percorso:
.....
.....
.....
.....

Regione Lazio, Direzione Regionale Formazione, Ricerca e Innovazione, Scuola e Università, Diritto allo Studio- Area “Programmazione, Organizzazione e Attuazione dell’offerta di Istruzione, Diritto allo Studio Scolastico e Universitario –Assistenza Specialistica 2016-2017(All.2)

ALLEGATO 2

“Piano di programmazione degli interventi” a.s. 2016-2017

ISTITUTO

(qualora in Rete, il capofila invierà l’allegato 2 anche degli altri Istituti)

Alunno Classe e Assistente Titolo di N. ore Ente gestore/ N. ore Altro

(Nome e Cognome) Sezione Specialistico studio dell’ settimanali contratto diretto settimanali

(Nome e Assistente assistenza con la scuola Sostegno

Cognome) Specialistico specialistica di cui di cui fruisce fruisce l’alunno l’alunno

MODELLO DI PROGETTO ASSISTENZA ALLA REALIZZAZIONE DELL’INTEGRAZIONE SCOLASTICA IN FAVORE DEGLI ALUNNI CON DISABILITA’ SENSORIALE ANNO SCOLASTICO 2016-2017

Regione Lazio Direzione Regionale Formazione, Ricerca e Innovazione, Scuola e Università, Diritto allo Studio- Area

“Programmazione, Organizzazione e Attuazione dell’offerta di Istruzione, Diritto allo Studio Scolastico e Universitario” -

Modello di progetto Assistenza scolastica in favore degli alunni con disabilità sensoriale anno scolastico 2016-2017

Dati dell’Istituto proponente

(tutti i campi sono obbligatori) DENOMINAZIONE ISTITUTO

CODICE MECCANOGRAFICO

Settore/Indirizzo di studi

Comune

Municipio (Roma) ASL RM Distretto Sanitario

Via/Piazza N.°

Telefono

Posta Elettronica Certificata

Dirigente scolastico

DSGA

Docente referente del progetto

Indirizzo Mail del referente

Recapito telefonico del referente

Eventuali sezioni o sedi associate / distaccate (per ogni sede specificare le singole voci)

Indirizzo di studi

Comune

Municipio (Roma) ASL RM Distretto Sanitario

Via N.°

Telefono

Regione Lazio Direzione Regionale Formazione, Ricerca e Innovazione, Scuola e Università, Diritto allo Studio- Area

“Programmazione, Organizzazione e Attuazione dell’offerta di Istruzione, Diritto allo Studio Scolastico e Universitario” -

Modello di progetto Assistenza scolastica in favore degli alunni con disabilità sensoriale anno scolastico 2016-2017

Rete didattica tra scuole:

Istituto**Nome docente referente****Telefono del referente****Mail del referente**

Reti interistituzionali:

Sono attivi protocolli d'intesa/accordi di programma SI NO

Indicare i soggetti/enti coinvolti (allegare copia del protocollo):

Il Dirigente Scolastico

DICHIARA

1. di aver preso visione delle Linee di indirizzo per la realizzazione dell'integrazione scolastica in favore degli alunni con disabilità sensoriale anno scolastico 2016-2017 della Regione Lazio pubblicate sul

sito http://www.regione.lazio.it/rl_istruzione_giovani/;

2. di aver individuato un docente referente del progetto;

3. che ha provveduto a mettere a conoscenza delle Linee di indirizzo per la realizzazione dell'integrazione scolastica in favore degli alunni con disabilità sensoriale anno scolastico 2016-2017 su e del progetto presentato tutti docenti, il DSGA e i collaboratori scolastici;

4. che il progetto presentato sarà inserito nel Piano dell'Offerta Formativa dell'Istituto Scolastico;

5. di avere agli atti comunicazione esibita alle famiglie in cui si rende noto il progetto di integrazione e che le certificazioni sanitarie sono trasmesse all'Amministrazione della Regione Lazio ai fini dell'attivazione del servizio di assistenza specialistica;

6. che, qualora venga indetta una procedura di gara ad evidenza pubblica per il reperimento di personale specializzato o ente gestore, l'Istituto farà chiaro riferimento alle Linee di Indirizzo della Regione Lazio e al progetto presentato per la richiesta di finanziamento;

7. che individuerà un coordinatore degli assistenti specialistici, tra gli operatori che presteranno servizio presso l'Istituto;

8. di aver richiesto gli insegnanti di sostegno di diritto e il relativo adeguamento degli organici di fatto per le effettive esigenze della scuola;

9. di individuare per l'a.s. 2016-2017 tra il personale ATA, il/i collaboratore/i con funzioni aggiuntive relative al prestare ausilio agli alunni portatori di handicap o con disabilità sensoriale nell'accesso dalle aree esterne alle aree interne della struttura scolastica, nonché nell'uso dei servizi igienici e nella cura dell'igiene personale (Circolare Ministeriale - Ministero della Pubblica Istruzione – 30 novembre 2001, n. 3390) e di richiedere agli enti preposti il relativo adeguamento degli organici per le effettive esigenze della scuola;

10. di garantire una programmazione e distribuzione delle ore relative agli interventi, in coerenza con gli obiettivi stabiliti nel progetto e nei PEI dei singoli alunni;

11. di garantire che i fondi destinati all'assistenza all'integrazione scolastica in favore degli alunni con disabilità sensoriale verranno utilizzati per l'esclusiva retribuzione degli operatori specialistici, pertanto, tutto il personale in servizio presso le scuole, a vario titolo coinvolto nel progetto di integrazione, non potrà essere in alcun modo retribuito con tali fondi;

12. di garantire e vigilare sul rispetto della normativa che regola dei tempi in merito all'invio della Regione Lazio Direzione Regionale Formazione, Ricerca e Innovazione, Scuola e Università, Diritto allo Studio- Area "Programmazione, Organizzazione e Attuazione dell'offerta di Istruzione, Diritto allo Studio Scolastico e Universitario" - Modello di progetto Assistenza scolastica in favore degli alunni con disabilità sensoriale anno scolastico 2016-2017 documentazione e relativa rendicontazione alla Regione Lazio, nonché sui tempi di retribuzione degli operatori ed enti gestori;

13. che gli operatori individuati ai fini della realizzazione del progetto sono in possesso dei requisiti formativi e professionali adeguati a realizzare interventi di natura specialistica congrui rispetto agli obiettivi del progetto;

14. che nei casi di pluridisabilità in cui è compresa quella sensoriale, per lo studente è stata individuata dalla scuola, in accordo con la famiglia e su indicazione dei servizi sanitari, l'assistenza

specialistica come l'intervento più opportuno rispetto all'assistente alla comunicazione per sordi o al tiflodidatta;

15. dichiara di osservare la massima riservatezza nei confronti delle notizie di qualsiasi natura comunque acquisite nello svolgimento delle attività oggetto del presente Atto unilaterale di impegno.

PROGETTO PER IL SERVIZIO ASSISTENZA ALLA REALIZZAZIONE DELL'INTEGRAZIONE SCOLASTICA IN FAVORE DEGLI ALUNNI CON DISABILITA' SENSORIALE

a.s. 2016-2017

Descrizione sintetica del modello di inclusione della disabilità dell'Istituto (o della Rete), con riferimento a modalità di analisi dei bisogni degli destinatari, metodologie organizzative e prassi di integrazione scolastica.

Descrivere sinteticamente come l'Istituto intende fornire, attraverso l'assistenza scolastica in favore degli alunni con disabilità sensoriale, un supporto alla costruzione e realizzazione del complessivo progetto di vita degli studenti con disabilità in un'ottica di integrazione socio-sanitaria (fare riferimento ad esempio a come, tramite l'assistenza specialistica agli alunni con disabilità sensoriale, l'Istituto intenda attivare o migliorare reti e collaborazioni interistituzionali).

Indicare modalità di coordinamento e supervisione delle attività del progetto:

Evidenziare i criteri per la scelta dell'ente gestore o per la selezione degli operatori:

Qualora il progetto di assistenza specialistica preveda la formazione di una rete didattica tra scuole/istituti formativi/CFP descrivere sinteticamente il valore aggiunto di tale modalità organizzativa

Indicare come si intende utilizzare la risorsa dell'assistenza specialistica in favore degli alunni con disabilità sensoriale per migliorare il rapporto con le famiglie e promuovere la loro soddisfazione:

DESTINATARI

Elenco destinatari

(Nome e Cognome

Classe e sezione

a.s. 2016-2017

N°ore settimanali di intervento di assistenza specialistica previste

Regione Lazio Direzione Regionale Formazione, Ricerca e Innovazione, Scuola e Università, Diritto allo Studio- Area

“Programmazione, Organizzazione e Attuazione dell'offerta di Istruzione, Diritto allo Studio Scolastico e Universitario” -

Modello di progetto Assistenza scolastica in favore degli alunni con disabilità sensoriale anno scolastico 2016-2017

Numero orientativo di operatori che si intende coinvolgere:

Si dichiara che contestualmente al presente modulo di progetto l'Istituto invia tramite PEC:

_ (indicare numero) _ schede destinatari, con relative certificazioni sanitarie per gli alunni destinatari

Si allegano i moduli di richiesta per ogni singolo destinatario del servizio di assistenza (all.1- Modulo di richiesta “Servizio Assistenza alla Comunicazione per alunni Sordi” a.s 2016/2017; all.2 - Modulo di richiesta “Servizio Assistenza alla Comunicazione -Tiflodidatta per alunni Ciechi o Ipoovedenti gravi” a.s 2016/2017).

Data Firma del Dirigente Scolastico

ALL.2 MODULO DI RICHIESTA

“SERVIZIO DI ASSISTENZA ALLA COMUNICAZIONE – TIFLODIDATTA PER ALUNNI CIECHI O IPOVEDENTI GRAVI”

ANNO SCOLASTICO 2016-2017

Il

sottoscritto

 Dirigente _____ dell'Istituto _____ Scolastico _____ Pubblico/Paritario _____

sito in via/piazza _____ n. _____ cap _____

Municipio / Comune _____ ASL _____

telefono _____ e-mail _____

in accordo con il genitore dell'alunno/a interessato/a

CHIEDE

che venga attivato per l'a.s 2016-2017 il servizio di assistenza alla comunicazione per l'alunno/a:

Nome e cognome _____

A TAL FINE DICHIARA I SEGUENTI DATI

Nato/a il _____

Frequentante nell'a.s 2016-2017 la classe _____ sezione _____

 Ciclo scolastico: Nido Infanzia Elementari Medie Superiori

La frequenza settimanale a scuola è pari a ore _____

Presso la sede sita in via/piazza _____ n. _____ Cap _____

Diagnosi / grado di cecità:

 - Occhio destro: cecità (residuo espresso in decimi) _____ / 10

 - Occhio sinistro: cecità (residuo espresso in decimi) _____ / 10

Altri deficit o disabilità:

 NO SI

Se sì quali: _____

 Codici diagnostici: _____

 Regione Lazio Direzione Regionale Formazione, Ricerca e Innovazione, Scuola e Università,
 Diritto allo Studio- Area

 "Programmazione, Organizzazione e Attuazione dell'offerta di Istruzione, Diritto allo Studio
 Scolastico e Universitario" -

 ALL.2 Modello di progetto Assistenza scolastica in favore degli alunni con disabilità sensoriale
 anno scolastico 2016-2017

Figure coinvolte nel progetto di integrazione:

N. ore assegnate N. ore richieste

a.s. 2016-2017 per a.s. 2016-2017

Insegnate di sostegno

A.E.C. (solo scuola dell'obbligo)

Ha già usufruito del servizio:

 NO SI

Scuola di provenienza (se diversa da quella attuale): _____

 Ha già conseguito un diploma di istruzione secondaria superiore (solo per gli alunni frequentanti gli
 istituti di

istruzione secondaria superiore):

 NO SI

 (Solo per gli alunni frequentanti gli istituti di istruzione secondaria superiore) Dichiaro, sulla base
 delle

 indicazioni della famiglia e di uno specialista, di aver individuato come intervento più opportuno
 per l'alunno l'assistenza alla comunicazione tiflodidatta e, pertanto, di non volersi avvalere del
 servizio di assistenza specialistica.

INDIRIZZI MAIL:

Nominativo Indirizzo mail

Funzione strumentale /

Referente del sostegno

A tal fine si allegano alla presente richiesta:

- Copia del verbale di invalidità civile, attestante il deficit visivo, rilasciato dall'apposita Commissione per accertamento delle condizioni visive e del sordomutismo;
- Diagnosi clinica riportante per l'occhio destro e l'occhio sinistro la condizione di cecità ovvero il residuo visivo espresso in decimi oppure il residuo perimetrico binoculare espresso in percentuale;
- Diagnosi funzionale aggiornata;
- (facoltativo) Relazione della scuola sull'alunno/a.

Dichiara di aver letto le linee di indirizzo per l'anno scolastico 2016-2017 e di averne messo a conoscenza il corpo docente ed il personale della scuola interessato

Dichiara, infine, di aver letto l'informativa sulla privacy e di dare il proprio consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati forniti nei termini indicati.

Data _____

Firme

Il Dirigente scolastico (per presa visione) Il genitore

 Regione Lazio Direzione Regionale Formazione, Ricerca e Innovazione, Scuola e Università,
 Diritto allo Studio- Area

“Programmazione, Organizzazione e Attuazione dell'offerta di Istruzione, Diritto allo Studio Scolastico e Universitario”-

ALL.2 Modello di progetto Assistenza scolastica in favore degli alunni con disabilità sensoriale anno scolastico 2016-2017

ALL.1 MODULO DI RICHIESTA**“SERVIZIO DI ASSISTENZA ALLA COMUNICAZIONE PER ALUNNI SORDI”****ANNO SCOLASTICO 2016-2017**

Il

sottoscritto

 Dirigente dell'Istituto Scolastico Pubblico/Paritario

 sito in via/piazza _____ n. _____ cap _____

telefono _____ e-mail _____

Municipio / Comune _____ ASL _____

in accordo con il genitore dell'alunno/a interessato/a

CHIEDE

che venga attivato per l'a.s 2016-2017 il servizio di assistenza alla comunicazione per l'alunno/a:

Nome e cognome _____

A TAL FINE DICHIARA I SEGUENTI DATI

Nato/a il _____

Frequentante nell'a.s. 2016-2017 la classe _____ sezione _____

Ciclo scolastico: Nido Infanzia Elementari Medie Superiori

Con orario a tempo: pieno parziale

presso la sede sita in via/piazza _____ n. _____ Cap _____

 Diagnosi / grado di sordità:

- Orecchio destro: (residuo espresso in decibel) _____

- Orecchio sinistro: (residuo espresso in decibel) _____

Impiantato:

Cocleare Protesizzato Niente

Altri deficit o disabilità:

NO SI

Se sì quali:

Codici diagnostici: _____

Figure coinvolte nel progetto di integrazione:

N. ore assegnate N. ore richieste

a.s. 2016-2017 per a.s. 2016-2017

Insegnate di sostegno

A.E.C. (solo scuola dell'obbligo)

Regione Lazio Direzione Regionale Formazione, Ricerca e Innovazione, Scuola e Università,
Diritto allo Studio- Area

“Programmazione, Organizzazione e Attuazione dell’offerta di Istruzione, Diritto allo Studio
Scolastico e Universitario” -

ALL.1 Modello di progetto Assistenza scolastica in favore degli alunni con disabilità sensoriale
anno scolastico 2016- 2017

Ha già usufruito del servizio:

No SI

Indicazione del metodo richiesto:

LIS BIMODALE ORALISTA

Scuola di provenienza (se diversa da quella attuale):

Ha già conseguito un diploma di istruzione secondaria superiore (solo per gli alunni frequentanti gli
istituti di istruzione secondaria superiore):

NO SÌ

(Solo per gli alunni frequentanti gli istituti di istruzione secondaria superiore) Dichiara, sulla base
delle indicazioni della famiglia e di uno specialista, di aver individuato come intervento più
opportuno per l'alunno l'assistenza alla comunicazione per sordi/ipoacusici e, pertanto, di non
volersi avvalere del servizio di assistenza specialistica.

INDIRIZZI MAIL:

Nominativo Indirizzi mail

Funzione strumentale /

Referente del sostegno

A tal fine si allegano alla presente richiesta:

- Copia del verbale di invalidità civile, attestante il deficit uditivo, rilasciato da apposita
Commissione per accertamento delle condizioni visive e del sordomutismo;
- Diagnosi clinica riportante, per l'orecchio destro e l'orecchio sinistro, il grado di perdita uditiva
espresso in decibel come media tra le frequenze 500, 1000 e 2000 Hz;
- Diagnosi funzionale aggiornata;
- (facoltativo) Relazione della scuola sull'alunno/a.

**Dichiara di aver letto le linee di indirizzo per l'anno scolastico 2016-2017 e di averne messo a
conoscenza il corpo docente ed il personale della scuola interessato.**

**Dichiara, infine, di aver letto l'informativa sulla privacy e di dare il proprio consenso al
trattamento e alla comunicazione dei dati forniti nei termini indicati.**

Data _____

Firme

Il Dirigente scolastico (per presa visione) Il genitore

Regione Lazio Direzione Regionale Formazione, Ricerca e Innovazione, Scuola e Università,
Diritto allo Studio- Area

“Programmazione, Organizzazione e Attuazione dell’offerta di Istruzione, Diritto allo Studio Scolastico e Universitario”-

ALL.1 Modello di progetto Assistenza scolastica in favore degli alunni con disabilità sensoriale anno scolastico 2016- 2 017

MODELLO DI PROGETTO ASSISTENZA SPECIALISTICA PER GLI ISTITUTI SCOLASTICI E FORMATIVI DEL SECONDO CICLO DI ISTRUZIONE ANNO SCOLASTICO 2016-2017

Dati dell’Istituto proponente (tutti i campi sono obbligatori)

DENOMINAZIONE ISTITUTO

CODICE MECCANOGRAFICO

Settore/Indirizzo di studi

Comune

Municipio (Roma) ASL RM Distretto Sanitario

Via/Piazza N.°

Telefono

Posta Elettronica Certificata

Dirigente scolastico

DSGA

Docente referente del progetto

Indirizzo Mail del referente

Recapito telefonico del referente

Eventuali sezioni o sedi associate / distaccate (per ogni sede specificare le singole voci)

Indirizzo di studi

Comune

Municipio (Roma) ASL RM Distretto Sanitario

Via N.°

Telefono

Modello di progetto Assistenza Specialistica 2016-2017

Rete didattica tra scuole:

Istituto

Nome docente

referente

Telefono del

referente

Mail del referente

Reti interistituzionali:

Sono attivi protocolli d’intesa/accordi di programma SI NO

Indicare i soggetti/enti coinvolti (allegare copia del protocollo):

Il Dirigente Scolastico

DICHIARA

1. Di aver preso visione delle linee di indirizzo a.s. 2016-2017 della Regione Lazio relative al servizio di assistenza specialistica, pubblicate sul sito http://www.regione.lazio.it/rl_istruzione_giovan/;

2. di aver individuato un docente referente del progetto;

3. che ha provveduto a mettere a conoscenza delle linee di indirizzo dell’assistenza specialistica e del progetto presentato tutti docenti, il DSGA e i collaboratori scolastici;

4. che il progetto presentato sarà inserito nel Piano dell’Offerta Formativa dell’Istituto Scolastico;

5. di avere agli atti comunicazione esibita alle famiglie in cui si rende noto il progetto di integrazione e che le certificazioni sanitarie sono trasmesse all’Amministrazione della Regione Lazio ai fini dell’attivazione del servizio di assistenza specialistica;

6. che, qualora venga indetta una procedura di gara ad evidenza pubblica per il reperimento di personale specializzato o ente gestore, l'Istituto farà chiaro riferimento alle Linee di Indirizzo della Regione Lazio POR FSE LAZIO 2014-2020 e al progetto presentato per la richiesta di finanziamento;
7. che individuerà un coordinatore degli assistenti specialistici, tra gli operatori che presteranno servizio presso l'Istituto;
8. di aver richiesto gli insegnanti di sostegno di diritto e il relativo adeguamento degli organici di fatto per le effettive esigenze della scuola;
9. di individuare per l'a.s. 2016-2017 tra il personale ATA, il/i collaboratore/i con funzioni aggiuntive relative al prestare ausilio agli alunni portatori di handicap nell'accesso dalle aree esterne alle aree interne della struttura scolastica, nonché nell'uso dei servizi igienici e nella cura dell'igiene personale (Circolare Ministeriale - Ministero della Pubblica Istruzione - 30 novembre 2001, n. 3390) e di richiedere agli enti preposti il relativo adeguamento degli organici per le effettive esigenze della scuola;
10. di garantire una programmazione e distribuzione delle ore relative agli interventi, in coerenza con gli obiettivi stabiliti nel progetto e nei PEI dei singoli alunni;
11. di garantire che i fondi destinati all'assistenza specialistica verranno utilizzati per l'esclusiva retribuzione degli operatori specialistici, pertanto, tutto il personale in servizio presso le scuole, a vario titolo coinvolto nel progetto di integrazione, non potrà essere in alcun modo retribuito con tali fondi;
12. di garantire e vigilare sul rispetto della normativa che regola dei tempi in merito all'invio della documentazione e relativa rendicontazione alla Regione Lazio, nonché sui tempi di retribuzione degli operatori ed enti gestori;
13. dichiara di conoscere tutta la normativa dell'UE, la normativa nazionale e regionale che regola il POR FSE 2014-2020 e si impegna a rispettarla integralmente
14. che gli operatori individuati ai fini della realizzazione del progetto sono in possesso dei requisiti formativi e professionali adeguati a realizzare interventi di natura specialistica congrui rispetto agli obiettivi del progetto;
15. dichiara di osservare la massima riservatezza nei confronti delle notizie di qualsiasi natura comunque acquisite nello svolgimento delle attività oggetto del presente Atto unilaterale di impegno.

PROGETTO PER IL SERVIZIO DI ASSISTENZA SPECIALISTICA

a.s. 2016-2017

Descrizione sintetica del modello di inclusione della disabilità dell'Istituto (o della Rete), con riferimento a modalità di analisi dei bisogni degli destinatari, metodologie organizzative e prassi di integrazione scolastica,.

Descrivere sinteticamente come l'Istituto intende fornire, attraverso l'assistenza specialistica, un supporto alla costruzione e realizzazione del complessivo progetto di vita degli studenti con disabilità in un'ottica di integrazione socio-sanitaria (fare riferimento ad esempio a come, tramite l'assistenza specialistica, l'Istituto intenda attivare o migliorare reti e collaborazioni interistituzionali).

Indicare modalità di coordinamento e supervisione delle attività del progetto:

Evidenziare i criteri per la scelta dell'ente gestore o per la selezione degli operatori :

Qualora il progetto di assistenza specialistica preveda la formazione di una rete didattica tra scuole/istituti formativi/CFP descrivere sinteticamente il valore aggiunto di tale modalità organizzativa

Indicare come si intende utilizzare la risorsa dell'assistenza specialistica per migliorare il rapporto con le famiglie e promuovere la loro soddisfazione:

Allegare per ciascun alunno "Scheda dei destinatari Assistenza Specialistica a.s. 2016- 2017" (All.1)

DESTINATARI

Elenco destinatari
(Nome e Cognome
Classe e sezione
a.s. 2016-2017

N°ore settimanali di intervento di assistenza specialistica previste

Numero orientativo di operatori che si intende coinvolgere:

Si dichiara che contestualmente al presente modulo di progetto l'Istituto invia tramite PEC :

_ (indicare numero) _ schede destinatari, con relative certificazioni sanitarie per gli alunni destinatari

Data Firma del Dirigente Scolastico

MODELLO DI PROGETTO ASSISTENZA SPECIALISTICA PER GLI ISTITUTI SCOLASTICI E FORMATIVI DEL SECONDO CICLO DI ISTRUZIONE ANNO SCOLASTICO 2016-2017

Dati dell'Istituto proponente

(tutti i campi sono obbligatori)

DENOMINAZIONE ISTITUTO

CODICE MECCANOGRAFICO

Settore/Indirizzo di studi

Comune

Municipio (Roma) ASL RM Distretto Sanitario

Via/Piazza N.°

Telefono

Posta Elettronica Certificata

Dirigente scolastico

DSGA

Docente referente del progetto

Indirizzo Mail del referente

Recapito telefonico del referente

Eventuali sezioni o sedi associate / distaccate (per ogni sede specificare le singole voci)

Indirizzo di studi

Comune

Municipio (Roma) ASL RM Distretto Sanitario

Via N.°

Telefono

Rete didattica tra scuole:

Istituto

Nome docente

referente

Telefono del

referente

Mail del referente

Reti interistituzionali:

Sono attivi protocolli d'intesa/accordi di programma SI NO

Indicare i soggetti/enti coinvolti (allegare copia del protocollo):

Il Dirigente Scolastico

DICHIARA

1. Di aver preso visione delle linee di indirizzo a.s. 2016-2017 della Regione Lazio relative al servizio di assistenza specialistica, pubblicate sul sito http://www.regione.lazio.it/rl_istruzione_giovani/;

2. di aver individuato un docente referente del progetto;

3. che ha provveduto a mettere a conoscenza delle linee di indirizzo dell'assistenza specialistica e del progetto presentato tutti docenti, il DSGA e i collaboratori scolastici;
4. che il progetto presentato sarà inserito nel Piano dell'Offerta Formativa dell'Istituto Scolastico;
5. di avere agli atti comunicazione esibita alle famiglie in cui si rende noto il progetto di integrazione e che le certificazioni sanitarie sono trasmesse all'Amministrazione della Regione Lazio ai fini dell'attivazione del servizio di assistenza specialistica;
6. che, qualora venga indetta una procedura di gara ad evidenza pubblica per il reperimento di personale specializzato o ente gestore, l'Istituto farà chiaro riferimento alle Linee di Indirizzo della Regione Lazio POR FSE LAZIO 2014-2020 e al progetto presentato per la richiesta di finanziamento;
7. che individuerà un coordinatore degli assistenti specialistici, tra gli operatori che presteranno servizio presso l'Istituto;
8. di aver richiesto gli insegnanti di sostegno di diritto e il relativo adeguamento degli organici di fatto per le effettive esigenze della scuola;
9. di individuare per l'a.s. 2016-2017 tra il personale ATA, il/i collaboratore/i con funzioni aggiuntive relative al prestare ausilio agli alunni portatori di handicap nell'accesso dalle aree esterne alle aree interne della struttura scolastica, nonché nell'uso dei servizi igienici e nella cura dell'igiene personale (Circolare Ministeriale - Ministero della Pubblica Istruzione - 30 novembre 2001, n. 3390) e di richiedere agli enti preposti il relativo adeguamento degli organici per le effettive esigenze della scuola;
10. di garantire una programmazione e distribuzione delle ore relative agli interventi, in coerenza con gli obiettivi stabiliti nel progetto e nei PEI dei singoli alunni;
11. di garantire che i fondi destinati all'assistenza specialistica verranno utilizzati per l'esclusiva retribuzione degli operatori specialistici, pertanto, tutto il personale in servizio presso le scuole, a vario titolo coinvolto nel progetto di integrazione, non potrà essere in alcun modo retribuito con tali fondi;
12. di garantire e vigilare sul rispetto della normativa che regola dei tempi in merito all'invio della documentazione e relativa rendicontazione alla Regione Lazio, nonché sui tempi di retribuzione degli operatori ed enti gestori;
13. dichiara di conoscere tutta la normativa dell'UE, la normativa nazionale e regionale che regola il POR FSE 2014-2020 e si impegna a rispettarla integralmente
14. che gli operatori individuati ai fini della realizzazione del progetto sono in possesso dei requisiti formativi e professionali adeguati a realizzare interventi di natura specialistica congrui rispetto agli obiettivi del progetto;
15. dichiara di osservare la massima riservatezza nei confronti delle notizie di qualsiasi natura comunque acquisite nello svolgimento delle attività oggetto del presente Atto unilaterale di impegno.

PROGETTO PER IL SERVIZIO DI ASSISTENZA SPECIALISTICA

a.s. 2016-2017

Descrizione sintetica del modello di inclusione della disabilità dell'Istituto (o della Rete), con riferimento a modalità di analisi dei bisogni degli destinatari, metodologie organizzative e prassi di integrazione scolastica,.

Descrivere sinteticamente come l'Istituto intende fornire, attraverso l'assistenza specialistica, un supporto alla costruzione e realizzazione del complessivo progetto di vita degli studenti con disabilità in un'ottica di integrazione socio-sanitaria (fare riferimento ad esempio a come, tramite l'assistenza specialistica, l'Istituto intenda attivare o migliorare reti e collaborazioni interistituzionali).

Indicare modalità di coordinamento e supervisione delle attività del progetto:

Evidenziare i criteri per la scelta dell'ente gestore o per la selezione degli operatori :

Qualora il progetto di assistenza specialistica preveda la formazione di una rete didattica tra scuole/istituti formativi/CFP descrivere sinteticamente il valore aggiunto di tale modalità organizzativa

Indicare come si intende utilizzare la risorsa dell'assistenza specialistica per migliorare il rapporto con le famiglie e promuovere la loro soddisfazione:

Allegare per ciascun alunno "Scheda dei destinatari Assistenza Specialistica a.s. 2016- 2017" (All.1)

DESTINATARI

Elenco destinatari

(Nome e Cognome

Classe e sezione

a.s. 2016-2017

N°ore settimanali di intervento di assistenza specialistica previste

Numero orientativo di operatori che si intende coinvolgere:

Si dichiara che contestualmente al presente modulo di progetto l'Istituto invia tramite PEC :

_ (indicare numero) _ schede destinatari, con relative certificazioni sanitarie per gli alunni destinatari

Data Firma del Dirigente Scolastico

TOSCANA

MOZIONE 18 maggio 2016, n. 303 - In merito al diritto di accesso al mare per i soggetti disabili. (BUR n. 22 del 1.6.16)

IL CONSIGLIO REGIONALE

Considerato che:

- il tema della disabilità e dell'assistenza alle persone non autosufficienti è una delle questioni da affrontare nel Paese e in Toscana con maggiore impegno ed incisività, riferendosi direttamente a principi di civiltà, di dignità umana e di uguaglianza sostanziale;
- secondo una risalente indagine sulle forze lavoro nella UE della Commissione europea, SEC(2010) 1323, 1324 (Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle Regioni "Strategia europea sulla disabilità 2010-2020: un rinnovato impegno per un'Europa senza barriere"), nell'Unione Europea, una persona su sei, pari a circa 80 milioni di cittadini, risultava affetta da disabilità;
- sono comuni a tutte le età l'impatto sociale e la discriminazione personale che la situazione di disabilità, rispettivamente, causa ed innesca;
- la Regione Toscana sta mettendo in campo uno sforzo straordinario che passa attraverso i 3 milioni di euro per finanziare 81 progetti di comuni toscani, cui si aggiungono i 2 milioni di euro per progetti presentati da persone con disabilità per rendere più accessibili i propri alloggi, i 3 milioni di euro del fondo per la non autosufficienza, i 9 milioni di euro per il fondo "Vita Indipendente" per sostenere l'autonomia delle persone con disabilità, i 14,7 milioni di euro destinati a progetti di accompagnamento al lavoro di persone con disabilità fisica e mentale, dando così effettivo valore al diritto al lavoro, sancito costituzionalmente.

Valutato che:

- il trattato sul funzionamento dell'Unione europea (TFUE) stabilisce all'articolo 10 che: "l'Unione mira a combattere le discriminazioni fondate (su)la disabilità", conferendole, all'articolo 19, potere a legiferare prendendo: "provvedimenti opportuni per combattere le discriminazioni fondate (sul)la disabilità". Inoltre, l'articolo 21 della carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea stabilisce che è vietata qualunque forma di discriminazione basata sulla disabilità. La disabilità è quindi una condizione superabile e da superare nei fatti ed in tutte le contingenze della vita quotidiana;
- grazie ad un nuovo metodo di studio, si è passati da un modello solo medico ad un "modello sociale", nel quale le persone vengono intese come "rese" disabili, piuttosto che dalla propria

patologia, dal modo con cui la società, ed in rapporto alla società, limita il loro raggiungimento di un livello pari a quello delle persone normali. La stessa convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, al preambolo, lettera e), stabilisce che: “la disabilità è il risultato dell’interazione tra persone con menomazioni e barriere comportamentali ed ambientali, che impediscono la loro piena ed effettiva partecipazione alla società su base di uguaglianza con gli altri”.

Tenuto conto che:

- questo impegna i paesi e, nello specifico, la Regione Toscana, ad attivarsi, sia in senso negativo (rimuovendo ostacoli), sia in senso positivo (promuovendo il raggiungimento, da parte dei disabili, dello stesso livello di partenza e delle stesse possibilità di tutti gli altri), come stabilito all’articolo 26 della stessa carta dei diritti fondamentali dell’Unione europea: “l’Unione riconosce e rispetta il diritto delle persone con disabilità di misure intese a garantirne l’autonomia, l’inserimento sociale e professionale e la partecipazione alla vita della comunità”.

- in relazione a tali impegni, la Regione Toscana si è dotata di strumenti importanti quali il Centro regionale di informazione e documentazione per l’accessibilità (CRID), tra le pochissime regioni ad avere tale servizio, e lo specifico portale “TOSCANA ACCESSIBILE”, dedicato ai diritti delle persone con disabilità;

- al di là di progetti non ancora resi norma, quali il progetto “Vita indipendente”, la finalità della stessa vita indipendente, in applicazione completa del principio della parità di diritti attivi, implica una “equalizzazione delle opportunità” ad ampio spettro; un processo per cui, come indicato dalla risoluzione dell’Assemblea generale delle Nazioni Unite 20 dicembre 1993 (A/RES/48/96), che ha adottato le regole standard sull’equalizzazione delle opportunità per le persone con disabilità, al punto 24 i “diversi sistemi della società e dell’ambiente, come servizi, attività, informazioni e documentazioni sono resi accessibili a tutti”.

Rilevati che:

- una tale “equalizzazione delle opportunità” non può dirsi raggiunta quando l’ambiente esterno alla sfera di azione del disabile, ma con il quale il disabile viene comunque in contatto, non gli permette di dispiegare in pieno le stesse potenzialità azionabili da parte di un soggetto privo di disabilità.

- in tale senso, fra i tanti esempi, emerge quello relativo alla possibilità per una persona disabile di avere accesso al mare, ovvero di poter raggiungere la battigia senza dover mettere in atto sistemi di complessità tale da dover discostarsi dalla quotidianità già richiesta ad un disabile per vivere una vita indipendente.

Considerato che:

- il diritto di accesso al mare per l’uomo comune, e quindi, anche per il disabile, è sancito in diverse fonti primarie e arresti giurisprudenziali. Si riferisca, per le prime, alla legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato “finanziaria 2007”), articolo 1, comma 251, per cui “è fatto obbligo per il titolare delle concessioni di consentire il libero e gratuito accesso e transito, per il raggiungimento della battigia antistante l’area ricompresa nella concessione, anche al fine della balneazione (...).”

Analoga previsione è rinvenibile al comma 254 “le Regioni, nel predisporre i piani di utilizzazioni delle aree del Demanio Marittimo, sentiti i comuni interessati, devono individuare le modalità e la collocazione dei varchi necessari al fine di consentire il libero e gratuito accesso e transito per il raggiungimento della battigia antistante l’area ricompresa nella concessione, anche al fine di balneazione”.

- è evidente come il dovere delle regioni, nel caso del disabile, debba estendersi, sia nel caso delle aree in concessione, sia nel caso delle aree di cosiddetta “spiaggia libera”, fin a rendere “funzionante” il diritto del disabile di accesso;

- al riguardo, occorre utilizzare al meglio il tavolo di lavoro costituito su iniziativa della Capitaneria di porto di Livorno, per monitorare e intervenire in materia di accessibilità marittima.

IMPEGNA

LA GIUNTA REGIONALE

ad attivarsi mediante un programma dettagliato di azioni che la Regione Toscana intraprenderà, d'intesa con i comuni interessati, per rendere esercitabile il diritto del disabile ad accedere alla battigia ed al mare, sia in aree in concessione, sia in aree di "spiaggia libera", anche mediante il potenziamento e l'implementazione degli strumenti e delle attività avviate.

MOZIONE 18 maggio 2016, n. 320 - In merito all'adesione della Regione Toscana alla sperimentazione del progetto "Bandiera Lilla" per la realizzazione di aree turistiche adeguatamente attrezzate per i disabili. (BUR n. 23 dell'8.6.16)

IL CONSIGLIO REGIONALE

Visti:

- l'articolo 3 della Costituzione che sancisce il principio di uguaglianza dei cittadini in forza del quale il legislatore ha il compito di rimuovere tutti gli ostacoli di ordine economico e sociale che ne possano ostacolare la concreta attuazione;
- l'articolo 16 della Costituzione che stabilisce il diritto alla libertà di circolazione per ogni cittadino;
- l'articolo 4 dello Statuto nel quale, tra le finalità principali, viene sancito "il diritto delle persone con disabilità e delle persone anziane ad interventi tesi a garantirne la vita indipendente e la cittadinanza attiva";

Vista la legge 5 marzo 2009, n. 18 (Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità), in cui all'articolo 1, comma 2, si definiscono le persone disabili come: "coloro che presentano durature menomazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali che in interazione con barriere di diversa natura possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione nella società";

Premesso che:

- la Bandiera Lilla è un progetto pilota nato dal 2012 in Liguria grazie alla cooperativa sociale Obiettivo 66 di Savona con l'obiettivo di favorire il turismo da parte di persone con disabilità, premiando e supportando, quei comuni che, con lungimiranza, prestano particolare attenzione a questo target turistico;
- la Liguria è infatti la prima regione ad aver sperimentato tale progetto che individua i parametri in base ai quali possono essere certi cate le località balneari adeguatamente attrezzate per favorire l'accesso alle spiagge e la fruizione turistica da parte delle persone disabili;
- tutte le regioni possono sperimentare il progetto al fine di dare sostegno al "turismo disabile" che comprende oltre alla disabilità motoria, quella visiva, auditiva e patologie alimentari;

Ritenuto che:

- la sperimentazione implica la realizzazione da parte dei comuni di una rete di lavoro a favore dell'accessibilità turistica che va a vantaggio non solo dei disabili, ma anche dei non disabili residenti sul territorio: infatti migliorare l'accessibilità vuol dire migliorarla per tutti;
- l'adesione delle regioni a questo progetto comporta un'attestazione ed un supporto per tutti quei comuni del territorio regionale che vogliono ottenere il riconoscimento aderendo a tutte quelle iniziative realizzabili concretamente anche attraverso l'accesso a fondi di finanziamento pubblico regionale, nazionale ed europeo, messi a disposizioni a questi fini;
- il progetto Bandiera Lilla ha rappresentato un contributo concreto per sfatare alcuni luoghi comuni, tanto radicati quanto errati, riguardanti in generale il mondo della disabilità, non ultimo, il fatto che gli stabilimenti balneari che aderiscono al progetto non devono essere strutture specifiche per i disabili, ma adatte a tutti, anziani, bambini, giovani, disabili ed adulti;

Considerato che:

- il progetto favorisce inoltre l'incrocio tra la domanda di turismo, accessibile o inclusivo, e l'offerta dei comuni e delle strutture ricettive del loro territorio;

- tale protocollo prevede il rispetto di alcuni requisiti molto semplici che rappresentano un costo, molto basso o nullo, per la struttura non prevedendo alcun intervento strutturale di particolare importanza;

- la maggior parte dei requisiti richiesti per aderire al progetto sono, infatti, nella maggior parte dei casi, gli stessi utilizzati dai normodotati e sono disponibili a prezzi contenuti sul mercato, ad eccezione per la dotazione delle carrozzine dedicate alla balneazione che, comunque, hanno un costo circa di 1.000,00 euro;

- due sono i principali requisiti da rispettare: il primo, riguarda la comunicazione e l'informazione (versione accessibile del sito internet, informazione su strutture in grado di ospitare persone con disabilità, informazioni sull'accessibilità e fruibilità dei principali monumenti, musei ecc...), il secondo riguarda l'accessibilità e la fruibilità (accesso alle spiagge, alle aree verdi, progetti per accompagnare in mare persone con disabilità motoria, prossimità dei parcheggi per disabili alla principali attrattive culturali della città, progetti per facilitare la fruibilità della città da parte dei turisti con disabilità...);

Tutto quanto visto, premesso e considerato;

IMPEGNA

LA GIUNTA REGIONALE

a sensibilizzare e promuovere percorsi per un turismo accessibile a tutti, ispirandosi ai principi e all'esperienza del progetto pilota "Bandiera Lilla" in Liguria, in quanto ciò potrebbe rappresentare uno strumento in grado di coniugare il sostegno e la promozione sociale con il marketing turistico operando sia in una prospettiva di funzione sociale, sia di rilancio dell'economia; a sensibilizzare, conseguentemente, le amministrazioni comunali della Regione Toscana ad aderire a tali percorsi agevolando inoltre la concessione dei permessi necessari alla realizzazione di quei semplici interventi strutturali necessari al raggiungimento di questa finalità ovvero un turismo accessibile a tutti.

VENETO

L.R. 26.5.16, n. 16 - Modifica della legge regionale 22 febbraio 1999, n. 6 "Contributo ai cittadini veneti portatori di handicap psicofisici che applicano il "Metodo Doman o Vojta o Fay o Aba" e successive modificazioni e norma transitoria". (BUR n. 50 del 27.5.16)

Art. 1

Modifiche e integrazioni alla legge regionale 22 febbraio 1999, n. 6 "Contributo ai cittadini veneti portatori di handicap psicofisici che applicano il "Metodo Doman o Vojta o Fay o ABA" e successive modificazioni e norma transitoria".

1. Nel titolo della legge regionale 22 febbraio 1999, n. 6, dopo le parole "Metodo Doman o Vojta o Fay o ABA" sono aggiunte le parole "o Perfetti".

2. All'articolo 1 della legge regionale 22 febbraio 1999, n. 6, dopo le parole "Metodo Doman o Vojta o Fay o ABA" sono aggiunte le parole "o Perfetti".

3. All'articolo 3 della legge regionale 22 febbraio 1999, n. 6, dopo le parole "Metodo Doman o Vojta o Fay o ABA", sono aggiunte le parole "o Perfetti".

4. Ai fini dell'applicazione dei commi 1, 2 e 3 la Giunta regionale, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, integra il provvedimento di cui all'articolo 2 della legge regionale 22 febbraio 1999, n. 6, definendo anche le modalità di certificazione e rendicontazione dei trattamenti riabilitativi effettuati con il metodo Perfetti.

Art.

2

Clausola di neutralità finanziaria.

1. All'attuazione della presente legge si provvede nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio della Regione.

POLITICHE SOCIALI

FRIULI V.G.

DPGR 23.5.16, n. 0112/Pres. DPR n. 361/2000, art. 2. Fondazione “Opera Colledani - Bulian” - Valvasone Arzene (PN). Approvazione di modifiche statutarie.

Note

Con DPGR n. 0409/Pres. del 22 dicembre 2006 l’istituzione di pubblica assistenza e beneficenza “Fondazione Colledani-Bulian” con sede a Valvasone (PN) è stata depubblicizzata e trasformata in Fondazione di diritto privato con la denominazione di Fondazione “Opera Colledani- Bulian” e ne è stato approvato lo statuto.

A seguito dell’entrata in vigore dal 1° gennaio 2015 della legge regionale 5 novembre 2014, n. 20 “Istituzione del Comune di Valvasone Arzene mediante fusione dei Comuni di Arzene e Valvasone, ai sensi dell’articolo 7, primo comma, numero 3), dello Statuto speciale della Regione autonoma Friuli Venezia Giulia”, la sede della Fondazione ora è sita nel nuovo Comune denominato Valvasone Arzene.

Sono approvate le modifiche statutarie della Fondazione “Opera Colledani-Bulian”, con sede a Valvasone Arzene (PN), deliberate dal Consiglio di amministrazione del 23 marzo 2016.

Statuto della Fondazione “Opera Colledani-Bulian” – Valvasone Arzene

Art. 1 denominazione, sede, origine

LA CASA ALBERGO PER ANZIANI, denominata FONDAZIONE “COLLEDANI- BULIAN”, è nata dal testamento olografo della Signora Nerina COLLEDANI-BULIAN, pubblicato il 29.12.1967. Con Decreto dell’Assessore per le Autonomie Locali n. 23 del 05.10.1992, l’Ente viene eretto in Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza di cui alla Legge n. 6972 del 17 luglio 1890.

Successivamente depubblicizzata, si è costituita in VALVASONE ora VALVASONE ARZENE, con sede in via Borgo San Antonio, n. 9 in Fondazione di diritto privato, ai sensi dell’art. 19 della Legge Regionale 11.12.2003, n. 19, denominata Fondazione “OPERA COLLEDANI-BULIAN”.

Art. 2 scopi

La Fondazione si prefigge lo scopo di realizzare opere e servizi a favore, in via prioritaria, di persone anziane del Comune di Valvasone Arzene ed a quanti hanno domicilio di soccorso in qualunque altro Comune.

La Fondazione non ha scopo di lucro, ha autonomia statutaria, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica ed opera con criteri imprenditoriali improntando la propria attività gestionale a criteri di efficienza, efficacia, economicità, perseguendo l’equilibrio tra costi e ricavi.

La Fondazione può collaborare con Enti pubblici e privati, Fondazioni, Aziende pubbliche di servizi alla persona A.S.P., Enti locali, imprese ed associazioni pubbliche e private stipulando apposite convenzioni, e ciò al fine di conseguire i fini istituzionali nonché provvedere alla gestione e manutenzione del proprio patrimonio.

La Fondazione si prefigge in particolare lo scopo di accogliere in forma residenziale soggetti anziani autosufficienti e parzialmente autosufficienti. Non potranno essere ospitate persone affette da malattie infettive e persone che siano socialmente pericolose.

La Fondazione persegue anche l’accoglimento diurno di persone per la somministrazione di pasti, per servizi di igiene personale, per la partecipazione ai momenti di socializzazione e animazione.

Per brevi periodi di tempo è possibile l’accoglimento in forma residenziale e semiresidenziale di persone usualmente assistite in famiglia (funzione respiro) in locali appositamente predisposti.

La Fondazione può mettere a disposizione di terzi locali, aree ed attrezzature per finalità sociali e/o assistenziali, fatto salvo il prioritario soddisfacimento delle esigenze degli ospiti residenti.

Art. 3 ammissione

Le norme disciplinanti le modalità di presentazione delle domande di ricovero ed i criteri di priorità per l’ammissione, le prestazioni delle garanzie per il pagamento delle rette dovute dai ricoverati e

l'importo delle stessa saranno stabilite nell'apposito Regolamento di gestione, approvato con delibera del Consiglio di Amministrazione.

Art. 4 patrimonio

Il patrimonio della Fondazione è costituito da:

- Beni caduti nella successione della defunta Colledani-Bulian Nerina;
- Donazioni, liberalità, lasciti testamentari che verranno disposti a favore della Fondazione con specifica destinazione alla realizzazione di opere e servizi a favore delle persone anziane ospitate.

Art. 5 mezzi finanziari

La Fondazione trae i mezzi per l'attuazione delle proprie finalità, per l'amministrazione e la gestione da:

- Ricavo proveniente dalle rette di ricovero;
- Contributi ed elargizioni straordinari di enti pubblici e privati, da donazioni, liberalità, lasciti testamentari che non abbiano specifica destinazione a patrimonio;
- Concorsi di spesa e compartecipazioni nell'organizzazione di eventi in favore degli ospiti da parte di enti e privati;
- Sponsorizzazioni o altre forme di finanziamento e/o concessione di fondi.

Art. 5 bis bilancio e contabilità

La Fondazione adotta la contabilità economica ed il budget previsionale costituisce programma per la gestione della spesa.

Il Consiglio di Amministrazione nel quarto trimestre di ciascun anno deve approvare il budget previsionale per l'anno successivo e nel secondo trimestre il bilancio consuntivo di esercizio.

Ogni nuova spesa non prevista nel budget previsionale deve essere autorizzata dal Consiglio di Amministrazione.

In caso di necessità e somma urgenza il Presidente può effettuare la spesa ma deve riferirne in consiglio per la ratifica nella prima seduta utile, ovvero entro 60 (sessanta giorni) e comunque entro il termine dell'esercizio.

Art. 6 organi

Sono organi della Fondazione:

- Il Presidente, il Vice Presidente ed il Consiglio di Amministrazione, i quali durano in carica cinque anni e sono rieleggibili;
 - il Revisore dei conti.
- I consiglieri non possono restare in carica per più di 3 (tre) mandati consecutivi purché ciascun mandato abbia avuto durata non inferiore a 2 (due) anni.

La carica di consigliere può essere retribuita con un gettone di presenza, per ogni seduta del Consiglio, nella misura non superiore al 70% dell'importo dei gettoni di presenza spettanti ai consiglieri del Comune

in cui ha sede la Fondazione ed è deliberato dal Consiglio di Amministrazione.

Ai componenti del Consiglio di Amministrazione spetta un rimborso delle spese vive di viaggio sostenute per la partecipazione ad attività di interesse dell'Ente diverse dalle sedute del Consiglio, che si svolgano al di fuori del territorio comunale di VALVASONE ARZENE e siano espressamente autorizzate dal Presidente.

Art. 7 nomina del Presidente

Il Presidente è nominato dal Consiglio di Amministrazione tra i suoi componenti e può essere riconfermato per un ulteriore mandato consecutivo.

E' nominato nella prima seduta del Consiglio rinnovato da tenersi entro 15 giorni dalla comunicazione di

designazione dei nuovi membri.

La convocazione è disposta dal membro più anziano di età e gli argomenti posti all'ordine del giorno della seduta sono: nomina del Presidente, nomina del Vice Presidente, verifica di eventuali cause di incompatibilità.

La sua opera può essere retribuita nella misura massima del 30% della indennità prevista per il Sindaco del Comune in cui ha sede la Fondazione ed è deliberata dal Consiglio di Amministrazione. Nel caso di vacanza della carica di Presidente per dimissioni da Presidente, rimanendo peraltro consigliere, il Vice Presidente convoca il Consiglio di Amministrazione per la nomina del nuovo Presidente entro il termine di 15 giorni.

Nel caso di vacanza della carica di Presidente anche per dimissioni da Consigliere o per altra causa il Vice Presidente, o in sua assenza o contemporanee dimissioni il consigliere più anziano di età, convoca il Consiglio di Amministrazione per la nomina del nuovo Presidente entro 15 giorni dalla notifica della designazione di un nuovo consigliere da parte dell'ente competente alla surroga.

Il procedimento di cui ai precedenti commi 5) e 6) trova applicazione anche in caso di dimissioni del Vice Presidente.

Art. 8 compiti del Presidente

Spetta al Presidente del Consiglio di Amministrazione di rappresentare l'Ente, di curare l'esecuzione delle delibere adottate dal Consiglio, sospendere per gravi ed urgenti motivi i dipendenti e di prendere in ogni caso di urgenza tutti i provvedimenti reclamati dal bisogno, salvo riferirne in consiglio in adunanza da convocare entro il termine massimo di 60 (sessanta) giorni.

Spetta inoltre al Presidente:

- Convocare e presiedere le adunanze del Consiglio di Amministrazione fissando il relativo ordine del giorno e curandone la comunicazione a ciascun membro;
- Esercitare la superiore vigilanza sul buon andamento dei servizi erogati dalla Fondazione;
- Assumere tutti i provvedimenti reclamati dal bisogno e dalla attività gestionale ordinaria;
- Concludere e sottoscrivere nell'interesse della Fondazione tutti i contratti. La sottoscrizione di contratti che comportano impegni di spesa pluriennali superiori a due esercizi deve essere autorizzata dal Consiglio di Amministrazione.

Il bilancio di previsione costituisce, in capo al Presidente, autorizzazione operativa in materia gestionale della Fondazione.

Art. 9 Vice Presidente

In caso di assenza o di impedimento del Presidente ne fa le veci il Vice Presidente, nominato dal Consiglio di Amministrazione.

Il Vice Presidente può esercitare tutte le funzioni del Presidente assente o impedito per non più di 90 (novanta) giorni consecutivi, termine entro il quale deve convocare il Consiglio di Amministrazione per la nomina di un nuovo Presidente.

Art. 10 nomina del Consiglio di Amministrazione

Il Consiglio di Amministrazione è composto da 5 (cinque) membri compreso il Presidente così designati:

- n. 4 (quattro) nominati dal Sindaco del Comune di Valvasone Arzene su indicazione dal Consiglio Comunale, di cui 1 (uno) dalle minoranze consiliari;
- n. 1 (uno) di comune accordo dalla Parrocchia SS.mo Cuore di Cristo di Valvasone, dalla Parrocchia San Michele Arcangelo di Arzene e dalla Parrocchia San Lorenzo Martire di San Lorenzo di Arzene residente nel territorio del Comune di Valvasone Arzene.

Il Consiglio di Amministrazione entra in carica il giorno dell'insediamento e dura in carica 5 anni. Il Sindaco di Valvasone Arzene deve designare i membri del Consiglio di Amministrazione della Fondazione entro 60 giorni dalla scadenza del mandato.

Nel caso di dimissioni di 1 o 2 consiglieri gli Enti preposti alla designazione dei sostituti debbono provvedervi entro 60 giorni dalla comunicazione delle dimissioni.

Nel caso di inerzia degli Enti preposti alla nomina dei consiglieri, il consiglio di Amministrazione può cooptare a far parte del consesso un soggetto avente i requisiti idonei a ricoprire la carica per il tempo residuo del mandato.

Le dimissioni contemporanee della maggioranza dei Consiglieri presentate al protocollo della Fondazione comportano la decadenza del Consiglio che deve essere rinnovato nel termine di 60

giorni. Il Presidente ed il Vice Presidente restano in carica per l'ordinaria gestione sino all'insediamento del nuovo Consiglio.

Art. 11 adunanze del Consiglio di Amministrazione

Il Consiglio deve riunirsi almeno quattro volte all'anno.

Le adunanze del Consiglio di Amministrazione sono ordinarie e straordinarie. Le prime hanno luogo per l'approvazione rispettivamente del bilancio di esercizio, del budget previsionale, delle rette di ricovero e delle tariffe dei servizi, delle eventuali indennità di carica, dei regolamenti interni.

Le adunanze sono convocate con appositi avvisi del Presidente unitamente all'elenco degli argomenti da trattare.

Gli avvisi sono recapitati all'indirizzo indicato da ciascun consigliere al momento dell'insediamento ovvero trasmessi a mezzo di strumenti informatici almeno cinque giorni liberi prima delle adunanze ordinarie ed almeno tre giorni liberi per le adunanze straordinarie. Negli stessi termini sono depositati presso l'Ufficio amministrativo a disposizione dei consiglieri tutti gli atti relativi agli argomenti da trattare indicati nell'ordine del giorno.

Art. 12 deliberazioni del Consiglio di Amministrazione

Le deliberazioni del Consiglio devono essere prese con l'intervento della metà più uno di coloro che lo compongono a maggioranza assoluta dei voti favorevoli espressi dagli intervenuti. Le votazioni si faranno per appello nominale e a voti palesi. Hanno sempre luogo a voti segreti quando si tratti di questioni concernenti persone.

Le sedute del Consiglio di Amministrazione sono private salvo diversa disposizione del Consiglio stesso.

Il Consiglio, con il voto favorevole di tutti i componenti in carica, può discutere e deliberare anche su argomenti non inseriti all'ordine del giorno.

Gli argomenti oggetto delle deliberazioni del Consiglio vengono pubblicati sul sito istituzionale della Fondazione.

Art. 13 processi verbali

I processi verbali sono redatti dal Segretario e sono firmati dal Presidente e dall'estensore.

In caso di assenza o impedimento del Segretario i verbali sono redatti da un consigliere che ne cura anche gli adempimenti successivi previsti dall'art. 17 dello Statuto.

Art. 14 potere deliberativo

Il Consiglio di Amministrazione delibera su tutti i provvedimenti che ritiene finalizzati al raggiungimento degli scopi della Fondazione.

Art. 15 decadenza dei Consiglieri

I membri del Consiglio che senza giustificato motivo non intervengano per tre sedute consecutive, previo formale invito a giustificare le assenze entro il termine di 30 (trenta) giorni decadono dalla carica.

La contestazione di eventuali cause di incompatibilità contestate per iscritto ad un consigliere devono essere discusse in apposita adunanza da tenersi entro il termine di giorni 30 (trenta) dalla contestazione.

La decadenza è pronunciata dal Consiglio di Amministrazione e comunicata entro 15 (quindici) giorni all'Ente che deve provvedere alla nomina di un nuovo consigliere, ai sensi del precedente art. 10.

Il Comune di Valvasone Arzene e le Parrocchie di Arzene, San Lorenzo di Arzene e di Valvasone che provvedono alla nomina dei consiglieri possono revocarli solo per il venir meno dei requisiti di eleggibilità a consigliere comunale.

Art. 16 Revisore dei conti - nomina e competenze

Il Consiglio di Amministrazione provvede alla nomina di un Revisore effettivo e di uno supplente iscritti al Registro dei revisori contabili. Al Revisore spettano le funzioni di controllo sull'attività della Fondazione con particolare riguardo agli aspetti finanziari; ha diritto ad intervenire ad ogni

seduta del Consiglio di Amministrazione. Sul budget preventivo e sul bilancio di esercizio redige apposita relazione. Il Revisore dura in carica cinque anni e non può essere rinominato.

Art. 17 il Segretario

Il Consiglio di Amministrazione provvede alla nomina di un Segretario che ha il compito di verbalizzare gli argomenti trattati e le deliberazioni assunte nelle adunanze, pubblicare il relativo verbale per un periodo non inferiore a 15 (quindici) giorni all'Albo della Fondazione e sul sito informatico dopo la sua approvazione.

Il Segretario sottoscrive il verbale delle adunanze unitamente al Presidente.

Cura la trasmissione, per opportuna conoscenza, delle deliberazioni di approvazione del bilancio di esercizio al Sindaco del Comune di Valvasone Arzene.

Spetta al Segretario la regolare tenuta del registro protocollo delle carte e documenti della Fondazione nonché la tenuta del registro delle fatture attive e passive e dell'inventario dei beni.

Art. 18 modifiche statutarie

Ogni modifica al presente statuto verrà apportata dal Consiglio di Amministrazione a maggioranza assoluta dei suoi membri.

La proposta di modifica dello statuto della Fondazione deve acquisire il parere non vincolante del Consiglio Comunale di Valvasone Arzene. Detto parere deve essere espresso nel termine perentorio di 30 (trenta) giorni dalla richiesta.

Art. 19 scioglimento

In caso di scioglimento della Fondazione "OPERA COLLEDANI-BULIAN" il Comune di Valvasone Arzene subentra nella titolarità del patrimonio della Fondazione.

Art. 20 legislazione applicabile

Per le materie non contemplate nel presente Statuto di osservano le disposizioni legislative ed i regolamenti in vigore.

Art. 21 norma transitoria

L'art. 5 bis trova applicazione a decorrere dall'esercizio 2017. Nell'esercizio 2016 il bilancio finanziario verrà affiancato dal bilancio economico.

LAZIO

IPAB

ISTITUTO ROMANO DI SAN MICHELE

AVVISO PUBBLICO PER LA SELEZIONE DI UN PROFESSIONISTA CUI AFFIDARE L'INCARICO ANNUALE DI ASSISTENTE SOCIALE (BUR n.43 del 31.5.16)

Premesso che l'Istituto Romano di San Michele gestisce una Casa di Riposo e due moduli di RSA, si informa che questa Amministrazione intende affidare ad un esperto, individuato mediante la selezione di cui al presente avviso, un incarico di collaborazione professionale autonoma.

OGGETTO DELL'INCARICO

Collaborazione professionale per attività di assistente sociale all'interno della RSA e Casa di Riposo.

ATTIVITA' RICHIESTE

Nell'ambito del servizio all'interno della collaborazione saranno richieste le seguenti attività:

- programmazione di interventi di natura socio-assistenziale in collaborazione con i Responsabili delle due strutture suddette;
- analisi dei problemi che si evidenziano o nascono in concomitanza con l'entrata nella struttura dell'anziano;
- analisi dei rapporti con la famiglia d'origine e con l'ambiente di provenienza;
- sull'attività sociale e socio-ricreativa degli ospiti in relazione ai singoli piani personalizzati di assistenza ;
- interventi di tipo amministrativo-organizzativo all'interno dell'Ente finalizzati a integrare e coordinare i diversi servizi di volontariato;

- interventi di emergenza in particolare relativi al supporto dell'amministratore di sostegno per anziani privi di aiuto e reti familiari;
- informazione sulle risorse in campo socio-assistenziale e prassi per accedervi;
- sul lavoro svolto verrà redatta una scheda riepilogativa mensile inserita nei piani di assistenza individuale.

MODALITA' DI SVOLGIMENTO, DURATA E COMPENSO

La collaborazione professionale avverrà secondo le seguenti modalità di svolgimento:

in media 15 ore settimanali per tutta la durata dell'incarico, presso la sede dell'Ente in Piazzale Antonio Tosti 4, o nei luoghi e nei tempi che si renderanno necessari o anche solo opportuni, concordati con il Direttore dell'Assistenza.

L'incarico avrà la durata di dodici mesi e sarà eventualmente prorogabile previa adozione di apposito provvedimento di proroga.

La durata dell'incarico è di un anno, decorrente dalla data di stipula del relativo contratto.

L'Ente si riserva, comunque, la facoltà di revoca in qualsiasi momento con provvedimento motivato, previo preavviso di giorni 10, ovvero anche senza preavviso nel caso di gravi negligenze.

Il/la professionista incaricato/a può, a sua volta, recedere dall'incarico, previo preavviso di giorni 60.

Al relativo pagamento si provvederà in rate bimestrali posticipate dietro presentazione di regolare fattura da parte del professionista, se dovuta.

REQUISITI MINIMI DI PARTECIPAZIONE

Diploma di Laurea Triennale in Scienze del Servizio Sociale o diploma universitario di cui all'art. 2 legge n. 84/1993, o diploma di Assistente Sociale di cui Decreto del Presidente della Repubblica n. 14/1987;

Attestazione di iscrizione all'albo professionale oppure iscrizione al corrispondente albo professionale di uno dei paesi dell'Unione Europea che consenta di partecipare al bando, fermo restando l'obbligo di iscrizione all'albo in Italia prima dell'inizio del servizio.

Discreta conoscenza di almeno un lingua straniera, buona conoscenza della lingua italiana.

Cittadinanza italiana (sono equiparati ai cittadini italiani gli italiani non appartenenti alla Repubblica) ovvero cittadinanza di altro stato membro della Unione Europea. In applicazione dell'art. 7 della Legge 97/2013 saranno ammessi alla selezione anche i familiari di cittadini degli stati membri dell'Unione europea non aventi la cittadinanza di uno Stato membro che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente, nonché cittadini dei Paesi terzi che siano titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o che siano titolari dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria;

Esperienza professionale (da documentare adeguatamente) svolta in strutture similari, per almeno un triennio.

PUBBLICITA'

Il presente Avviso Pubblico viene pubblicato sul sito internet dell'Istituto www.irmsm.it nella sezione amministrazione trasparente, sottosezione Bandi di concorso, e sul BURL per trenta giorni consecutivi.

MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

I soggetti interessati devono manifestare il proprio interesse all'incarico di cui al presente Avviso mediante presentazione di apposita domanda al seguente indirizzo:

Istituto Romano di San Michele / Piazzale Antonio Tosti 4 Roma 00147 Roma.

Il recapito a mano della domanda all'Ufficio Protocollo dell'Ente dovrà avvenire, pena l'esclusione, entro le ore 13.00 del trentesimo giorno successivo a quello di pubblicazione del presente avviso sul sito INTERNET dell'Ente e sul BURL.

Si considerano presentate in tempo utile le domande inviate tramite posta elettronica entro il termine di 30 giorni dalla pubblicazione del presente bando, all'indirizzo di posta elettronica certificata irmsm.segreteriagenerale@irmsm.postecert.it avendo cura di allegare tutta la documentazione richiesta possibilmente in formato pdf, tif o jpeg.

Le domande inviate per posta devono, comunque, pervenire all'Ufficio Protocollo dell'Ente entro il termine perentorio di 10 giorni dalla scadenza della pubblicazione del presente avviso e cioè entro le ore 13.00 dell'11/7/2016, pena l'esclusione.

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

La domanda dovrà contenere i seguenti documenti:

A. DOMANDA e copia del documento di riconoscimento

B. CURRICULUM PROFESSIONALE: lo scopo della presentazione del curriculum è di permettere al soggetto interessato di manifestare la propria professionalità acquisita nel tempo e dimostrare di possedere la necessaria competenza relativamente alla materia di cui al presente avviso.

I curriculum dovranno riportare in particolare i seguenti dati:

- dati anagrafici;
- percorsi formativi e titoli conseguiti da cui si ricavi formazione sulla legislazione e sulle problematiche inerenti alle politiche sociali a favore degli anziani;
- esperienza professionali;
- lingue conosciute (precisando il livello di conoscenza sufficiente / buono / ottimo su scritto e orale)

La mancata sottoscrizione della domanda, del curriculum e l'assenza della copia del documento di riconoscimento da parte dell'aspirante, costituiscono motivo di esclusione.

L'incarico verrà affidato al candidato che offrirà maggiori garanzie di professionalità così come si potrà evincere dalle esperienze lavorative e formative riportate nel curriculum, debitamente documentate.

La Commissione si riserva di avviare un ulteriore momento di verifica con un colloquio informativo.

Al termine della procedura di valutazione la Commissione redigerà un verbale delle operazioni compiute, in cui darà conto delle operazioni svolte e delle valutazioni espresse nei confronti dei candidati.

La procedura comparativa è finalizzata esclusivamente all'individuazione del soggetto cui conferire l'incarico di cui trattasi, per cui non si darà corso alla formazione di alcuna graduatoria di merito.

Solo nel caso di rinuncia del soggetto individuato alla sottoscrizione del contratto di incarico è possibile individuare altro interessato nell'ambito dei curricula già valutati.

L'esito della procedura comparativa verrà pubblicato con le stesse modalità del presente avviso.

CLAUSOLA DI SALVAGUARDIA

Con il presente avviso non è posta in essere alcuna procedura concorsuale; le domande di partecipazione pervenute non vincolano l'Ente e non costituiscono diritti o interessi legittimi a favore dei soggetti partecipanti; le domande di partecipazione e la documentazione allegata hanno il solo scopo di manifestazione di disponibilità all'incarico e di possesso dei requisiti prescritti.

L'Ente si riserva la facoltà di non procedere all'affidamento dell'incarico senza che possa essere avanzata alcuna pretesa da parte dei partecipanti alla presente procedura.

Gli interessati potranno chiedere chiarimenti e delucidazioni contattando il Responsabile del Procedimento Sig.ra Silvana Cianfarani ai numeri telefonici 0651858257 / 222 dalle ore 10,00 alle ore 13,00 (escluso il sabato).

Roma, 31 maggio 2016

Il Commissario Straordinario

Decreto del Presidente della Regione Lazio 3 giugno 2016, n. T00118 IPAB IRAI di Roma. Sostituzione membro Consiglio di Amministrazione. (BUR n. 46 del 9.6.16)

Note **INTRODUZIONE NORMATIVA**

Costituzione della Repubblica Italiana;

Statuto della Regione Lazio;

Legge 17 luglio 1890, n. 6972 “Norme sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza” e i relativi regolamenti di esecuzione;

Decreto del Presidente della Repubblica 15 gennaio 1972, n. 9, N° “Trasferimento alle Regioni a Statuto ordinario delle funzioni amministrative statali in materia di beneficenza pubblica e del relativo personale”;

Decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616;

Legge regionale 03 febbraio 1993, n.12 “Disciplina transitoria del rinnovo degli organi amministrativi di competenza della Regione Lazio”;

Legge 15 luglio 1994, n. 444 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 16 maggio 1994, n. 293, recante disciplina della proroga degli organi amministrativi”;

Legge 8 novembre 2000, n. 328 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” ed in particolare gli articoli 10 e 30;

Decreto legislativo del 18 agosto 2000, n. 267 “Testo unico delle leggi sull’ordinamento degli enti locali”;

Decreto legislativo 4 maggio 2001, n. 207 “Riordino del sistema delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, a norma dell’art. 10 della legge 8 novembre 2000, n. 328”;

Legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 “Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza e al personale regionale”;

Regolamento regionale 6 settembre 2002 n. 1 “Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale del Lazio”;

Decreto legge 31 maggio 2010 n. 78 “Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica” ed in particolare l’art. 6 che contiene disposizioni relative alla riduzione dei costi degli apparati amministrativi;

Decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 “Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”;

Decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 “Disposizioni in materia di inconfiribilità ed incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell’articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012 n. 190”;

DGR 4 agosto 2015 n. 429 “Vigilanza sulle attività delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza (II.PP.A.B.)”;

Lo Statuto dell’Ente in particolare l’art. 9 prevede un consiglio di amministrazione composto da cinque membri, di cui tre, compreso il Presidente, nominati dalla Regione Lazio, due dal Comune di Roma.

Tutti i componenti del consiglio di amministrazione durano in carica cinque anni e sono rinominabili. In caso di sostituzione individuale per morte, dimissioni o altra causa, i nuovi nominati durano in carica solo per il periodo restante al quinquennio in corso e possono essere riconfermati;

LA NOMINA

Il sig. Romeo De Angelis viene nominato quale consigliere di amministrazione dell’IPAB IRAI, in sostituzione del dimissionario dott. Antonio Mazzarotto

NB

Resta invariata la scadenza della Consiglio di Amministrazione, stabilita con Decreto del Presidente della Regione Lazio del 29 aprile 2015 n. T00080.

Per lo svolgimento delle funzioni ai componenti del consiglio di amministrazione spetta una indennità di funzione il cui ammontare è stabilito annualmente con deliberazione del consiglio, qualora le condizioni finanziarie dell’IPAB ne consentano la copertura, come previsto dall’art. 10 dello statuto dell’Ente.

UMBRIA

DPGR 16.5.16, n. 56 - Opere Pie Riunite di Perugia. Nomina dei rappresentanti regionali in seno al Consiglio di Amministrazione, ai sensi dell'articolo 6 dello Statuto vigente. (BUR n. 26 del 1.6.16)

Art. 1

Sono nominati, quali rappresentanti regionali in seno al Consiglio di amministrazione delle Opere Pie Riunite di Perugia, ai sensi dell'articolo 6 dello Statuto vigente, i Signori:

— **Simona Brugnoli;**

— **Michele Berloco.**

POVERTA' INCLUSIONE SOCIALE

TOSCANA

MOZIONE 18 maggio 2016, n. 265 - In merito a un sistema unico di recupero e reimpiego dei farmaci su base regionale. (BUR n.23 del 10.8.16)

IL CONSIGLIO REGIONALE

Preso atto che:

- la direttiva 2001/83/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 6 novembre 2001 recante un codice comunitario relativo ai medicinali per uso umano e la direttiva 2003/94/CE della Commissione dell'8 ottobre 2003 che stabilisce i principi e le linee direttrici delle buone prassi di fabbricazione relative ai medicinali per uso umano e ai medicinali per uso umano in fase di sperimentazione, disciplinano i medicinali per uso umano (articolo 1 della dir. 2001/83/CE) confezionati in azienda, immessi in commercio e non preparati in farmacia, (articolo 3 della dir. 2001/83/CE) e costituiscono le basi per l'architettura normativa comunitaria relativa alla produzione e distribuzione dei farmaci;

- il decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219 (Attuazione della direttiva 2001/83/CE "e successive direttive di modificazione" relativa ad un codice comunitario concernente i medicinali per uso umano, nonché della direttiva 2003/94/CE) e, in particolare, l'articolo 157, comma 1, prevede che siano "individuata modalità che rendono possibile l'utilizzazione, da parte di organizzazioni senza fini di lucro, di medicinali non utilizzati, correttamente conservati e ancora nel periodo di validità". Il sistema, inteso peraltro come sottoprodotto di una logica di raccolta di medicinali inutilizzati e scaduti, merita di essere valorizzato, soprattutto in un periodo di profonda crisi economica, come opzione per impiegare a fondo prodotti perfettamente conservati, di ampio utilizzo, liberando così risorse ed evitando sprechi e duplicazioni;

Valutato

che con la legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato "legge finanziaria 2008"), che il tema del recupero e riutilizzo dei medicinali trova un migliore inquadramento organico; in particolare, l'articolo 2, commi 350, 351 e-352, prevede che:

"350 - Le confezioni di medicinali in corso di validità, ancora integre e correttamente conservate, legittimamente in possesso di ospiti delle Residenze sanitarie assistenziali (RSA) ovvero in possesso di famiglie che hanno ricevuto assistenza domiciliare, per un loro congiunto, dall'azienda sanitaria locale (ASL) o da una organizzazione non lucrativa avente finalità di assistenza sanitaria, possono essere riutilizzate nell'ambito della stessa RSA o della stessa ASL o della stessa organizzazione non lucrativa, qualora, rispettivamente, non siano reclamate dal detentore all'atto della dimissione dalla RSA o, in caso di suo decesso, dall'erede, ovvero siano restituite dalla famiglia che ha ricevuto l'assistenza domiciliare alla ASL o all'organizzazione non lucrativa.

351 - Al di fuori dei casi previsti dal comma 350, le confezioni di medicinali in corso di validità, ancora integre e correttamente conservate, ad esclusione di quelle per le quali è prevista la conservazione in frigorifero a temperature controllate, possono essere consegnate dal detentore che non abbia più necessità di utilizzarle ad organizzazioni senza fini di lucro, riconosciute dalle regioni e province autonome, aventi finalità umanitarie o

di assistenza sanitaria.

352 - Ai fini del loro riutilizzo, le confezioni di medicinali di cui ai commi 350 e 351 sono prese in carico da un medico della struttura od organizzazione interessata, che provvede alla loro verifica, registrazione e custodia. Le disposizioni di cui ai commi da 350 al presente comma si applicano anche a medicinali contenenti sostanze stupefacenti o psicotrope.”;

Preso atto che:

è evidente come si possano distinguere due fattispecie: da una parte, i medicinali in uso a ospiti di RSA o malati assistiti domiciliariamente, che vengono riutilizzati all'interno dello stesso ambito o, nel caso di assistenza domiciliare, dall'azienda USL o organizzazione non lucrativa di riferimento, dall'altra, farmaci provenienti da privati (l. 244/2007, articolo 2, comma 351) che non possono essere consegnati all'azienda USL, non provenendo dalla stessa, né da altre strutture, ma solo donati ad organizzazioni senza fini di lucro; si tratta certamente di una legge migliorabile, perché non prevede la possibilità per chi possa aver bisogno di rifornirsi presso centri strutturati, quali le farmacie, rediligendo, al contrario, un riutilizzo “interno” a strutture protette, siano esse intese come RSA, sia come “sistemi di assistenza domiciliare” dell'azienda USL o, in altra ipotesi, la consegna a organizzazioni senza fini di lucro, alle quali viene affidato il difficile compito di mediare fra domanda ed offerta. Alle mancanze della legge ha sopperito l'attività delle stesse organizzazioni che, in molti casi, si sono accordate con le farmacie, stabilendo presso tali esercizi i punti di raccolta.

Valutato che:

- la gestione dei farmaci “in donazione”, procedura diversa dall'acquisto di farmaci a fini di donazione, prassi già ampiamente in atto, con le problematiche relative alla loro sicurezza, motivo per cui occorre uno stretto controllo sulla loro filiera, sia in entrata che in uscita, ha trovato impiego in diverse regioni italiane, e grazie all'intervento di differenti associazioni. A differenza dei farmaci da banco, acquistati per essere donati, e volti quindi soprattutto a contrastare la “povertà sanitaria” intesa come insufficienza del reddito nel far fronte alle spese necessarie a curarsi, il riutilizzo di farmaci prescritti e già consegnati ad altri, ma inutilizzati, oltre che ad un risparmio per l'azienda USL e per il cittadino, anche se non in stato di povertà, si risolve nell'impedimento di uno spreco;
- sono già diverse le regioni che, in linea con la normativa comunitaria, hanno a loro volta emanato prescrizioni di diversa natura per favorire il riutilizzo dei farmaci. La Regione Veneto con la legge regionale 11 novembre 2011, n. 23 (Interventi regionali per il recupero, la restituzione, la donazione ai fini del riutilizzo di medicinali in corso di validità) e la Regione Marche con la legge regionale 5 febbraio 2013, n. 3 (Interventi regionali per il recupero, la restituzione e la donazione ai fini del riutilizzo di medicinali in corso di validità), all'articolo 1 hanno entrambe unito le finalità sociali “a sostegno della solidarietà sociale”, e il contenimento della spesa pubblica al “contenimento della spesa farmaceutica”; la Regione Veneto, inoltre, ha definito con la l.r. 23/2011 articolo 3, comma 1, lettera b), “le condizioni e gli ambiti per il recupero, la restituzione e la donazione dei medicinali;
- in altre regioni giacciono proposte di legge in tal senso, o sono stati autorizzati progetti più o meno in sovrapposizione fra finalità assistenziali e di recupero dei farmaci. Per quanto riguarda la Toscana, l'azienda USL 7 di Siena ha proposto un sistema di raccolta e riutilizzo dei farmaci in donazione;

IMPEGNA

LA GIUNTA REGIONALE

a valutare i costi ed, eventualmente, sviluppare una proposta di legge od un protocollo volto al recupero dei farmaci inutilizzati, sia in ambito RSA assistenza domiciliare, sia provenienti da donazioni di privati, farmaci anche acquistati direttamente in farmacia a tale scopo, se trattasi di farmaci senza prescrizione;

la proposta di legge, da intendersi quale attuativa, e quindi stilata seguendo la fessura della normativa nazionale, potrà gestire, anche su base regionale, il sistema di raccolta, verifica e il database dei farmaci a disposizione, in modo da rendere la legge utile sia a fini di risparmio pubblico, di salvaguardia delle scorte, sia di assistenza a soggetti in condizione di bisogno.

PRIVATO SOCIALE

BASILICATA

DGR 17.5.16, n. 521- L.R. 13 novembre 2009 n. 40 - art. 5, comma 5 - Registro Regionale delle Associazioni di Promozione Sociale. Approvazione “Nuove procedure e modalità per l’iscrizione, la cancellazione e la revisione periodica del registro regionale delle Associazioni di Promozione Sociale che svolgono attività in ambito regionale e provinciale - Modifica e aggiornamento della D.G.R. n. 366/2010”. (BUR n. 20 del 1.6.16)

Note

La Legge 8 novembre 2000, n. 328 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” riconosce il ruolo del terzo settore nel -l’attuazione del principio di sussidiarietà.

La L.R. 14 febbraio 2007, n. 4 “Rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale” - art. 14, individua le associazioni e gli enti di promozione sociale fra gli attori sociali che concorrono alla realizzazione delle finalità della medesima legge.

La Legge 7 dicembre 2000, n. 383 “Disciplina delle associazioni di promozione sociale” detta principi fondamentali e norme per la valorizzazione dell’associazionismo di promozione sociale e prevede che le regioni e le province autonome “istituiscano, rispettivamente, registri su scala regionale e provinciale cui possono iscriversi tutte le associazioni in possesso dei requisiti di cui all’art. 2 della stessa legge che svolgono attività, rispettivamente, in ambito regionale o provinciale”.

La L.R. 13 novembre 2009, n. 40 “Disciplina delle associazioni di promozione sociale” riconosce, al pari della predetta legge nazionale, il ruolo delle associazioni di promozione sociale come strumento di solidarietà sociale e prevede all’art. 5, comma 1, l’istituzione del Registro regionale a cui dette associazioni possono iscriversi se in possesso dei relativi requisiti.

Il comma 5 dell’art. 5 della medesima L.R. 13 novembre 2009, n. 40 impegna la Giunta Regionale a “determinare, con propria deliberazione, le procedure e le modalità di iscrizione e di cancellazione delle associazioni che svolgono attività in ambito regionale nonché la periodica revisione del registro regionale delle associazioni di promozione sociale”.

In attuazione della sopra elencata normativa, presso il Dipartimento Politiche della Persona, è stato istituito il Registro regionale delle Associazioni di Promozione Sociale e che la Giunta Regionale, con propria deliberazione n. 366 del 2 marzo 2010, ha determinato “le procedure e le modalità di iscrizione e di cancellazione delle associazioni che svolgono attività in ambito regionale nonché la periodica revisione del registro regionale delle associazioni di promozione sociale”.

La gestione del Registro nel corso degli anni, ha evidenziato l’esigenza di rendere alcune modalità più chiare e articolate dal punto di vista interpretativo, oltre che di esplicitare i principi salienti dell’associazionismo di promozione sociale, al fine di adottare procedure più omogenee e rispondenti ai dettami normativi.

Vengono approvate le “Nuove procedure e modalità per l’iscrizione, la cancellazione e la revisione periodica del registro regionale delle Associazioni di Promozione Sociale che svolgono attività in ambito regionale e provinciale” con conseguente modifica e aggiornamento della D.G.R. n. 366/2010 e come dettagliatamente riportato nell’allegato A alla presente deliberazione di cui è parte integrante e sostanziale (a cui si rinvia);

Gli allegati sono pubblicati sul portale istituzionale www.regione.basilicata.it.

LAZIO

Decreto del Commissario ad Acta 31 maggio 2016, n. U00193 -Disciplina del percorso di riconduzione della gestione extra ordinem delle strutture ex Anni Verdi onlus condotta dalle cooperative UNISAN, NUOVA SAIR, Operatori Associati Sanitari - OSA a regime di

autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione ex art. 8 ter, quater e quinquies del D. Lgs. 502/1992. Consorzio di cooperative sociali riabilitazione e reinserimento - RI.REI: ottemperanza al D.P.R. 18 aprile 2016 ed al presupposto parere del Consiglio di Stato Sez. II n. 331 del 9/2/2016. Anni verdi in liquidazione: Esecuzione della sentenza Tribunale civile di Roma n. 19426/2013 e della sentenza Tribunale civile di Roma n. 8065/2015. (BUR n. 46 del 9.6.16)

Note

PREMESSA

Viene rilevato che non è più procrastinabile il dovere di risolvere, in primo luogo sotto il profilo istituzionale, la decennale questione “ex Anni Verdi Onlus”, e quindi è necessario disporre l’ingresso a regolare regime di autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione ex art. 8 ter, quater e quinquies D. Lgs. n. 502/92 ss.mm. quelle ammissibili tra le attività precedentemente erogate dalle strutture sottoelencate che effettuavano trattamenti residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari per persone affette da gravi disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, già autorizzate in capo alla Anni Verdi Onlus caduta in dissesto, poi passate in una gestione di concessione extra ordinem al Consorzio Ri.Rei, e successivamente pro parte, a cooperative ad esso consorziate (OSA, NUOVA SAIR, UNISAN).

A) CONSIDERATO ai fini della regolarizzazione dei rapporti per il futuro

Che di tali attività occorre disporre o l’autorizzazione ove ne ricorrano i presupposti, e conseguentemente l’accreditamento istituzionale e la contrattualizzazione già per l’anno 2016 ex art. 8 ter, quater e quinquies D. lgs. n. 502/92, oppure la dismissione e chiusura, con presa in carico da parte delle Aziende e trasferimento dei pazienti delle strutture che ancora non siano in condizioni di dimostrare il possesso dei necessari requisiti.

Che inoltre la presente decisione viene presa aderendo all’invito rivolto a questa Regione dal Ministero della Salute con lettera dell’11 dicembre 2014, come pure all’invito rivolto dai Ministeri vigilanti in occasione del tavolo di verifica di cui al verbale del 24 novembre 2015 nel quale si sollecita “la struttura commissariale a ricondurre tempestivamente tali rapporti nell’alveo del decreto legislativo n. 502/92”;

Che l’elenco delle strutture già autorizzate e accreditate in favore di Anni Verdi Onlus era il seguente:

Ambito territoriale: Azienda USL ROMA B

a) Centro di riabilitazione sito in Roma, via Lazzaro Taldi, 37

- autorizzazione: DPGR n.475/1996 (n.150 trattamenti ambulatoriali);
- accreditamento: DGR n.2591/2000 (n.165 trattamenti non residenziali);

b) Centro di riabilitazione sito in Roma, Via Dionisio, 90

- autorizzazione: DPGR n.2793/1994, DPGR n.468/1995 (n.160 trattamenti semiresidenziali);
- accreditamento: DGR n.2591/2000, DGR n.796/2005 (n.160 trattamenti semiresidenziali);

Ambito territoriale: Azienda USL ROMA D

1) Centro di riabilitazione sito in Roma, Via Sbricoli, 8

- autorizzazione: DPGR n.326/1998 (n.30 semiresidenziali e n.30 ambulatoriali);
- accreditamento: DGR n.2591/2000 (n.33 semiresidenziali e n.33 non residenziali);

2) Centro di riabilitazione sito in Roma, Via Quirino Majorana, 145

- autorizzazione: DPGR n.2388/1994, DPGR n.672/1998 (n.336 trattamenti ambulatoriali complessivi), n.110

trattamenti semiresidenziali derivanti dalla chiusura del centro di Via Colautti (determinazione n.1507/2004);

- Accreditamento: DGR n.2591/2000 (n.370 trattamenti non residenziali e n.110 trattamenti semiresidenziali provenienti dal Centro di Via Colautti);

4) Centro di riabilitazione sito in Roma, Via Colautti, 24-28

- autorizzazione: DPGR n.2071/1995 (n.60 trattamenti semiresidenziali); DPGR n.32/1999 (n.110 trattamenti semiresidenziali); DPGR n.460/2001 (n.360 trattamenti domiciliari);
- accreditamento: DGR n.2591/2000 (n.110 trattamenti semiresidenziali successivamente trasferiti a via Majorana, 145; nella DGR 539/2006 vengono indicati n.360 trattamenti domiciliari);

Ambito territoriale: Azienda USL ROMA F**1) Centro di riabilitazione sito in S. Severa, Viale Tirreno, 1**

autorizzazione: DPGR n.150/1996 (n.50 trattamenti residenziali e n.30 trattamenti semiresidenziali);

accreditamento: DGR n.2591/2000 (n.50 trattamenti residenziali e n.33 trattamenti semiresidenziali);

Ambito territoriale: Azienda USL ROMA H**1) R.S.A. sita in Lavinio, Via del Sole, 38-40**

autorizzazione: determinazione n. 5156/2004 (n.30 p.r.);

accreditamento: DGR n.157/2005 (n.30 p.r.);

DATO ATTO

1) **Che** esiste un iato tra la richiesta di autorizzazione provvisoria formulata dal Consorzio in data 15.10.2008 per la sede di Via Taldi 37 e l'intervento del Commissario ad acta nel 2012 finalizzato a dare ottemperanza alla sentenza TAR Lazio n.22472/2010 di condanna del silenzio della PA, nei confronti del Consorzio RIREI;

-che, infatti, la cooperativa OSA, effettivamente presente in occasione dell'accesso della ASL di competenza, è subentrata al Consorzio RIREI nella gestione di via Taldi 37 giusto contratto di affitto di ramo d'azienda e in forza di scrittura privata tra Osa e i proprietari dell'immobile;

-che tuttavia il Commissario ad acta, stante la mancata coincidenza tra il soggetto richiedente (RIREI) e quello effettivamente presente e gestore (OSA), ha decretato il mancato accoglimento dell'istanza di autorizzazione in favore del Consorzio;

-che la determinazione di autorizzazione G12050 del 7.10.2015 in favore di OSA per via L. Taldi n. 37 di fatto ha determinato il superamento della divergenza della titolarità levata dal commissario ad acta nel 2012;

2) **Che** le consorziati subentranti hanno avanzato domanda di autorizzazione rispettivamente:

OSA:

per Via Taldi n. 37 in data 10.04.2015 acquisita al protocollo n. 211951 del 17.04.2015 e successiva nota prot. n. 259947 del 13.05.2015;

per Via Q. Majorana n. 145 in data 15 luglio 2015 acquisita al prot. n. 443972 del 12.8.2015 e successiva nota del 30.09.2015 acquisita al protocollo con n. 525934 del 02.10.2015;

NUOVA SAIR:

per Via Dionisio n. 84-90 in data 9 aprile 2015 acquisita al prot. n. 195352 del 10.4.2015;

UNISAN:

per Via dei Normanni n. 44 / Viale Tirreno n. 1 S. Severa in data 24 maggio 2015 acquisita al prot. n. 248027 del 6.5.2015;

per Via Majorana n. 145-147-149-151-155 centro di riabilitazione ambulatoriale e domiciliare in data 25 maggio 2015 acquisita al prot. n. 326213 del 16.6.2015;

per via Sbricoli, 8 istanza acquisita in data 16.06.2015 prot. n. 324225;

Che relativamente al percorso autorizzativo sono state adottate le seguenti determinazioni:

OSA:

per Via Taldi n. 37 det. G12050 del 07.10.2015

NUOVA SAIR:

per Via Dionisio, 84-90, det. G04349 del 29.04.2016; relativamente all'accreditamento:

OSA ha inoltrato istanza per il presidio di Via Taldi n. 37 in data 27 ottobre 2015, acquisita al prot. n. 586066 del 30.10.2015; la ASL Roma 2 ha rilasciato, con nota prot. n. 2BU0018598 del 20/04/2016, parere favorevole;

NUOVA SAIR ha inoltrato istanza per il presidio di Via Dionisio n. 84-90 in data 20 maggio 2015 acquisita al prot. n. 264383 del 19.05.2015; con nota prot. n. 282834 GR 11/16 del 27/05/2015 è stato richiesto alla ASL Roma 2 di effettuare i relativi controlli; che le istanze di nuova

autorizzazione presentate dalle singole consorziate non necessariamente corrispondono alla configurazione delle strutture precedentemente gestite da Anni Verdi quanto a struttura e volumi;

B) CONSIDERATO ai fini della definizione dei rapporti pregressi

Che altrettanto doveroso è risolvere la decennale questione attinente alla ricognizione dei debiti facenti capo a prestazioni rese, liquidate e comunque liquidabili, e al pagamento degli stessi;

Che la ricognizione dei debiti verrà effettuata sulla base dei dati forniti da tutte le Aziende e secondo criteri comuni per tutte le strutture e quindi condivisi tra tutte le AASSLL al livello regionale, e dovrà essere esaustiva di tutte le sofferenze ancora in essere che l'amministrazione riconosce come dovute per l'intero periodo 2006-2016;

Che il calcolo del liquidato/liquidabile secondo i criteri condivisi di cui sopra è altresì necessario per individuare il fabbisogno storico riconosciuto a ciascuna singola struttura effettivamente operativa nell'anno 2015, e verrà preso a base per la contrattualizzazione 2016 salvo diverse determinazioni di ciascuna delle Aziende competenti in ordine al fabbisogno, in applicazione della normativa regionale di riferimento (Decreto del Commissario ad acta n. U00126/2016);

Che è immane il contenzioso in essere per il pregresso, sia in sede di giustizia amministrativa che civile, instaurato sia da Anni Verdi Onlus, sia da Consorzio Ri.Rei, sia dalle singole consorziate, contro Regione Lazio ed Asl territorialmente competenti;

Che la ricostruzione del contenzioso, ad oggi disponibile, ha prodotto l'Elenco di cui all'Allegato A al presente atto;

Che su di essa, il presente atto vale anche come invito alla interlocuzione affinché i soggetti interessati segnalino all'Ufficio Analisi del contenzioso della Direzione salute e politiche sociali eventuali ulteriori contenziosi pendenti, ai fini della più completa ricognizione delle pretese di debito;

RITENUTO

Che particolarmente difficoltosa appare la ricostruzione del contenzioso di Anni Verdi, la cui trattazione, pertanto, viene demandata a separato specifico atto disponendo invece, già con il presente atto, l'esecuzione:

a) della sentenza Tribunale civile di Roma n. 19426/2013 di condanna della Regione Lazio al pagamento di euro 418.272,00 a titolo di indennità di requisizione per il periodo 6.7.2006 e 31.12.2006, oltre interessi legali dal 8.3.2007 e fino al soddisfo;

b) della sentenza Tribunale civile di Roma n. 8065/2015 che condanna la Regione Lazio a corrispondere euro 795.530,10 a titolo di indennizzo per l'occupazione sine titolo nel periodo ricompreso tra il 1.7.2007 e il 1.10.2008 (data stipula locazione tra Consorzio RIREI ed Anni Verdi onlus in liquidazione), oltre interessi legali e rivalutazione monetaria secondo indici ISTAT, con decorrenza dal 1.12.2008 e fino al soddisfo;

Che in attuazione a quanto previsto dalla DGR 469/2009 dalla somma totale dovuta al Consorzio Ri.Rei. per l'attività svolta al 30 settembre 2008 saranno trattenute le somme individuate alle lettere a) e b) di cui al precedente capoverso, in ragione dell'utilizzo di tali immobili da parte del Consorzio Ri.REI;

RITENUTO

Che il presente atto ha anche lo scopo di risolvere, auspicatamente, in tutto o almeno in gran parte, il contenzioso in essere con il Consorzio Ri.Rei e Consorziate successivamente subentrate;

Che con riguardo alla Ordinanza TAR Lazio Sez. Terza Quater n. 1253/2016 questa Amministrazione fa propria la configurazione di un sistema provvedimentale che, ancorché dichiaratamente extra ordinem rispetto al paradigma del d.lgs. n. 502 del 1992, possa essere ricondotto alla categoria delle concessioni di pubblico servizio allo stesso modo di quelli che intercorrono tra le suddette amministrazioni e le strutture operanti in regime di accreditamento;

Che, con riguardo al D.P.R. 18 aprile 2016 ed al presupposto Parere del Consiglio di Stato Sez. II n. 331 del 9/2/2016 il presente atto ne costituisce nel suo complesso ottemperanza, precisando e premettendo che:

a) con riguardo alle prestazioni erogate, pur mediante concessione extra ordinem, corrispondenti a quelle previste negli ordinari contratti conseguenti ad autorizzazione ed accreditamento, l'importo complessivo di riferimento può corrispondere, nel suo massimo, all'importo delle tariffe. La tariffa, infatti, è fissazione autoritativa di prezzo a copertura di costi e di adeguato guadagno, e costituisce il prezzo fissato per legge nei contratti pubblici (art. 1339 c.c.), non superabile a pena di nullità;

b) che, a partire dalla con DGR n. 702 del 26/09/2008, la Regione Lazio aveva espressamente previsto il pagamento "nei limiti delle tariffe regionali"; **c)** che, per il periodo precedente di pagamento a rimborso, e nessun legittimo affidamento potevano essersi formate le strutture subentranti ad Anni verdi circa un pagamento delle prestazioni da loro rese in misura superiore alle tariffe perché la conoscenza ed il rispetto della legge sono d'obbligo. Ad abundantiam, si precisa che le modalità di pagamento erano state fissate dalla Regione Lazio con la delibera di Giunta regionale n. 604 del 26 settembre 2006 in una misura che, pur nell'ambiguità dell'uso del termine "acconto", era individuata nella decurtazione del 10% rispetto al fatturato Anni Verdi. Infatti, si premetteva che il Consorzio Ri.Rei "non può essere inserito, neppure in via transitoria, all'interno dell'elenco dei soggetti erogatori provvisoriamente accreditati con il S.S.R., non essendo ravvisabile nei confronti dello stesso il possesso di alcuno degli elementi costitutivi del rapporto medesimo" -esso non era -né autorizzato- né accreditato- e che ciò "non consente di applicare, neanche in via analogica, al soggetto consortile in parola le vigenti procedure concernenti il saldo delle prestazioni effettuate dai soggetti accreditati". Ciò posto, stabiliva il "versamento da parte della Regione di un "acconto" fino al 90% della media storica di quanto percepito dall'Associazione ANNI VERDI – ONLUS nei sei mesi precedenti alla sospensione del rapporto di accreditamento provvisorio di cui alla DGR n.539/06, sulla base di specifica rendicontazione mensile in ordine alle spese strettamente connesse all'erogazione dei servizi assistenziali". Evidentemente, il termine "acconto" era qui impropriamente utilizzato, non essendovi alcun rinvio ad una fase di saldo, rappresentando una decurtazione del 10% in capo a soggetto no profit privo di autorizzazione e accreditamento: la copertura, in via presuntiva, delle spese, senza utile;

d) in aggiunta, invece, il pagamento di prestazioni aggiuntive rispetto a quelle assistenziali ricomprese nella tariffa, eventualmente rese dai soggetti subentranti ad Anni Verdi su richiesta e con il consenso dell'Amministrazione, ed in misura congrua e documentata;

CONSIDERATO

necessario il riepilogo, pur per sommi capi, della annosa e complessa situazione per chiarire ed individuare i fatti posti a base della presente decisione:

-Anni Verdi era una ONLUS che aveva in carico oltre mille pazienti, soprattutto bambini, con gravi disabilità fisiche psichiche e sensoriali, che venivano trattati nelle dieci strutture, residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari sopraelencate regolarmente autorizzate, oltre che con trattamenti domiciliari;

- in data 11 luglio 2006 Anni Verdi comunicava alla Regione Lazio che, versando in difficoltà economiche, entrava in procedura di liquidazione e non era più in grado di far fronte all'assistenza;

-la Regione Lazio, non potendo lasciare privi di assistenza i pazienti, chiedeva al Prefetto la requisizione delle strutture ove Anni Verdi erogava il servizio di assistenza, allo scopo di poter provvedere sotto la propria responsabilità;

- con Ordinanza del 7.7.2006 n. 44385/2006 – Gab. (integrate con Ordinanza del 30.9.2006 n. 59192/5/2006 Gab. e con Ordinanza del 30.11.2006 n. 74071/5/2006 Gab.), il Prefetto di Roma, ritenuta la sussistenza di gravi motivi di necessità pubblica ed urgenza, disponeva la requisizione degli immobili ove insistevano le strutture; con Decreto n. T0284 del 7.7.2006 Regione Lazio disponeva la prosecuzione dell'attività delle stesse da parte delle ASL, fosse anche attraverso utilizzo di mezzi e personale della protezione civile.

-le ASL territorialmente competenti facevano presente l'impossibilità di garantire con il proprio personale la continuità assistenziale;

-la Regione Lazio, quindi, sospendeva l'accreditamento ad Anni Verdi e con delibera n. 539 del 4 agosto 2006 posto in rilievo che la messa in stato di liquidazione di Anni Verdi comportava anche il

licenziamento del personale, stabiliva di individuare allo scopo soggetti privati “no-profit”. Pertanto:

a) su indicazione dell’Assessore alla sanità del 22.8.2006, il Direttore generale dell’Assessorato con determinazione n. D2466 del 23 agosto 2006, individuava il Consorzio di cooperative sociali RI.REI, appositamente costituito tra Legacoop Lazio, AGCI e Confcooperative Lazio allo scopo di provvedere «in via eccezionale e transitoria fino al 30.9.2006... alla attività assistenziale svolta nei Centri in precedenza autorizzati e accreditati all’Associazione Anni Verdi...per il tramite del personale già in servizio presso i Centri medesimi»;

b) le modalità di pagamento del Consorzio Ri.Rei venivano fissate dalla Regione Lazio con la delibera di Giunta regionale n. 604 del 26 settembre 2006 in una misura che, pur nell’ambiguità dell’uso del termine “acconto”, pare logicamente individuata nella decurtazione del 10% rispetto al fatturato Anni Verdi. Infatti, si premetteva che il Consorzio Ri.Rei “non può essere inserito, neppure in via transitoria, all’interno dell’elenco dei soggetti erogatori provvisoriamente accreditati con il S.S.R., non essendo ravvisabile nei confronti dello stesso il possesso di alcuno degli elementi costitutivi del rapporto medesimo” -esso non era -né autorizzato- né accreditato- e che ciò “non consente di applicare, neanche in via analogica, al soggetto consortile in parola le vigenti procedure concernenti il saldo delle prestazioni effettuate dai soggetti accreditati “.

Ciò posto, stabiliva il “versamento da parte della Regione di un “acconto” fino al 90% della media storica di quanto percepito dall’Associazione ANNI VERDI – ONLUS nei sei mesi precedenti alla sospensione del rapporto di accreditamento provvisorio di cui alla DGR n.539/06, sulla base di specifica rendicontazione mensile in ordine alle spese strettamente connesse all’erogazione dei servizi assistenziali, senza prevedere alcuna successiva fase di “saldo”;

c) con DGR 923 del 21/12/2006, veniva conseguentemente approvata apposita convenzione con cui, per un periodo di tre mesi, automaticamente prorogabile di ulteriori tre mesi, a far data dalla scadenza dell’Ordinanza prefettizia di requisizione stessa:

il Liquidatore dell’Associazione Anni Verdi ONLUS, acquisito il parere favorevole del Tribunale di Roma, conferiva alla Regione Lazio il comodato gratuito degli immobili e delle strutture già oggetto di requisizione, tra le quali anche n.29 automezzi e le attrezzature sanitarie e di assistenza;

la Regione Lazio si impegnava a sostenere tutti gli oneri connessi all’attività assistenziale e, comunque ogni altro onere imposto al comodatario;

la Regione Lazio “pur rimanendo titolare unica del rapporto e delle relative obbligazioni, si impegna, altresì, a garantire la prosecuzione dell’attività assistenziale per il tramite del Consorzio RI.REI ovvero di altro soggetto appositamente individuato dalla Regione stessa”;

d) senonché tale rapporto straordinario proseguiva, poiché il termine iniziale del 30.9.2006 veniva prorogato prima al 30 novembre (DGR 645 del 3/10/2006), poi al 31 dicembre 2006 (DGR 852 del 18/12/2006) e, infine, al 30 giugno 2007 (DGR 702 del 26/09/2008);

e) in data 8 maggio 2007 il Commissario Liquidatore dell’Associazione Anni Verdi ONLUS aveva comunicato la propria intenzione di non proseguire nel comodato di cui sopra in scadenza il 30 giugno 2007, dichiarandosi, invece, disponibile ad un contratto di locazione degli immobili. Il contratto di affitto tra Anni Verdi in liquidazione e Consorzio RIREI è stato poi sottoscritto, in data 29 settembre 2008 e dava espressamente atto che erano in corso contenziosi tra Anni Verdi e la Regione Lazio relativi alla definizione dell’indennità di requisizione degli immobili per il periodo di interesse 6.7.2006 - 31.12.2006 (data di requisizione degli immobili) e (stipula locazione), fatta eccezione per il periodo di comodato d’uso gratuito 22.12.2006- 30.6.2007, ed al risarcimento del danno per il mancato rilascio dell’immobile conseguente alla dichiarata nullità del contratto di comodato ad uso gratuito ed alla permanenza abusiva nell’immobile fino al contratto di locazione (1.10.2008);

f) il servizio nel frattempo era proseguito, e la straordinarietà del rapporto sempre meno si giustificava. Nel 2008 con DGR n. 702 del 26/09/2008 la Regione Lazio mandava agli uffici di procedere all’individuazione di un iter amministrativo finalizzato alla regolarizzazione della

situazione in essere fissando il termine del 15 dicembre 2008 entro il quale gli uffici competenti dovranno adottare tutti i provvedimenti necessari per assicurare la regolarità delle prestazioni attraverso il rilascio dei titoli idonei al Consorzio RI.REI, sussistendone i presupposti di legge, ovvero, in difetto, attraverso altre soluzioni nel rispetto delle normative vigenti;

Al tempo stesso la Deliberazione n. 702 allargava le maglie sotto il profilo della produzione riconoscibile, eliminandone il riconoscimento nei limiti del precedente fatturato Anni Verdi, e la decurtazione del 10%, ma riconoscendola fino a “nei limiti delle tariffe regionali” e, ovvio, dell’effettivo svolgimento delle prestazioni;

g) molte erano le questioni economiche aperte, sia con Anni Verdi, sia con Ri.Rei. Con DGR 496 del 6/07/2009 si prendeva atto di un’ipotesi di accordo con il quale la Regione:

- avrebbe saldato le prestazioni per il periodo settembre 2006-30.09.2008 con il pagamento del differenziale tra fatturato da RIREI e pagato dalle ASL, ricomprendendo l’importo di 200.000,00, la cui imputazione sarebbe stata poi fissata e con impegno di RIREI a rinunciare al contenzioso pregresso all’esito della transazione che avrebbe dovuto stipularsi entro il 20.7.2009;

- avrebbe riconosciuto a RIREI gli oneri effettivamente sostenuti per il servizio ai pazienti delle strutture in gestione al Consorzio;

- avrebbe avviato il tavolo con le OOSS per la questione del personale in esubero;

- avrebbe prorogato le attività al 30.9.2009 avviando tutte le attività per il rilascio dei titoli di autorizzazione e accreditamento; - avrebbe pagato gli emolumenti del personale, gli emolumenti dovuti agli enti previdenziali fino al 30.09.2008, nonché le somme a titolo di indennità di requisizione secondo la fissazione in sede giudiziale o transattiva, scomputandoli dall’importo dovuto a RIREI;

- dava mandato alle ASL di verificare la pertinenza dei costi rendicontati per le prestazioni rese sino al 30.9.2008 e richiedere la nota di credito per le prestazioni rese successivamente a tale data secondo il pagamento a prestazione, provvedendo solo successivamente alla liquidazione delle prestazioni;

h) La transazione non è stata mai sottoscritta e Regione ha provveduto con Determinazione D2277 del 23/07/2009 ad anticipare al Consorzio RI.REI, in nome e per conto delle ASL RM B, D ed F la somma di Euro 2.458.207,31 a valere sulle spettanze per prestazioni rese fino al 31.07.2009 da corrispondere direttamente agli operatori del Consorzio;

i) Nel 2010 con D.G.R. 65 del 29/01/2010 la Regione si è posta il problema di effettivamente regolarizzare la posizione del Consorzio Ri.Rei nelle strutture ex Anni Verdi, ed in proposito:

- dava atto che si trattava di strutture già in precedenza autorizzate in capo ad Anni Verdi per le quali, o permanevano i requisiti precedenti, e pertanto può essere operato il subentro nella precedente autorizzazione, ovvero le strutture medesime risultano adeguate ai requisiti di cui alla DGR 424/2006 e possono pertanto essere rilasciate autorizzazioni all’esercizio ai sensi della L.R. 4/2003, ovvero ancora sono stati presentati progetti ed avviati interventi di adeguamento ai requisiti della già richiamata DGR 424/2006 ed è pertanto possibile rilasciare autorizzazioni all’esercizio ai sensi della L.R. 4/2003 eventualmente con prescrizioni”;

- si impegnava ad ammettere RIREI o suoi consorziati all’accreditamento, all’esito del rilascio dei titoli di autorizzazione, per effetto del subentro all’Associazione Anni Verdi, superando il precedente orientamento espresso dalla DGR 604/2006 inteso a non comprendere RIREI tra i soggetti accreditati;

- chiariva che le modalità per il rimborso degli oneri di trasporto degli utenti, successivamente al 26.9.2008 è quella in atto vigente per tutti i soggetti erogatori di analoghe prestazioni e quindi quella definita con DGR n. 301/08.02.2000, dando atto come la diversa previsione contenuta nell’intesa del 27.5.2009 – poi recepita con la citata DGR 496/2009 – sia da considerare valida solo per definire la chiusura dei rapporti economici sussistenti antecedentemente al 26.9.2008, ammettendo così, dopo quella data, al pagamento a tariffa;

j) con scrittura autenticata per Notaio Mori di Roma del 28 ottobre 2011, il Consorzio RIREI ha concesso in affitto per il periodo di cinque anni a far data dal 16 novembre 2011 per la Cooperativa

sociale e di lavoro OPERATORI SANITARI ASSOCIATI e a far data dal 1° dicembre 2011 per la Cooperativa sociale NUOVA SAIR onlus, automaticamente rinnovabile per ulteriori cinque anni, i seguenti rami d'azienda:

1) alla cooperativa sociale e di lavoro OPERATORI SANITARI ASSOCIATI il ramo d'azienda "costituito dal complesso di beni e dei rapporti giuridici necessari per la gestione:

a) di parte dell'attività di assistenza domiciliare integrata (nella misura di 126 trattamenti giornalieri su 360 nei territori delle ASL Roma B, Roma D, Roma F, Roma G e Roma E);

b) dell'attività svolta nelle seguenti sedi operative:

i. centro semiresidenziale di Via Q. Majorana n. 145 (limitatamente a n.53 posti semiresidenziali);

ii. centro ambulatoriale di Via Q. Majorana n. 145 (limitatamente a n. 76 trattamenti giornalieri);

iii. centro ambulatoriale di Via L. Taldi n. 37 (n. 165 trattamenti ambulatoriali giornalieri)" comunicato in Regione con nota prot. n. 94/MS/2011 del 15 novembre 2011;

2) alla Cooperativa sociale NUOVA SAIR onlus, con sede in Via del Tecnopolo, il ramo d'azienda "costituito dal complesso di beni e dei rapporti giuridici necessari per la gestione:

a) di parte dell'attività di assistenza domiciliare integrata (nella misura di 90 trattamenti giornalieri su 360 nei territori delle ASL Roma B, Roma D, Roma F, Roma G e Roma E);

b) dell'attività svolta nelle seguenti sedi operative:

i. centro di riabilitazione di via Dionisio n. 90 (160 posti semiresidenziali);

ii. centro ambulatoriale di Via Q. Majorana n. 145 (limitatamente a n. 100 trattamenti giornalieri);" comunicato in Regione con nota prot. n. 42/2011 del 9 maggio 2011;

k) con scrittura autenticata per Notaio Natale Votta di Roma del 3 maggio 2011, il Consorzio RIREI ha concesso in affitto al Consorzio di Cooperative Sociali UNISAN onlus per il periodo di cinque anni a far data dalla sottoscrizione del contratto, automaticamente rinnovabili il ramo d'azienda relativo "alla gestione:

a) dell'attività di assistenza domiciliare integrata relativa ai territori delle ASL Roma A, Roma C e Roma H;

b) dell'attività relativa alla gestione del centro ambulatoriale di Roma Via Majorana;

c) dell'attività sociale svolta nelle seguenti sedi operative:

ii. centro riabilitativo residenziale e semiresidenziale "A. Boggi" di Santa Severa;

iii. centro sperimentale per l'autismo e le malattie neurologiche rare di Roma Via Sbricoli;" comunicato in Regione con nota prot. n. 94/MS/2011 del 15 novembre 2011;

l) Che gli affitti di ramo d'azienda, accolti da Regione come attuazione del DCA 65/2010, hanno previsto lo "spacchettamento" dell'attività sanitaria di Via Majorana individuando per alcune consorziate numero e tipologia di trattamento, per altra neppure la tipologia;

m) Che tali affitti di ramo d'azienda sono stati considerati pienamente validi, in quanto comunicati, secondo la decorrenza precisata in ciascuno dei contratti sottoscritti tra RIREI e ciascuna consorziata;

RITENUTO

a chiarezza e trasparenza della presente decisione, ed anche ai fini della auspicata definizione totale o parziale del contenzioso in essere, di esplicitare che il riconoscimento dei crediti è disposto con il presente atto in favore di ciascun soggetto gestore di ogni singola struttura, in ragione del periodo di gestione delle strutture, come tale comprovato dai contratti di affitto di azienda di cui sopra, o a loro avente causa ex lege, o a loro cessionario mediante cessione riconosciuta come valida dall'Azienda, e vede l'applicazione dei seguenti criteri:

1) prestazioni riconosciute dall'Azienda come effettivamente e correttamente rese, e pertanto già liquidate o liquidabili.

In questa sede si precisa che le attività sanitarie rese dalle Consorziatoe hanno di fatto incrementato il fabbisogno di ciascuna azienda interessata con riferimento alle prestazioni ambulatoriali, ovvero domiciliari, in difformità agli originari titoli di autorizzazione e accreditamento in capo ad Anni Verdi onlus. Tali prestazioni sono ammesse a pagamento purché siano state effettivamente rese sulla base del fabbisogno espresso dalle Aziende di riferimento, fatturate una sola volta nei

confronti dell'Azienda sanitaria competente e siano state rese con riferimento ad una sede specificatamente gestita;

2) applicazione della tariffa regionale a far tempo dal 26/9/2008 in via esclusiva, e onnicomprensiva di ogni e qualsiasi spesa;

3) considerazione che, per il precedente periodo del rapporto con pagamento a rimborso, l'entità della tariffa regionale, attualizzata per gli anni antecedenti, deve essere considerata, comunque, il limite massimo non superabile delle spese riconoscibili;

4) in disparte, il pagamento di eventuali spese aggiuntive per trasporti o soggiorni estivi che dovessero essere risultati erogati su richiesta e con il consenso espresso dell'Azienda, e la cui congruità deve essere attestata con liquidazione aziendale, e demandata a separato atto;

5) ancora in disparte il pagamento di somme conseguenti a titoli giudiziari definitivi, e come tali dovute, ma relative a voci non rientranti nei criteri di cui sopra, e che quindi assorbiranno le somme relative a voci eventualmente dichiarate liquidate e liquidabili ove coincidenti, ma che non formeranno base tenuta a calcolo per la contrattualizzazione 2016 (es. extra tariffa, spese non riconosciute ecc.);

6) ulteriormente in disparte, somme pretese ed oggetto di contestazioni, o comunque relative a titoli giudiziari non definitivi e tuttora oggetto di contestazioni che Regione e/o Aziende ritengano di dover mantenere ferme, in quanto relative a pretese non rientranti nei criteri di cui sopra. Anche in tal caso, le somme rientranti nei criteri di cui sopra potranno invece essere liquidate e pagate, a superamento anche solo parziale, del contenzioso in essere;

RITENUTO

- la natura extra ordinem di un rapporto in cui un soggetto privato no profit, inizialmente chiamato provvisoriamente, nella sostanza, a fornire il personale per assicurare in via d'urgenza un servizio indispensabile sotto la direzione regionale ed aziendale, progressivamente è entrato in un rapporto riconosciuto come concessorio per l'espletamento di un servizio pubblico essenziale, senza però, provvedere alla voltura ed alla nuova intestazione delle autorizzazioni delle strutture precedentemente intestate ad Anni Verdi, e alla richiesta di accreditamento;

- tale anomala situazione non è rientrata nel termine del 15 dicembre 2008 inizialmente previsto dalla DGR n. 702 né successivamente, e quindi Ri.Rei e i consorziati attualmente subentrati non possono, fino ad oggi, essere considerati e trattati quali strutture in regola, anche ai fini del riconoscimento tariffario integrale previsto ai sensi dell'art 8 sexies Dlgs n. 502/92 ss.mm. per i soggetti rientranti nell'ipotesi di cui all'art. 8 ter, quater e quinquies;

- la circostanza del ritardo nella mancata regolarizzazione in parte è stata dovuta alla sottoposizione di Anni Verdi, e quindi degli immobili in cui insistono le strutture, alla procedura giudiziale di liquidazione e quindi nel protrarsi di incertezza degli aventi causa in ordine alla disponibilità di essi mediante regolare contratto di affitto o di compravendita;

CONSIDERATO

quindi equo e doveroso provvedere al pagamento, pur nell'anomalia della situazione; ma altrettanto doverosamente considerare la differenza di situazione intercorrente tra quelle oggi in esame e le strutture che hanno operato ex art. 8 ter, quater e quinquies D. Lgs n. 502/92, e quindi in regola con tutti i requisiti richiesti a presupposto del pagamento ex art. 8 sexies; ed altrettanto doverosamente valutare che il rapporto extra ordinem si è instaurato inizialmente ad opera della stessa Regione Lazio in via essenziale e d'urgenza, e si è sviluppato successivamente quale rapporto concessorio di fatto nella riconosciuta necessità di garantire i progetti riabilitativi assicurando per quanto possibile i setting assistenziali già in corso;

RITENUTO

in considerazione e a contemperamento di tutto quanto sopra, equo operare una decurtazione del 5% sulle tariffe regionali di riferimento, pari alla metà della decurtazione normalmente operantesi in via presuntiva sulle prestazioni rese di fatto, in considerazione del concorso delle strutture in ragione del ritardo alla loro messa in regola, e del SSR nella accettazione di tale rapporto extra ordinem, per motivi di necessità assistenziale;

di disporre contestualmente il riconoscimento degli interessi nella misura legale a far tempo da 60 giorni dalla data fattura, nella parte liquidata;
 di completare, pertanto, il tavolo di lavoro finalizzato alla verifica dei rapporti di debito/credito tra Regione/Asl/Consorzio Ri.Rei. come da nota del Consorzio prot. n. 104/2015 e nota prot. n. 103/2016;

DECRETA

A) riguardo alla sistemazione dei rapporti per il futuro:

- 1) che le strutture elencate in premessa in possesso di atto di autorizzazione all'esercizio, e/o comunque di accertamento positivo dei requisiti di autorizzazione secondo la disciplina nazionale e regionale entro il 31/7/2016, sono ammesse all'accreditamento e alla contrattualizzazione ex art. 8 quater e quinquies D. Lgs. n. 502/92 ss.mm. ii.;
- 2) che l'accreditamento delle strutture dotate di posti residenziali e semiresidenziali verrà rilasciato dalla Regione, previa verifica positiva del possesso degli ulteriori requisiti, compatibilmente con il fabbisogno regionale; nei casi di trattamento domiciliare o ambulatoriale verrà accreditata la funzione, demandando alle Aziende competenti la valutazione del fabbisogno effettivo e la conseguente contrattualizzazione;
- 3) che il titolo di accreditamento da parte della Regione deve essere rilasciato entro 60 giorni dall'acquisizione del relativo parere positivo dell'Azienda Sanitaria competente;
- 4) che in attesa del rilascio dei titoli di cui sopra, è fatto divieto alle Aziende di inviare ed alle Consorziato di assumere nuovi pazienti dalla data di adozione del presente atto, dovendo limitarsi a garantire la continuità assistenziale dei pazienti in carico; le predette strutture potranno riprendere l'ordinario turn over a far data dalla sottoscrizione del contratto ai sensi dell'art. 8 quinquies del citato D. Lgs.502/1992 da sottoscrivere entro 60 giorni dal rilascio dell'accreditamento;
- 5) che le strutture prive dei requisiti, e quindi non ammesse ad autorizzazione ed accreditamento, come sopra disposto, a partire dal 1/8/2016 dovranno dismettere l'attività e quindi non dovranno più acquisire nuovi pazienti a nessun titolo, e le Aziende territorialmente competenti dovranno provvedere, dalla medesima data, alla ricollocazione dei pazienti in carico presso proprie o altre strutture private accreditate, con esaurimento della ricollocazione entro il termine massimo del 31 dicembre 2016;
- 6) Che il contratto verrà stipulato sulla base della rivalutazione del fabbisogno da parte delle Aziende Sanitarie nell'ambito del budget massimo predefinito e delle tariffe vigenti;

B) riguardo alla sistemazione dei rapporti pregressi

- 1) di rinviare la trattazione di Anni Verdi a separato atto, disponendo nel frattempo che sia data esecuzione:
 - alla sentenza Tribunale civile di Roma n. 19426/2013 di condanna della Regione Lazio al pagamento di euro 418.272,00 a titolo di indennità di requisizione per il periodo 6.7.2006 e 31.12.2006, oltre interessi legali dal 8.3.2007 e fino al soddisfo;
 - alla sentenza Tribunale civile di Roma n. 8065/2015 che condanna la Regione Lazio a corrispondere euro 795.530,10 a titolo di indennizzo per l'occupazione sine titolo nel periodo ricompreso il 1.7.2007 e il 1.10.2008, oltre interessi legali e rivalutazione monetaria secondo indici ISTAT, con decorrenza dal 1.12.2008 e fino al soddisfo;
 - 2) che, in attuazione a quanto previsto dalla DGR 469/2009, dalla somma totale dovuta al Consorzio Ri.Rei. per l'attività svolta al 30 settembre 2008, saranno trattenute le somme individuate al precedente punto 1), in ragione dell'utilizzo di tali immobili da parte del Consorzio Ri.REI, ricomprendendosi il costo dell'uso dei locali all'interno del rimborso e dei pagamenti riconosciuti e da riconoscersi al Consorzio;
 - 3) di dare mandato alle Aziende sanitarie interessate di provvedere alla ricognizione completa ed alla quantificazione di tutti i debiti pregressi, alla liquidazione degli stessi secondo i criteri enucleati in premessa
- (RITENUTO)** criteri da n. 1 a 6) ed applicando la decurtazione sulla tariffa intera come sopra indicato nella misura del 5%, per prestazioni effettivamente rese, sulla base delle esigenze delle

Aziende di riferimento, fatturate una sola volta nei confronti dell'Azienda sanitaria competente e rese con riferimento ad una sede specificatamente gestita;

4) che la Regione Lazio provvede al pagamento entro il successivo termine del 30 settembre 2016 in favore di ciascun soggetto gestore della stessa in ragione del periodo di gestione delle strutture come risultante dal contratto di affitto di azienda di cui sopra, o a loro avente causa ex lege, o a loro cessionario mediante cessione riconosciuta come valida dall'Azienda;

5) che la Regione provvederà al contestuale riconoscimento degli interessi nella misura legale a far tempo da 60 giorni dalla data fattura, nella parte liquidata;

6) di allegare al presente Decreto l'Elenco Allegato A) relativo al contenzioso pendente come fino ad ora ricognito;

7) di invitare, in via di interlocuzione, tutti i soggetti interessati a segnalare con tempestività all'Ufficio Analisi del contenzioso eventuali ulteriori contenziosi pendenti rispetto all'Elenco Allegato A al presente Decreto, ai fini di facilitare la più completa ricognizione delle pretese di debito;

8) il presente atto viene notificato a tutti i soggetti interessati (Anni verdi in liquidazione, Consorzio RI.REI, Unisan, Nuova Sair, Operatori Associati Sanitari – OSA), e comunicato loro aventi causa sul credito a qualsiasi titolo.

TOSCANA

DGR 17.5.16, n. 50 - Osservatorio regionale sulla sicurezza stradale. Nomina dei rappresentanti delle organizzazioni di volontariato designati dalla Conferenza permanente delle autonomie sociali (COPAS). (BUR n. 22 del 1.6.16)

Note

L'articolo 5 della l.r. 19/2011, dispone che l'Osservatorio ha durata coincidente con la legislatura regionale, è nominato dal Consiglio regionale ed è composto da:

A) l'assessore regionale alle infrastrutture e mobilità, o suo sostituto;

B) l'assessore regionale alla salute, o suo sostituto;

C) l'assessore regionale alle politiche educative e formative, o suo sostituto;

D) tre consiglieri regionali, di cui uno in rappresentanza delle minoranze;

E) un rappresentante dei comuni ed un rappresentante delle province della Toscana indicati dal Consiglio delle autonomie locali;

F) un rappresentante dei comuni montani indicato dall'Unione nazionale comuni, comunità, enti montani (UNCHEM);

G) tre rappresentanti delle organizzazioni di volontariato iscritte al registro regionale di cui alla legge regionale 26 aprile 1993, n. 28 (Norme relative ai rapporti delle organizzazioni di volontariato con la Regione, gli Enti locali e gli altri Enti pubblici. Istituzione del registro regionale delle organizzazioni di volontariato), operanti nel settore della sicurezza stradale, uno per ogni area vasta della Toscana, designati dalla Conferenza permanente delle autonomie sociali (COPAS);

H) tre esperti in materie attinenti la sicurezza stradale designati dal Consiglio regionale;

I) tre docenti, uno in rappresentanza di ciascun ateneo, indicati dalle università degli studi della Toscana, esperti in materie attinenti alle attività dell'Osservatorio;

J) quattro rappresentanti del Centro di riferimento regionale sulle criticità relazionali (CRCR-Regione Toscana), esperti in materie attinenti aspetti psicologici e sociali collegati a sicurezza stradale, fattori di rischio e infortunistica, indicati dall'Assessore regionale al diritto alla salute;

K) due rappresentanti del MIUR - Uffici scolastico regionale per la Toscana;

L) un rappresentante della direzione regionale toscana dell'ACI;

Viene integrata la composizione dell'Osservatorio regionale sulla sicurezza stradale e di nominare, ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera g), della legge regionale 11 maggio 2011, n. 19 (Disposizioni per la promozione della sicurezza stradale in Toscana), quali rappresentanti delle organizzazioni di volontariato designati dalla Conferenza permanente delle autonomie sociali (COPAS), la signora Gallo Maria Carmine ed i signori Guarnieri Stefano ed Abruzzese Nicola.

MOZIONE 17 maggio 2016, n. 275 - In merito alla promozione di iniziative volte a sostenere percorsi di cittadinanza attiva sui beni confiscati alle mafie. (BUR n. 22 del 1.6.16)

IL CONSIGLIO REGIONALE

Premesso che:

- nel mese di maggio 2006 è nata “Cooperare con Libera Terra”, un’agenzia nazionale per lo sviluppo cooperativo e la legalità, costituita da diverse realtà del mondo della cooperazione, del biologico e dell’agricoltura di qualità, per sostenere l’attività ed i progetti di Libera Terra;
- nel mese di ottobre 2008 è nato “Libera Terra Mediterraneo”, un nuovo soggetto imprenditoriale partecipato dalle cooperative nate grazie all’impegno dell’associazione “Libera”, che ha come obiettivo un ampio processo di integrazione e di promozione di nuove cooperative su quei terreni confiscati, ma non ancora restituiti alla collettività;
- nel mese di giugno 2010 è nata la prima cooperativa di “Libera Terra” su terreni delle Province di Catania e Siracusa, intitolata al Commissario della Polizia di stato Beppe Montana, barbaramente ucciso dalla mafia a Porticello il 28 luglio 1985;
- la Cooperativa sociale “Beppe Montana” gestisce circa novanta ettari di terreni agricoli, coltivati prevalentemente ad agrumeti, provenienti da confische nei Comuni di Lentini (appartenuti al clan Nardo), di Belpasso e Ramacca (appartenuti al clan Riela). Il metodo di coltivazione scelto è quello di tipo biologico e le produzioni sono completamente artigianali;
- il Comune di Scandicci, dal 2011, promuove il progetto “Vitamine per la Scuola”, nell’ambito del programma “Libera la tua terra - percorsi di cittadinanza attiva e di educazione alla legalità”, in collaborazione con la Cooperativa sociale “Beppe Montana”.

Preso atto che:

- la legge 7 marzo 1996, n.109 (Disposizioni in materia di gestione e destinazione dei beni sequestrati o confiscati), prevede l’assegnazione dei patrimoni e delle ricchezze di provenienza illecita a quei soggetti (associazioni, cooperative, Comuni, Province e Regioni) in grado di restituirli alla cittadinanza, tramite servizi, attività di promozione sociale e lavoro;
- l’Agenzia nazionale per l’amministrazione e la destinazione dei beni sequestrati e confiscati alla criminalità organizzata, nel dato aggiornato al 30 settembre 2015, quantifica i beni confiscati in 17.577 immobili e 866 aziende;
- dal 2012 ad oggi, il Comune di Scandicci, nell’ambito del progetto “Vitamine per la Scuola”, ha venduto circa trentacinquemila chilogrammi di arance della Cooperativa Libera terra “Beppe Montana” e parte dei ricavi è andata come aggio a favore delle scuole cittadine, ovvero agli Istituti Russell Newton e Sassetti Peruzzi ed ai comitati dei genitori dei tre comprensivi, per finanziare le attività progettuali all’interno dei diversi istituti.

Considerato che:

- - il progetto “Vitamine per la Scuola” esalta quei percorsi di cittadinanza attiva che sono la base culturale, morale e sociale necessaria per promuovere il contrasto all’illegalità ed alle mafie;
- detta iniziativa, promossa dal Comune di Scandicci, risulta apprezzabile e facilmente estendibile agli altri Comuni toscani, da sempre sensibili al tema del contrasto alle mafie ed alla promozione di detti percorsi di cittadinanza attiva.

Ritenuto che:

- la Regione Toscana si è da sempre fatta promotrice di percorsi di legalità, come dimostra, ad esempio, la creazione dell’Osservatorio sui beni confiscati alla criminalità organizzata in Toscana realizzato dal centro di documentazione “Cultura della Legalità Democratica” (CCLD) della Regione Toscana;
- dette attività di recupero dei terreni confiscati, restituiti alla collettività, rappresentano un percorso di fondamentale importanza nel contrasto alle mafie e di riscatto per le popolazioni, soprattutto in quelle regioni dove il fenomeno della criminalità organizzata risulta maggiormente radicato;
- è necessario implementare, con ogni risorsa e mezzo, il contrasto alle mafie, che necessita, da una

parte, del prezioso lavoro della magistratura e delle forze dell'ordine e, dall'altra, della capacità di sostenere quei percorsi di cittadinanza attiva che, come detto, sono la base culturale, morale e sociale per il contrasto all'illegalità ed alla criminalità organizzata.

IMPEGNA

LA GIUNTA REGIONALE

a promuovere, vista la virtuosa iniziativa promossa dal Comune di Scandicci denominata "Vitamine per la Scuola", progetti volti a sostenere quei percorsi di cittadinanza attiva sui beni confiscati alle mafie, in collaborazione con la Cooperativa sociale "Beppe Montana" ed altre cooperative che svolgono la medesima attività, mediante l'attivazione di un tavolo regionale che veda la partecipazione di soggetti istituzionali ed associazioni, al fine di dare sempre maggior estensione a dette iniziative.

MOZIONE 18 maggio 2016, n. 316 - In merito alla valorizzazione della funzione sociale ed educativa svolta dagli oratori operanti in ambito regionale. (BUR n. 22 del 1.6.16)

IL CONSIGLIO REGIONALE

Premesso che con il termine oratorio, dal latino tardo ecclesiastico "oratorium" derivazione di orare (pregare), si intende un ambiente o un complesso di ambienti, in genere annessi ad una chiesa parrocchiale, attrezzati in modo da offrire a bambini e ragazzi la possibilità di praticare attività ricreative e sportive, sotto la guida di religiosi e laici;

Vista la Convenzione internazionale per i diritti del Fanciullo del 1989;

Vista la legge 28 agosto 1997, n. 285 (Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza);

Vista la legge 8 gennaio 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali);

Visti gli articoli 3 e 4 dello Statuto;

Richiamato il Piano sanitario e sociale integrato regionale 2012 - 2015 approvato con deliberazione del Consiglio regionale 5 novembre 2014, n. 91, in relazione alla normativa nazionale sopra richiamata recita:

"L'affermazione del concetto dei bambini come soggetti di diritto in forma non residuale rispetto agli adulti ed ai genitori, disceso dalla Convenzione, ha aperto una stagione nella quale le spinte culturali più innovative si sono coniugate con norme specifici che: dalla legge 285 del 1997 fino alla legge 149 del 2001, passando per la 328 del 2000, norme cioè che non solo hanno sottolineato la necessità di considerare i bambini come cittadini, ma che hanno orientato il sistema dei servizi verso obiettivi di carattere sociale";

Rilevato che:

- in base all'articolo 1, comma 1, della legge 1° agosto 2003, n. 206 (Disposizioni per il riconoscimento della funzione sociale svolta dagli oratori e dagli enti che svolgono attività similari e per la valorizzazione del loro ruolo), lo Stato, in conformità ai principi generali di cui al capo I della l. 285/1997, "riconosce e incentiva la funzione educativa e sociale svolta nella comunità locale, mediante le attività di oratorio o attività similari, dalle parrocchie e dagli enti ecclesiastici della Chiesa cattolica, nonché dagli enti delle altre confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato un'intesa ai sensi dell'articolo 8, comma terzo, della Costituzione, ferme restando le competenze delle regioni e degli enti locali in materia";

- le attività di oratorio, ai sensi dell'articolo 1, comma 2, della citata l. 263/2003, sono svolte con la finalità di "favorire lo sviluppo, la realizzazione individuale e la socializzazione dei minori, degli adolescenti e dei giovani di qualsiasi nazionalità residenti nel territorio nazionale. Esse sono volte, in particolare, a promuovere la realizzazione di programmi, azioni e interventi, finalizzati alla diffusione dello sport e della solidarietà, alla promozione sociale e di iniziative culturali nel tempo libero e al contrasto dell'emarginazione sociale e della discriminazione razziale, del disagio e della devianza in ambito minorile, favorendo prioritariamente le attività svolte dai soggetti di cui al comma 1 presenti nelle realtà più disagiate";

- quanti operano in ambito oratoriale hanno provveduto, da alcuni anni, a dotarsi di una serie di indicatori e criteri di individuazione e qualificazione degli oratori:

- 1) continuità dell'apertura, in riferimento allo svolgimento delle attività su base giornaliera (orario di apertura minimo) e annuale (calendario delle attività);
 - 2) elaborazione di un progetto educativo dell'oratorio/progettualità degli interventi svolti all'interno dell'oratorio,
 - 3) accesso garantito a minori e famiglie del territorio;
 - 4) presenza di operatori e animatori capaci, motivati, supervisionati e coordinati da un responsabile di oratorio, individuato dalla parrocchia, incaricato del buon funzionamento dell'oratorio stesso;
 - 5) valorizzazione delle responsabilità educative familiari;
 - 6) attivazione di percorsi di formazione e aggiornamento degli operatori e animatori impegnati nelle attività di oratorio, anche a livello diocesano e interparrocchiale (vicariato);
 - 7) apertura alla comunità locale;
- in Toscana (dati del 2013) gli oratori sono circa novanta, concentrati prevalentemente nelle Diocesi di Arezzo, Siena e Fiesole.

Considerato che:

- in base all'articolo 1, comma 3, della l. 206/2003 "le regioni possono riconoscere, nell'ambito delle proprie competenze, il ruolo delle attività di oratorio e similari svolte dagli enti di cui al comma 1";
- ai sensi dell'articolo 3 della l. 206/2003 "lo Stato, le regioni, gli enti locali, nonché le comunità montane possono concedere in comodato, ai soggetti di cui al l'articolo 1, comma 1, beni mobili e immobili, senza oneri a carico della finanza pubblica";
- il PSSIR 2012 - 2015 fra le macro direttrici, alla base degli obiettivi e delle azioni regionali, prevede di "puntare sulla diversificazione dei servizi e sullo sviluppo della solidarietà di prossimità e sulla sussidiarietà"; fattori questi ultimi che oggettivamente connotano e sottendono l'attività svolta negli oratori;
- il Documento di economia e finanza regionale 2016, approvato con deliberazione del 21 dicembre 2015, n. 89, ed avente anche valenza di documento preliminare al PRS 2016 - 2020, prevede la "tutela dei diritti di bambini ed adolescenti a crescere in un contesto familiare e sociale accogliente ed adeguato ai propri bisogni";
- in nome del principio di sussidiarietà e di solidarietà anche gli oratori possono essere chiamati, per vocazione e presenza sul territorio, ad esercitare determinate funzioni di supplenza sociale, di assistenza al disagio e di supporto all'inserimento culturale e scolastico.

IMPEGNA

LA GIUNTA REGIONALE

a prevedere opportune iniziative di sostegno alle attività degli oratori, valutandone l'introduzione già all'interno dei prossimi strumenti della programmazione regionale di cui alla legge regionale 7 gennaio 2015, n. 1 (Disposizioni in materia di programmazione economica e finanziaria regionale e relative procedure contabili. Modifiche alla l.r. 20/2008), ed in particolare nel contesto delle azioni svolte a tutela dei diritti dei bambini e degli adolescenti, al fine di valorizzare la funzione sociale, educativa ed aggregativa svolta da tali soggetti in ambito regionale.

UMBRIA

DGR 26.4.16, n. 448 - Attuazione sperimentale della validazione delle competenze rivolta ai volontari del Servizio civile svolto presso Enti accreditati di Servizio civile nazionale nell'ambito del PON IOG "Garanzia Giovani" - Piano di attuazione regionale. (BUR n. 26 del 1.6.16)

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Visti:

— il decreto legislativo 16 gennaio 2013, n. 13 recante "Definizione delle norme generali e dei livelli essenziali delle prestazioni per l'individuazione e validazione degli apprendimenti non

formali e informali e degli standard minimi di servizio del sistema nazionale di certificazione delle competenze, a norma dell'art. 4, commi 58 e 68, della legge 28 giugno 2012, n. 92”;

— il decreto del Ministero del Lavoro 30 giugno 2015 “Definizione di un quadro operativo per il riconoscimento a livello nazionale delle qualificazioni regionali e delle relative competenze, nell’ambito del repertorio nazionale dei titoli di istruzione e formazione e delle qualificazioni professionali di cui all’articolo 8 del decreto legislativo 16 gennaio 2013, n. 13”;

— la condizionalità ex ante “10.3 Apprendimento permanente” di cui all’allegato XI del Regolamento (UE) n. 1303/2013 che prevede, tra i criteri di adempimento, “l’esistenza di un quadro politico strategico nazionale e/o regionale per l’apprendimento permanente nei limiti previsti dall’art. 165 TFUE”, nonché l’impegno dell’Italia, in sede di Accordo di Partenariato 2014-2020, a realizzare un programma di lavoro finalizzato a garantire l’esistenza, su tutto il territorio nazionale, di un quadro operativo di riconoscimento delle qualificazioni regionali e delle relative competenze;

— la legge regionale n. 7 del 15 aprile 2009 “Sistema formativo integrato regionale”, all’art. 2;

— la D.G.R. 18 gennaio 2010, n. 51 - “Direttiva sul sistema regionale degli standard professionali, formativi, di certificazione e di attestazione” ed i successivi atti di approvazione, per aggiornamento, del repertorio regionale degli standard professionali;

— la D.G.R. 3 settembre 2007, n. 1429 - “Direttiva Crediti”;

— la D.G.R. 25 febbraio 2008, n. 181 - “Prime misure di attuazione della Direttiva regionale di riconoscimento dei crediti formativi nella formazione professionale”;

— la D.G.R. 14 luglio 2008, n. 894 - “Modificazione della D.G.R. 22 dicembre 2003, n. 2000 e successive integrazioni e modificazioni. Note d’indirizzo in merito alla programmazione, gestione, vigilanza, rendicontazione di interventi di formazione e politiche attive del lavoro rivolta al recepimento delle D.G.R. 3 settembre 2007, n. 1429 e D.G.R. 25 febbraio 2008, n. 181 relative al riconoscimento dei crediti formativi nella formazione professionale”;

— la D.G.R. 22 settembre 2008, n. 1218 “Approvazione dei criteri e priorità dell’avviso pubblico relativo al procedimento di certificazione dell’unità di competenza “Esercitare attività di assistenza al riconoscimento dei crediti formativi”;

— le D.G.R. n. 1099/15, n. 1094/16, n. 196/16 relativi al PON IOG “Garanzia Giovani”;

— la legge n. 64 del 6 marzo 2001 “Istituzione del Servizio Civile Nazionale”;

— il D.lgs. n. 77 del 5 aprile 2002 recante “Disciplina del Servizio civile nazionale a norma dell’art. 2 della legge 6 marzo 2001, n. 64”;

— la D.G.R. 155 del 2 febbraio 2006 recante “Documento Programmazione del Servizio civile nazionale D.Lgs. n. 77/02”.

Considerato:

— l’importanza di offrire ai giovani che hanno usufruito, nell’ambito del PON “Garanzia Giovani”, della misura “Servizio civile”, una strutturata opportunità di messa in valore delle competenze da essi maturate nel corso della propria esperienza, ai fini della loro maggiore spendita sul mercato del lavoro, nonché nell’ambito dei sistemi di apprendimento formale;

— le Linee guida per la individuazione e messa in trasparenza delle competenze in Servizio civile nel programma Garanzia Giovani sviluppate da ISFOL, su incarico del Ministero del Lavoro;

— le attività preparatorie rivolte alla individuazione, di concerto con gli Enti accreditati di Servizio civile nazionale di cui all’albo regionale Umbria, del profilo di certificabilità dei progetti, assunto come riferimento per la successiva validazione;

— le risorse finanziarie disponibili nell’ambito di quanto assegnato alla Regione Umbria dal PON “Garanzia per i Giovani”;

— nelle more della completa attuazione a livello nazionale di quanto disposto dal decreto del Ministero del Lavoro, di concerto con il MIUR, del 30 giugno 2015 “Definizione di un quadro operativo per il riconoscimento a livello nazionale delle qualificazioni regionali e delle relative competenze, nell’ambito del Repertorio nazionale dei titoli di istruzione e formazione e delle qualificazioni professionali di cui all’articolo 8 del decreto legislativo 16 gennaio 2013, n. 13”, con particolare riferimento all’art. 1, comma 3, lettera a) ed all’art. 11, commi 1 e 2;

— nell’ambito del più complessivo processo di adozione da parte della Regione Umbria del quadro regolamentare unitario concernente l’organizzazione, la gestione, il monitoraggio, la valutazione e il controllo dei servizi di individuazione e validazione e di certificazione delle competenze in coerenza con le disposizioni di cui al D.lgs 16 gennaio 2013, n. 13, e con i riferimenti operativi di cui al decreto 30 giugno 2015.

Viene data attuazione sperimentale della validazione delle competenze rivolta ai volontari del Servizio civile svolto presso Enti accreditati di Servizio civile nazionale nell’ambito del PON IOG “Garanzia Giovani

PSICOLOGI

MARCHE

• **MOZIONE N. 106** ad iniziativa dei Consiglieri Mastrovincenzo, Busilacchi, Volpini, concernente: “Istituzione della figura dello Psicologo delle cure primarie - Benessere e risparmio”. Discussione generale. (BUR n. 61 del 26.5.16)

“L’ASSEMBLEA LEGISLATIVA DELLE MARCHE

CONSIDERATO che

- l’Organizzazione mondiale della sanità ha definito la salute uno “stato di benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia” ne deriva che la prevenzione, la Medicina del territorio, l’alta specializzazione, soprattutto il trattamento del disagio psicologico sociale e l’umanità delle cure vanno individuati come gli ambiti prioritari in cui collocare le risorse per rilanciare una sanità qualitativamente di buon livello;
- ne consegue l’importanza dell’investimento sulla professionalità dello psicologo come condizione fondamentale per compiere una scelta nella direzione di cui sopra;
- la Psicologia della salute (clinica e sociale) mira a individuare e valutare i fattori psicologici che motivano certi comportamenti o atteggiamenti disfunzionali per la salute e la cura della persona e, conseguentemente, ad attivare adeguate strategie di cambiamento. Tende cioè a sviluppare consapevolezza, risorse ed abilità per aiutare gli individui e le comunità a riorganizzare funzionalmente atteggiamenti, comportamenti e stili di vita;
- in questo contesto risultano rilevanti il ruolo e le funzioni dello Psicologo delle cure primarie (definito anche psicologo di base): figura professionale caratterizzata dal legame con il territorio e dalla stretta collaborazione con la Medicina di base. Lo Psicologo delle cure primarie, utilizzando le competenze proprie della professione, intercetta una domanda diffusa, solo a volte esplicita, collegata a condizioni di disagio non sempre connotate patologicamente, oppure sintomatologie organiche che tradiscono un’origine psichica;
- questo modello di risposta socio-sanitaria è già presente e diffusa: le esperienze più note sono quelle realizzate in Olanda da psicologi che operano nelle cure primarie e quella della Gran Bretagna dagli psicoterapeuti del progetto IAPT (Improving Access to Psychological Therapies);
- in Italia il progetto iniziale relativo allo Psicologo di base è stato proposto dalla Scuola di specializzazione in psicologia della salute dell’Università di Roma “La Sapienza”, nello specifico dal Professore Luigi Solano che, da oltre tredici anni impegnato a formare Medici di base e Psicologi in stretta collaborazione tra loro, ha dichiarato:
“L’obiettivo del progetto è quello di evitare inutili analisi diagnostiche e trattamenti farmacologici inappropriati, inquadrare i casi secondo un’ottica psicosociale e discutere con il medico”;

VERIFICATO che

- in Italia i Medici di base sono oltre 47.000, ciascuno con una media di 1.143 pazienti (dato anno 2011), che curano i sintomi più diversi;
- sino al 70% dei pazienti che richiedono un appuntamento dal medico presentano problemi psicosociali legati a tale richiesta (Gatchel and Oordt – APA, 2008) e il 35 % delle visite nasce non da patologie, ma da problemi di natura psicologica;

- l'area della salute mentale rappresenta un'emergenza visto che quattro delle dieci maggiori cause di disabilità nel mondo interessano tale contesto, anche in una logica di complessità sociosanitaria, come i disturbi dell'umore, la schizofrenia, il deficit intellettivo, il consumo di droghe;
- la patologia psichica è la principale causa di povertà e il principale problema di salute in età lavorativa nei Paesi ricchi con conseguenze economiche rilevanti: in Gran Bretagna, ad esempio, le malattie mentali contano per il 40% di tutte le invalidità e per il 40% di tutti i casi di assenza dal lavoro;
- la Banca Mondiale stima che i costi economici dei disturbi mentali siano pesantissimi: la riduzione nella produzione economica dovuta a patologia psichica, a livello globale, vale migliaia di miliardi di dollari: per la sola depressione è stato stimato un costo di almeno 800 miliardi di dollari nel 2010, somma che in base al trend statistico potrebbe più che raddoppiare nel 2030;
- difatti il periodo di profonda crisi economica e valoriale che stiamo attraversando favorisce nella società il prevalere di forme di ingiustizie sociali, ineguaglianze e violenza con conseguente "emarginazione sociale" e quindi sofferenze personali, solitudine e la formazione di patologie e dipendenze (vecchie e nuove);
- i disturbi alimentari, per esempio, se non prevenuti, individuati e corretti all'origine del sintomo, comportano vere e proprie malattie come bulimia e anoressia che sono oggi affrontabili solo dopo terapie in centri di alta specializzazione;
- tra le nuove forme di dipendenza deve necessariamente essere evidenziata quella relativa al GAP, ovvero il gioco d'azzardo patologico ("gratta e vinci", slot-machine, sale da gioco), che sta interessando particolarmente casalinghe, pensionati e adolescenti assumendo la forma di una vera e propria patologia del disturbo del comportamento dalle conseguenze sociali, economiche e sanitarie devastanti;

PRESO ATTO che

- emerge da più parti l'esigenza di rispondere ai bisogni più profondi del paziente, inteso come soggetto psichico oltre che fisico, nell'obiettivo di offrire una risposta efficiente e di qualità al diritto di salute, oltre che all'utilizzo corretto delle risorse economiche dedicate:
- in ogni settore sanitario e socio-sanitario la prevenzione e la diagnosi precoce e più generalmente l'individuazione del problema/causa scatenante", il sostegno e il "contenimento" sono fondamentali, così come strategico, per le problematiche di complessità socio-sanitarie, è l'investimento e lo sviluppo dei servizi territoriali al fine di intercettare la domanda prima che assuma la "fase acuta";
- il disagio psicosociale (non solo dunque la psicopatologia) è sottovalutato o non considerato come fattore determinante nella genesi o esacerbazione di condizioni mediche anche gravi, ciò che spesso si traduce in un ricorso massiccio a farmaci, visite specialistiche, esami oggettivi (tac. radiografie, ecc.) e analisi di vario genere, tutte a carico del Servizio sanitario nazionale o del paziente stesso e tutte inefficaci a risolvere quello che è un problema di natura psicologica o sociale che va affrontato con gli strumenti moderni della psicologia;
- spesso non si ricorre allo psicologo per disagi che, nella fase iniziale, potrebbero nascondere problemi mentali e comportamentali e per i quali lo psicologo potrebbe rappresentare una figura competente e strategica, soprattutto per coloro che soffrono di patologie psicologiche che non trovano immediate risposte nell'attuale organizzazione del servizio sanitario;
- secondo l'Organizzazione mondiale della sanità tra i principali ostacoli all'accesso a cure adeguate ci sarebbe la carenza di personale formato per cure di tipo non farmacologico;
- allo stesso tempo sono ormai consolidate dagli studi di "evidencebased" una serie di strategie nell'offerta di servizi e trattamenti psicologici dimostratesi efficaci nel promuovere, proteggere e ripristinare la salute mentale. Correttamente attuati questi interventi rappresentano "i migliori investimenti possibili" per ogni società, con ritorni significativi in termini di salute, qualità della vita ed economici;

RILEVATO che

- nell'ottica di favorire un salto culturale la figura dello psicologo necessita di essere rivalutata e inserita in una progettualità di prevenzione e intervento nella tutela della salute legata al disagio;
- campi che necessitano di supporto psicologico sono molteplici a partire dai casi di grave emergenza per la collettività (come casi di terremoti, attentati terroristici e catastrofi naturali, eccetera), alle dinamiche familiari (relazioni familiari/conflittualità, casi di violenze domestiche, eccetera), al sostegno dei minori (disturbi cognitivi, disturbi socio-comportamentali, violenze sessuali e psicologiche) e nella tutela degli stessi in caso di separazione o di divorzio dei genitori, alla domanda di salute psicofisica dell'individuo (gravi lutti, suicidi di parenti stretti, violenze sessuali e psicologiche, stress, fobie, depressioni, dipendenze), alla individuazione e supporto nei casi di violenza di genere e stalking, alla complessità sociale delle patologie cronico-degenerative e al contrasto dell'ipocondria;
- in particolare per quanto riguarda il fenomeno dell'ipocondria e delle "domande improprie di assistenza sanitaria" rivolte ai MMG, agli specialisti, ai Laboratori analisi, ai centri diagnostici e alle farmacie da specifiche tipologie di soggetti (caratterizzati dalla condizione di solitudine, marginalizzazione, precarietà, povertà) che lamentano un problema medico, in realtà nascondono la necessità di sostegno, drenano risorse temporali ed economiche al sistema sanitario complessivo e strutturano una condizione di stigmatizzazione;
- i compiti dello Psicologo delle cure primarie nella collaborazione con i MMG, in base anche alle esperienze già in atto, potrebbero articolarsi nelle seguenti attività: identificazione precoce e intervento tempestivo sulle situazioni e sulle problematiche psicosociali che, se non elaborate adeguatamente, sono a elevato rischio per lo sviluppo di quadri psicopatologici (prevenzione primaria); attuazione di un intervento di primo livello nei casi di situazioni psicopatologiche già in atto, con particolare attenzione ai pazienti che hanno sviluppato un'espressione somatica del disagio psicosociale o che celano altri bisogni emotivo relazionali dietro il sintomo o dietro la richiesta di farmaci, analisi strumentali, continue visite dal MMG e visite specialistiche (prevenzione secondaria): gestione dei problemi legati all'adattamento (lutti, perdita del lavoro, separazioni, malattia cronica, patologia psichiatrica stabilizzata), a fasi del ciclo di vita (adolescenza, terza età) e a disagi emotivi transitori (rapporti conflittuali all'interno del nucleo familiare o nell'ambiente di lavoro, disturbo da stress post-traumatico): invio ai servizi specialistici (per esempio, Struttura complessa di psicologia, Consultori familiari, Dipartimento di salute mentale e dipendenze) nel caso in cui emerga un quadro di disagio psicologico fortemente strutturato; implementazione delle life skills (competenze per la vita), le capacità di coping (fronteggiare) e la resilienza dei pazienti del MMG, anche attraverso il rafforzamento degli aspetti sani e le potenzialità delle risorse personali e psicosociali della persona; apporto a progetti di prevenzione della malattia e di promozione ed educazione alla salute (stili di vita sani, aderenza alla terapia); supporto al MMG in caso di presenza di conflittualità e rapporti difficili con l'utenza afferente al suo studio o con gli altri membri dell'équipe ambulatoriale; mantenimento del contatto con i servizi specialistici (SC di Psicologia, DSM Dip) e con i servizi sociali territoriali;

VERIFICATO che

- dalla ricerca condotta negli ultimi 40 anni (internazionale e nazionale) sugli effetti della cooperazione tra Medici e Psicologi nell'ambito delle cure primarie è emerso che tale collaborazione comporterebbe per il Servizio sanitario nazionale una significativa riduzione della spesa sanitaria favorendo forti vantaggi economici e per la salute;
- in Italia lo studio condotto dal Professore Luigi Solano e colleghi (Solano et al., 2009) ha permesso di rilevare una riduzione della spesa sanitaria per i farmaci pari al 31%; Shelleberger e colleghi (1996) hanno rilevato una riduzione delle spese sanitarie del 30% nei pazienti con malattie cardiovascolari sottoposti a trattamento psicologico, a fronte di un aumento del 20% nei pazienti non sottoposti a tali cure; aumenta significativamente il benessere psicofisico (educazione alla salute e gestione dello stress) dei pazienti con malattie cardiovascolari (es.: riduzione del 34% della mortalità cardiaca e del 29% del numero degli infarti, Dusseldorp et al., 1999); in tutte le esperienze si è rilevato che riduce il carico di lavoro del Medico di base (del 48%) e i tempi di attesa dei

pazienti, il ricorso a esami, visite specialistiche e uso di farmaci nonché la frequenza e i tempi delle ospedalizzazioni;

- più in generale, da un'analisi della letteratura sulle ricadute economiche degli interventi psicologici nell'ambito delle cure primarie, è emersa una riduzione delle spese sanitarie tra il 33 ed il 47% (Lazzari, 2011);

CONSIDERATO che

- le diverse esperienze hanno evidenziato modelli differenti (utilizzo di Psicologi con rapporto di lavoro dipendente con le strutture del Servizio sanitario nazionale, Psicologi privati in rapporto con gli Ambiti Territoriali Sociali, ecc.), nonché le difficoltà di organico del Servizio sanitario nazionale e del Servizio sanitario regionale rendono evidente che il ruolo di Psicologo delle cure primarie deve essere ricoperto esclusivamente da psicologi di comprovata professionalità, preparazione e competenza, iscritti all'ordine degli psicologi (indipendentemente dall'anzianità) e in assenza di rapporti di lavoro dipendente con le strutture del Servizio sanitario nazionale;

- l'impostazione di cui sopra esprime prioritariamente la necessità di indicare modalità operative efficaci e fattibili per rispondere alle esigenze emergenti di salute;

IMPEGNA IL PRESIDENTE DELLA REGIONE

1) a promuovere nella Regione Marche la sperimentazione dell'istituzione della figura dello Psicologo delle cure primarie in collaborazione con i MMG per almeno due anni per rispondere alla finalità di favorire il benessere, la qualità della vita l'appropriatezza e il risparmio delle risorse;

2) a favorire l'utilizzo, da parte del Medico di base, della consulenza dello "Psicologo delle cure primarie" in tutte quelle situazioni in cui la relazione medico-paziente appare determinata, complicata o collegata a questioni di ordine psicologico, quale figura incaricata di effettuare la diagnosi e di provvedere all'assistenza psicologica, posta a carico del Servizio sanitario nazionale.

Analogamente, per i minori e nei casi specifici,

Favorire l'invio dei piccoli pazienti, da parte del pediatra di base, al neuropsicologo dell'età evolutiva e allo "Psicologo delle cure primarie".

Il Medico di base resta, comunque, il solo responsabile dell'eventuale prescrizione di farmaci richiesti, ma coadiuva lo Psicologo delle cure primarie nel percorso di diagnosi e di cura della persona;

3) ad istituire l'elenco degli Psicologi delle cure primarie dove, oltre all'indicazione del tipo di formazione psicologica dei professionisti iscritti, in una sezione speciale degli elenchi saranno indicati i professionisti in possesso di un'adeguata e specifica formazione professionale nel settore della neuropsicologia dell'età evolutiva riguardante minori che hanno subito maltrattamenti o abusi sessuali;

4) ad assicurare l'accessibilità degli elenchi alle strutture del Servizio sanitario nazionale e agli utenti;

5) ad adottare la progettualità di cui sopra come "Progetto Pilota" coinvolgendo le cinque Aree Vaste per garantire un approccio e una visione regionale;

6) ad individuare per ogni Area Vasta una struttura sanitaria pubblica in cui attuare la sperimentazione e realizzare il progetto di collaborazione tra MMG e Psicologi delle cure primarie. Prediligendo in base alla potenziale domanda sia la complessità e criticità delle città più grandi, che la realtà degli ospedali di comunità quali luoghi strategici della riforma sanitaria e della risposta territoriale;

7) a prevedere le risorse necessarie da destinare all'attivazione del rapporto di lavoro con cinque Psicologi delle cure primarie non dipendenti del

Servizio sanitario regionale secondo le normative vigenti;

8) a chiedere all'Ordine degli psicologi della regione Marche la predisposizione dei requisiti professionali per poter accedere alla figura dello Psicologo delle cure primarie istituendo un tavolo tecnico di confronto tra l'Ordine degli psicologi e la Regione Marche per definire, nel rispetto delle

reciproche autonomie, gli indirizzi da seguire nell'indicazione dei requisiti professionali necessari per selezionare le figure oggetto della mozione;

9) a chiedere all'ENPAP (Cassa di previdenza degli psicologi) la costruzione di un protocollo di buone prassi dedicato all'istituzione della figura dello Psicologo delle cure primarie a livello nazionale;

10) a predisporre un Protocollo regionale (linee guida generali) in collaborazione con la Regione, l'Università, l'Ordine degli psicologi e l'ENPAP coinvolgendo le massime esperienze nel settore;

11) alla costituzione di un tavolo tecnico composto dall'ENPAP, Ordine degli psicologi, MMG, Servizio Salute e ASUR per l'applicazione del Protocollo regionale, la formulazione e declinazione operativa territoriale del progetto pilota:

12) a valutare la previsione, solo al termine della sperimentazione, dell'ipotesi del consolidamento ed estensione della nuova risposta sanitaria (servizio dello Psicologo delle cure primarie), conseguentemente ai risultati del progetto pilota e in coerenza con la situazione economica del Servizio sanitario regionale, nonché del pagamento di un ticket dedicato e stimato attentamente allo scopo di evitare che possa diventare una barriera all'accesso della prestazione”.

SANITA'

BASILICATA

DGR 13.5.16, n. 491 - Individuazione prestazioni Extra-LEA anno 2015. (BUR n. 20 del 1.6.216)

DGR 17.5.16, n. 520 - Art. 2 comma 5 del D.P.C.M. n. 502/1995 e s.m.i. - Integrazione salariale per attività formativa istituzionale per i direttori amministrativi e sanitari delle aziende e degli enti del SSR - Direttive. (BUR n. 20 del 1.6.216)

Note

A norma dell'art. 2 comma 5 bis del D.P.C.M. n. 502/1995 e s.m.i. ed in analogia a quanto già previsto per i Direttori Generali:

a) anche ai direttori amministrativi e sanitari delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale è corrisposto l'integrazione salariale per attività formativa istituzionale nei limiti ed alle condizioni previste dal citato art. 2 comma 5 del D.P.C.M. n. 502/1995 e s.m.i. nell'importo di Euro 3.615,20;

b) per la corresponsione della predetta integrazione i Direttori Sanitari e Amministrativi devono documentare all'Azienda la partecipazione ad almeno due iniziative formative, per anno, di valenza nazionale o regionale di interesse sanitario nel settore della gestione ed organizzazione dei servizi sanitari;

c) in tale importo è ricompreso il rimborso delle spese per l'eventuale partecipazione al corso di formazione manageriale;

d) la presente deliberazione, ai fini della produzione degli effetti di cui al succitato art. 2 comma 5 del D.P.C.M. n. 502/1995 e s.m.i. costituisce direttiva regionale in merito;

CAMPANIA

L.R. 8.6.16, n. 15 - “Disposizioni urgenti in materia di semplificazione per la procedura di nomina dei direttori delle Aziende sanitarie ed ulteriori misure di razionalizzazione”. (BUR n. 36 del 9.6.16)

Art. 1

(Misure urgenti in materia di semplificazione)

1. Al fine di semplificare le procedure di nomina dei direttori generali delle Aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale, in coerenza con la normativa nazionale e in attesa dell'emanazione del decreto legislativo di cui all'articolo 11, comma 1, lettera p) della legge 7 agosto 2015, n. 124 (Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche), l'articolo 18

bis della legge regionale 3 novembre 1994, n. 32 (Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, riordino del Servizio sanitario regionale) è così modificato:

- a) il comma 5 è abrogato;
 - b) il comma 6 è sostituito dal seguente: “6. Il Presidente della Giunta regionale, su conforme deliberazione della Giunta regionale, nomina il direttore generale scelto tra i soggetti in possesso dei requisiti professionali di cui all’articolo 3 bis, comma 3 del decreto legislativo 502/1992, iscritti nell’elenco regionale degli idonei alla nomina di direttore generale oppure negli analoghi elenchi delle altre regioni.”;
 - c) il comma 8 è abrogato;
 - d) al comma 9 le parole “espletamento delle procedure” sono sostituite dalle seguenti “aggiornamento dell’elenco”;
 - e) il comma 10 è sostituito dal seguente: “10. Tutti gli atti della Commissione di cui al presente articolo sono pubblici e sono pubblicati, entro dieci giorni dalla adozione, sul sito internet istituzionale della Regione Campania in una sezione dedicata e facilmente accessibile.”.
2. Al comma 10 dell’articolo 3 della legge regionale 23 dicembre 2015, n. 20 (Misure per introdurre la cultura della responsabilità nell’organizzazione sanitaria nonché migliorare i servizi ai cittadini. Modifiche alla legge regionale 3 novembre 1994, n. 32 - Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e successive modifiche ed integrazioni, riordino del servizio sanitario regionale) la parola “sei” è sostituita dalla seguente “nove.”.

Art. 2

(Modifiche alle leggi regionali 3 novembre 1994, n. 32 e 24 dicembre 2003, n. 28)

1. L’articolo 8 della legge regionale 24 dicembre 2003, n. 28 (Disposizioni urgenti per il risanamento della finanza regionale) è abrogato.
2. All’articolo 35 della legge regionale 32/1994 è aggiunto il seguente comma:

“7 ter. La Giunta regionale relaziona il Consiglio, con cadenza annuale, sullo stato di attuazione dei programmi, sul conseguimento degli obiettivi di salute, assistenziali ed economici delle Aziende sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere, con particolare riferimento agli indicatori relativi all’andamento del deficit, dei contenziosi, della migrazione sanitaria e dei tempi di attesa per l’erogazione delle prestazioni sanitarie e ospedaliere.”.
3. Dopo l’articolo 35 della legge regionale 32/1994 è aggiunto il seguente:

“Art. 35 bis (Sistemi di controllo e sanzioni per i direttori generali delle Aziende sanitarie)

 1. I direttori generali delle Aziende sanitarie e ospedaliere della Campania esercitano i poteri di gestione e di controllo rispetto alle attività delle stesse Aziende nonché agli atti di programmazione e agli atti amministrativi di indirizzo emanati dalla Giunta regionale.
 2. La Giunta regionale esercita i poteri di controllo sui bilanci preventivi e consuntivi, sul rispetto dell’equilibrio economico-finanziario attraverso i flussi informativi previsti dalla normativa vigente e l’esame delle relazioni trimestrali dei Collegi dei revisori dei conti delle singole Aziende sanitarie e ospedaliere.
 3. In caso di mancato rispetto dell’equilibrio economico-finanziario, o in caso di omessa o incompleta trasmissione, nei tempi stabiliti dalle normative statali e regionali di riferimento, dei flussi informativi obbligatori, delle informazioni relative alla mobilità sanitaria e dei bilanci preventivi, trimestrali e consuntivi, la Giunta regionale è autorizzata a disporre la non corresponsione dell’incentivo di cui all’articolo 3bis, comma 6 del decreto legislativo 502/1992 previsto per gli organi delle Aziende sanitarie: direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo, nella misura complessiva di tale compenso.
 4. Le misure sanzionatorie di cui al comma 3 ed il mancato rispetto delle disposizioni di cui alla presente legge sono segnalate dalla amministrazione regionale alla sezione giurisdizionale della Corte dei conti per l’applicazione delle sanzioni previste dalla normativa vigente.
 5. La Giunta regionale provvede, se applica per due volte le misure sanzionatorie di cui al comma 3, alla contestuale revoca dei direttori interessati.”.

Art. 3

(Entrata in vigore)

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione nel bollettino ufficiale della Regione Campania.

La presente legge sarà pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania.

Note

Avvertenza: il testo della legge viene pubblicato con le note redatte dall'Ufficio Legislativo del Presidente della Giunta regionale, al solo scopo di facilitarne la lettura (D.P.G.R.C. n. 15 del 20 novembre 2009 - "Regolamento di disciplina del Bollettino ufficiale della regione Campania in forma digitale").

Note all'articolo 1.

Comma 1, alinea.

Legge 7 agosto 2015, n. 124: "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche."

Articolo 11: "Dirigenza pubblica".

Comma 1, lettera p): "1. Il Governo è delegato ad adottare, entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, salvo quanto previsto dall'articolo 17, comma 2, uno o più decreti legislativi in materia di dirigenza pubblica e di valutazione dei rendimenti dei pubblici uffici. I decreti legislativi sono adottati nel rispetto dei seguenti principi e criteri direttivi:

p) con riferimento al conferimento degli incarichi di direttore generale, di direttore amministrativo e di direttore sanitario, nonché, ove previsto dalla legislazione regionale, di direttore dei servizi socio-sanitari, delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale, fermo restando quanto previsto dall'articolo 3-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, per quanto attiene ai requisiti, alla trasparenza del procedimento e dei risultati, alla verifica e alla valutazione, definizione dei seguenti principi fondamentali, ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione: selezione unica per titoli, previo avviso pubblico, dei direttori generali in possesso di specifici titoli formativi e professionali e di comprovata esperienza dirigenziale, effettuata da parte di una commissione nazionale composta pariteticamente da rappresentanti dello Stato e delle regioni, per l'inserimento in un elenco nazionale degli idonei istituito presso il Ministero della salute, aggiornato con cadenza biennale, da cui le regioni e le province autonome devono attingere per il conferimento dei relativi incarichi da effettuare nell'ambito di una rosa di candidati costituita da coloro che, iscritti nell'elenco nazionale, manifestano l'interesse all'incarico da ricoprire, previo avviso della singola regione o provincia autonoma che procede secondo le modalità del citato articolo 3-bis del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modificazioni; sistema di verifica e di valutazione dell'attività dei direttori generali che tenga conto del raggiungimento degli obiettivi sanitari e dell'equilibrio economico dell'azienda, anche in relazione alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza e dei risultati del programma nazionale valutazione esiti dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali; decadenza dall'incarico e possibilità di reinserimento soltanto all'esito di una nuova selezione nel caso di mancato raggiungimento degli obiettivi, accertato decorsi ventiquattro mesi dalla nomina, o nel caso di gravi o comprovati motivi, o di grave disavanzo o di manifesta violazione di leggi o regolamenti o del principio di buon andamento e imparzialità; selezione per titoli e colloquio, previo avviso pubblico, dei direttori amministrativi e dei direttori sanitari, nonché, ove previsti dalla legislazione regionale, dei direttori dei servizi socio-sanitari, in possesso di specifici titoli professionali, scientifici e di carriera, effettuata da parte di commissioni regionali composte da esperti di qualificate istituzioni scientifiche, per l'inserimento in appositi elenchi regionali degli idonei, aggiornati con cadenza biennale, da cui i direttori generali devono obbligatoriamente attingere per le relative nomine; decadenza dall'incarico nel caso di manifesta violazione di leggi o regolamenti o del principio di buon andamento e imparzialità; definizione delle modalità per l'applicazione delle norme adottate in attuazione della presente lettera alle aziende ospedaliero-universitarie;"

Legge Regionale 3 novembre 1994, n. 32: "Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, riordino del Servizio sanitario regionale."

Articolo 18-bis: “Norme in materia di nomina dei Direttori generali delle Aziende ed Enti del Servizio sanitario regionale”.

“1. All'aggiornamento dell'elenco regionale degli idonei alla nomina di direttore generale delle Aziende ed Enti del Servizio sanitario regionale provvede, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, secondo i criteri delineati nel comma 3 dell'articolo 3-bis del decreto legislativo n. 502/1992, una commissione composta da:

- a) un esperto designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS);
- b) un dirigente appartenente all'Avvocatura regionale;
- c) un esperto individuato nell'ambito di una rosa di cinque nomi proposta dalla Conferenza dei rettori delle Università degli studi della Campania tra docenti ordinari di diritto, economia aziendale, economia e management.

2. Al fine di garantire l'applicazione dei principi stabiliti dalla legge 7 agosto 2015, n. 124 (Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche), non può essere nominato componente della commissione di cui al comma 1, chi sia stato condannato con sentenza, anche non definitiva, da parte della Corte dei Conti, al risarcimento del danno erariale per condotte dolose.

3. La commissione dura in carica tre anni ed è nominata con decreto del Presidente della Giunta regionale, che individua il componente con funzioni di Presidente.

4. L'aggiornamento, a seguito di selezione degli interessati all'inserimento nell'elenco regionale degli idonei alla nomina di direttore generale, è effettuato almeno ogni tre mesi.

5. Entro il sessantesimo giorno antecedente la data di scadenza dell'incarico di Direttore generale delle Aziende sanitarie locali, delle Aziende ospedaliere e degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), la Regione, salva la possibilità del rinnovo per una sola volta del Direttore generale uscente in possesso dei requisiti professionali previsti dal presente comma e iscritto nell'elenco degli idonei, emette un avviso pubblico, pubblicato anche sul proprio sito internet, per acquisire le candidature dei soggetti in possesso dei requisiti professionali di cui all'articolo 3-bis, comma 3, del decreto legislativo n. 502/1992, iscritti nell'elenco regionale degli idonei alla nomina di direttore generale, oppure negli analoghi elenchi delle altre regioni.

6. Il Presidente della Giunta regionale, su conforme deliberazione della Giunta regionale nomina il direttore generale all'interno di una rosa di cinque candidati che hanno ottenuto i migliori punteggi, formata dalla commissione di cui al comma 8, a seguito della valutazione dei titoli e dei requisiti posseduti dagli idonei che hanno partecipato all'avviso di cui al comma 5. Della predetta rosa di candidati entra a far parte di diritto, ai sensi del comma 5, il Direttore generale uscente a condizione che lo stesso risulti comunque inserito nell'elenco degli idonei formato ai sensi del presente articolo e per il quale sia stata espressa idonea valutazione positiva in ordine al raggiungimento degli obiettivi allo stesso assegnati all'atto della nomina come previsto nell'articolo 3-bis, comma 5 del decreto legislativo n. 502/1992, nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento alla efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari.

6-bis. Il direttore generale degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico è nominato secondo la procedura di cui alla presente legge dal Presidente della Regione, sentito il Ministero della salute ai sensi di quanto disposto dall'Intesa stipulata in sede di Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 1° luglio 2004 in attuazione dell'articolo 5 del decreto legislativo 288/2003.

7. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 3, comma 1 del decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 149 (Meccanismi sanzionatori e premiali relativi a regioni, province e comuni, a norma degli articoli 2, 17 e 26 della legge 5 maggio 2009, n. 42) e in coerenza e attuazione di quanto previsto dall'articolo 11, comma 1, lettera q) della legge n. 124/2015, non può essere nominato Direttore generale chi sia stato condannato con sentenza, anche non definitiva, da parte della Corte dei Conti, al risarcimento del danno erariale per condotte dolose.

8. Per le valutazioni di cui al comma 6, ai fini del conferimento dell'incarico di Direttore generale di Azienda o Ente del Servizio sanitario regionale, il Presidente della Giunta regionale con proprio decreto nomina, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, una commissione

costituita secondo i criteri, modalità e durata di cui ai commi 1 e 3. La commissione compie le valutazioni con riferimento a tutte le nomine da effettuare nel periodo della sua operatività.

9. La Giunta regionale, con deliberazione, regola le modalità di espletamento delle procedure di cui al presente articolo, fermo restando, per le Aziende ospedaliere individuate nell'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419), quanto previsto dall'articolo 1, comma 1, e dall'articolo 4, comma 2 del medesimo decreto, nel rispetto del principio di leale collaborazione.

10. Tutti gli atti delle Commissioni di cui al presente articolo sono pubblici e sono pubblicati, entro dieci giorni dalla adozione, sul sito internet istituzionale della Regione Campania in una sezione dedicata e facilmente accessibile."

Comma 2.

Legge Regionale 23 dicembre 2015, n. 20: "Misure per introdurre la cultura della responsabilità nell'organizzazione sanitaria nonché migliorare i servizi ai cittadini. - Modifiche alla legge regionale 3 novembre 1994, n. 32 (Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, riordino del servizio sanitario regionale)".

Articolo 3: "Modifiche alla legge regionale 3 novembre 1994, n. 32 "Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, riordino del Servizio sanitario regionale".".

Comma 10: "10. Con riferimento alle Aziende e agli Enti del Servizio sanitario regionale commissariati alla data di entrata in vigore della presente legge, la durata dei commissariamenti si protrae fino al completamento delle procedure di rinnovo delle nomine dei direttori generali e, in ogni caso, non oltre il periodo di sei mesi dalla data di entrata in vigore delle disposizioni contenute nella presente legge."

Note all'articolo 2.

Comma 1.

Legge Regionale 24 dicembre 2003, n. 28: "Disposizioni urgenti per il risanamento della finanza regionale."

Articolo 8: "Sistemi di controlli e sanzioni per i Direttori generali delle aziende sanitarie."

"1. I Direttori generali delle aziende sanitarie esercitano i poteri di gestione e di controllo rispetto alle attività delle stesse aziende e alle disposizioni di cui all'articolo 7, nonché agli atti di programmazione e agli atti amministrativi di indirizzo emanati dalla Giunta regionale.

2. La Giunta regionale esercita i poteri di controllo sui bilanci preventivi e consuntivi, sul rispetto dei tetti di spesa e sull'andamento dei costi programmati delle aziende sanitarie attraverso i flussi informativi previsti dalla normativa vigente e l'esame delle relazioni trimestrali dei collegi dei revisori dei conti delle singole aziende sanitarie e ospedaliere.

3. In caso di mancato rispetto dei tetti di spesa e del mantenimento dei costi all'interno dei budget indicati dalla presente legge, o in caso di omessa o incompleta trasmissione, nei tempi stabiliti dalle

normative statali e regionali di riferimento, dei flussi informativi obbligatori, delle informazioni relative alla mobilità sanitaria e dei bilanci preventivi, trimestrali e consuntivi, la Giunta regionale è autorizzata a disporre la non corresponsione dell'incentivo di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, articolo 3-bis, comma 6, previsto per gli organi delle aziende sanitarie - Direttore generale, Direttore sanitario e Direttore amministrativo - nella misura complessiva di tale compenso.

4. Le misure sanzionatorie di cui al comma 3 ed il mancato rispetto delle disposizioni di cui alla presente legge sono segnalate dalla amministrazione regionale alla sezione giurisdizionale della Corte dei Conti per le applicazioni delle sanzioni previste dalla normativa vigente.

5. La Giunta regionale, se applica per due volte le misure sanzionatorie di cui al comma 3, provvede contestualmente alla decadenza automatica dei direttori interessati.”.

Commi 2 e 3.

Legge Regionale 3 novembre 1994, n. 32 già citata nella nota al comma 1 dell'articolo 1.

Articolo 35: “Vigilanza e controllo regionale sugli atti delle aziende.”.

“1. La Giunta regionale esercita la vigilanza ed il controllo sull'attività delle aziende mediante:

a. la permanente attività ispettiva svolta dai propri servizi ispettivi anche ai sensi del comma 2 dell'art. 10 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni;

b. il controllo preventivo, mediante approvazione degli atti del direttore generale inerenti:

1. lo statuto ed i regolamenti;

2. i piani attuativi del piano sanitario regionale;

3. il bilancio pluriennale di previsione;

4. il bilancio preventivo economico annuale;

5. il conto consuntivo;

6. la destinazione dell'eventuale avanzo di esercizio nonché, le modalità di copertura degli eventuali disavanzi;

7. le convenzioni con l'Università;

8. gli atti previsti dall'art. 4, comma 8, della legge n. 412 del 1991.

2. Gli atti di cui a, precedente comma, limitatamente ai numeri 2, 3 e 4, sono inviati preventivamente ai sensi dell'art. 21 della presente legge al sindaco o al comitato di rappresentanza della conferenza dei sindaci che esprime le proprie osservazioni entro i termini di 15 giorni dalla trasmissione. Alla scadenza del suddetto termine gli atti sono comunque sottoposti all'approvazione della Giunta regionale.

3. Gli atti di cui ai numeri 3, 4, 5 e 6 del precedente comma 1 devono essere inviati alla Giunta regionale corredati dal parere del collegio dei revisori.

4. Tutti gli atti di cui al precedente comma 1 si intendono approvati dalla Giunta regionale, decorso il termine di 40 giorni dal loro ricevimento. Tale termine può essere interrotto una sola volta a seguito di chiarimenti o elementi integrativi richiesti dalla Giunta regionale.

5. I chiarimenti e gli elementi integrativi di cui al comma precedente devono pervenire, a pena decadenza, entro i successivi 15 giorni e da tale data decorre nuovamente il termine di 20 giorni.

6. Gli atti del direttore generale non soggetti al controllo preventivo della Giunta regionale sono efficaci trascorsi 10 giorni dalla pubblicazione nell'albo della sede dell'azienda.

7. Nei casi previsti dalla normativa vigente la Giunta regionale esercita il controllo sostitutivo mediante la nomina di commissari per l'adozione degli atti. Il commissariamento delle Aziende sanitarie locali, se non effettuato con atto del governo nazionale, è atto straordinario di amministrazione e non rinnovabile. Al fine di garantire trasparenza ed informazione sugli atti adottati, è istituita, d'intesa con la Commissione consiliare competente in materia di sanità e su disposizione dell'Ufficio di Presidenza del Consiglio regionale, una Commissione paritetica di monitoraggio e controllo sugli atti adottati.

7-bis. Il commissariamento delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere non può protrarsi per un periodo superiore a dodici mesi non rinnovabile.

EMILIA-ROMAGNA

RISOLUZIONE - Oggetto n. 2074 - Risoluzione per impegnare la Giunta ad inserire la figura del clownterapista nel Repertorio regionale delle qualifiche, considerato che diversi studi hanno dimostrato che la presenza di un clown dottore può ridurre l'ansia dei degenti, a partire dai più piccoli. A firma dei Consiglieri: Montalti, Serri, Molinari, Zoffoli, Tarasconi, Campedelli, Bagnari, Iotti, Cardinali, Rontini, Zappaterra, Pruccoli, Paruolo, Mumolo, Calvano, Sabattini, Marchetti Francesca, Soncini. (BUR n. 163 del 6.6.16)

L'Assemblea legislativa dell'Emilia-Romagna

Premesso che

Negli ultimi decenni si è radicata la consapevolezza che l'umanizzazione dell'ambiente ospedaliero contribuisce fattivamente al decorso positivo delle patologie da cui sono affetti i degenti.

In particolare, diversi studi accademici hanno dimostrato che la presenza di un clown dottore può ridurre l'ansia, aiutare l'insorgenza del buon umore e favorire la liberazione di Beta-endorfine preposte ad aumentare le difese immunitarie nell'organismo.

Evidenziato che

Sono molte, in Emilia-Romagna, le associazioni che, in maniera del tutto gratuita, formano i clown volontari che affiancano medici e personale sanitario in corsia, portando sollievo e spensieratezza ai pazienti di tutte le età, a partire dai più piccoli.

Iniziative di questo genere sono diffuse in tutti i principali ospedali della Regione e si reggono unicamente su un'encomiabile ed indispensabile opera di volontariato.

Rilevato che

La figura del clownterapista necessita di una formazione specifica e molto ampia, che spazia dalle competenze teatrali e di clownerie a quelle di tipo socio-psico-pedagogico, senza dimenticare le nozioni minime di anatomia e patologia che consentono al professionista di lavorare proficuamente accanto ai sanitari in situazioni di forte stress emotivo e senza rischio di burn-out. Spesso inoltre il clownterapista offre il proprio servizio nei reparti di degenza dei bambini, una utenza per la quale ancor di più è necessaria una formazione socio-psico-pedagogica specifica e approfondita.

Per tali motivi, diverse Regioni hanno già deciso di regolamentare la figura del clownterapista in strutture socio sanitarie, inserendola nel Repertorio regionale delle qualifiche entro le professioni socio-sanitarie, consentendo così il passaggio da un'impostazione volontaristica ed autoregolamentata ad una professionale e codificata secondo precisi canoni formativi.

Impegna la Giunta

Ad inserire la figura del clownterapista nel Repertorio regionale delle qualifiche, definendone gli idonei standard formativi in collaborazione con le associazioni ed i professionisti del settore.

A supportare l'attività dei clownterapisti in corsia, attraverso ogni iniziativa che si ritenga utile, negli ospedali e nelle strutture socio-sanitarie della Regione.

DGR 28.4.16, n. 601 - Indicazioni operative per l'avvio del percorso di certificazione regionale in attuazione del decreto del Ministero della salute 4 giugno 2015. (BUR n. 163 del 6.6.16)

Note

In attuazione di quanto disposto dal Decreto del Ministero della Salute 4 giugno 2015, viene avviato il percorso di certificazione regionale dell'esperienza professionale in cure palliative dei medici in servizio presso le reti di cure palliative pubbliche e private accreditate, anche se non in possesso di una specializzazione, ovvero, in possesso di una specializzazione diversa da quella di cui al Decreto del Ministero della Salute del 28 marzo 2013, fornendo ai soggetti interessati, le indicazioni necessarie per la presentazione a questa Regione dell'istanza di certificazione riportate nell'Allegato parte integrante e sostanziale del presente atto.

I medici, in possesso dei requisiti di cui al Decreto 4 giugno 2015, possono presentare l'istanza alla Regione con le modalità descritte nell'allegato di cui al punto 3.

Viene approvato il documento "Indicazioni operative per l'avvio del percorso di certificazione regionale in attuazione del Decreto 4 giugno 2015" allegato parte integrante e sostanziale del presente atto a decorrere dalla data di pubblicazione nel B.U.R.E.R.T del presente atto.

Ai fini del riconoscimento dell'attività professionale fanno parte della rete di cure palliative le organizzazioni senza scopo di lucro, con sede legale e operanti sul territorio regionale, che operano nell'ambito delle cure palliative e che abbiano instaurato rapporti istituzionali tramite convenzioni, o accordi formali con le Aziende USL del territorio regionale per l'espletamento di funzioni assistenziali o di supporto in cure palliative, nei vari setting assistenziali.

DGR 23.5.16, n 733 - Recepimento dell'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni in data 16 ottobre 2014, rep. atti n. 140/CSR, sul documento "Piano Nazionale Malattie Rare (PNMR)" (BUR n. 174 del 6.6.16)

Note

Viene recepito , per le motivazioni espresse in premessa e che qui si intendono integralmente richiamate, l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni in data 16 ottobre 2014, rep. atti n. 140/CSR, concernente l'approvazione del Piano Nazionale Malattie Rare il cui testo allegato costituisce parte integrante e sostanziale della presente deliberazione (a cui si rinvia).

FRIULI V.G.

L.R. 1.6.16, n. 9 - Modifiche all'articolo 36 della legge regionale 6/2006, in materia di operatori del sistema integrato di interventi e servizi sociali. (BUR n. 23 dell'8.6.16)

Art. 1 modifiche all'articolo 36 della legge regionale 6/2006

1. Il comma 1 dell'articolo 36 della legge regionale 31 marzo 2006, n. 6 (Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale), è sostituito dal seguente:

<<1. Le attività socioassistenziali, socioeducative e sociosanitarie erogate nell'ambito del sistema integrato e gli operatori preposti al loro svolgimento sono disciplinati con deliberazione della Giunta regionale, nel rispetto dei principi fondamentali in materia di professioni stabiliti dallo Stato.>>.

2. Dopo il comma 1 dell'articolo 36 della legge regionale 6/2006, è inserito il seguente:

<<1 bis. Le attività socioassistenziali, socioeducative e sociosanitarie erogate nei servizi e nelle strutture a ciclo residenziale, semiresidenziale e diurno pubbliche e private e gli operatori preposti al loro svolgimento sono disciplinati dai regolamenti attuativi dell'articolo 31, comma 7.>>.

3. Dopo il comma 10 dell'articolo 36 della legge regionale 6/2006, sono aggiunti i seguenti:

<<10 bis. Nelle more dell'adozione dei regolamenti attuativi dell'articolo 31, comma 7, a decorrere dalla data di entrata in vigore della legge regionale 1 giugno 2016, n. 9, nei servizi di cui ai commi 1 e 1 bis, possono essere assunti per lo svolgimento di attività educative previste dal decreto del Ministro della sanità 8 ottobre 1998, n. 520 (Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professionale, ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502), e le attività di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca 16 marzo 2007 (Determinazione delle classi delle lauree universitarie), per la Classe di laurea in scienze dell'educazione e della formazione, esclusivamente operatori in possesso del diploma di laurea di educatore professionale e del diploma di laurea appartenente alla classe L-19. La previsione di cui al periodo precedente non si applica nel caso di procedure di affidamento degli interventi e dei servizi del sistema integrato che prevedono clausole sociali per il riassorbimento degli operatori di cui ai commi 10 ter e 10 quater.

10 ter. Nelle more della predisposizione di un piano di riqualificazione professionale, da adottarsi ai sensi del comma 7 entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge regionale 9/2016, sono inclusi tra gli operatori che possono svolgere le funzioni previste dal decreto del Ministro della sanità 8 ottobre 1998, n. 520 e le attività di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca 16 marzo 2007 per la Classe di laurea in scienze dell'educazione e della formazione, gli operatori in possesso di diploma di laurea anche a indirizzo non educativo che, alla data del 31 dicembre 2015, abbiano maturato almeno due anni di esperienza lavorativa nello svolgimento di tali funzioni e attività nell'ambito del sistema integrato e nei servizi di cui ai commi 1 e 1 bis.

10 quater. Nelle more della definizione del profilo di animatore sociale e del relativo livello di formazione previsto dal comma 5, nonché della predisposizione di un piano di riqualificazione professionale, da adottarsi ai sensi del comma 7 entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge regionale 9/2016, sono inclusi tra gli operatori che possono svolgere le funzioni di animatore sociale, gli operatori in possesso di diploma di scuola media superiore ovvero inferiore che, alla data del 31 dicembre 2015, abbiano rispettivamente maturato una esperienza lavorativa almeno pari a quattro e sei anni nello svolgimento delle funzioni di animatore o di educatore nel sistema integrato e nei servizi di cui ai commi 1 e 1 bis.

10 quinquies. Gli operatori privi di titolo di cui ai commi 10 ter e 10 quater che, alla data di entrata in vigore della legge regionale 9/2016, sono privi del requisito di anzianità di servizio previsto, accedono ai corsi di formazione previsti per le corrispondenti figure professionali.

10 sexies. Gli operatori privi di titolo di cui al comma 2 dell'articolo 7 della legge regionale 16 maggio 2007, n. 10 (Disposizioni in materia di valorizzazione nell'ambito del Servizio sanitario regionale delle professioni sanitarie e della professione di assistente sociale, in materia di ricerca e conduzione di studi clinici, nonché in materia di personale operante nel sistema integrato di interventi e servizi sociali), e gli operatori in possesso del titolo attestante l'acquisizione di competenze nei processi di assistenza alla persona partecipano ai percorsi per l'acquisizione della qualifica di operatore socio-sanitario, diversificati in relazione all'esperienza lavorativa e al percorso formativo, promossi dalla Regione e possono concorrere, fino al 30 giugno 2019, al mantenimento dei livelli assistenziali svolgendo le mansioni indicate nei regolamenti regionali di cui all'articolo 31, comma 7. Dall'1 luglio 2019 le prestazioni di assistenza di base alla persona sono erogate solo da operatori in possesso della qualifica di operatore socio-sanitario o di operatore socio-sanitario con modulo di formazione complementare in assistenza sanitaria.>>.

4. Per le finalità previste dal comma 10 quater dell'articolo 36 della legge regionale 6/2006, come aggiunto dal comma 3, è autorizzata la spesa di 30.000 euro per l'anno 2017 a valere sulla Missione n. 15 (Politiche per il lavoro e la formazione professionale) e sul Programma n. 3 (Sostegno all'occupazione) - Titolo n. 1 (Spese correnti) dello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2016-2018.

5. Agli oneri derivanti dal disposto di cui al comma 4 si provvede mediante storno di pari importo per l'anno 2017, a valere sulla Missione n. 12 (Diritti sociali, politiche sociali e famiglia) e sul Programma n. 2 (Interventi per la disabilità) - Titolo n. 1 (Spese correnti) dello stato di previsione della spesa del bilancio per gli anni 2016-2018.

NOTE

Avvertenza

Il testo delle note qui pubblicate è stato redatto ai sensi dell'articolo 2 della legge regionale 13 maggio 1991, n. 18, come da ultimo modificato dall'articolo 85, comma 1, della legge regionale 30/1992, al solo fine di facilitare la lettura delle disposizioni di legge modificate o alle quali è operato il rinvio.

Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui trascritti.

Nota all'articolo 1

- Il testo dell'articolo 36 della legge regionale 31 marzo 2006, n. 6, come modificato dal presente articolo, è il seguente:

Art. 36 operatori del sistema integrato

1. Le attività socioassistenziali, socioeducative e sociosanitarie erogate nell'ambito del sistema integrato e gli operatori preposti al loro svolgimento sono disciplinati con deliberazione della Giunta regionale, nel rispetto dei principi fondamentali in materia di professioni stabiliti dallo Stato.

1 bis. Le attività socioassistenziali, socioeducative e sociosanitarie erogate nei servizi e nelle strutture a ciclo residenziale, semiresidenziale e diurno pubbliche e private e gli operatori preposti al loro svolgimento sono disciplinati dai regolamenti attuativi dell'articolo 31, comma 7.

2. Partecipano alla realizzazione del sistema integrato anche coloro che sono in possesso di titoli riconosciuti validi ai sensi della normativa vigente, attestanti l'acquisizione di competenze nei processi di assistenza alla persona, nonché gli operatori dell'inserimento lavorativo di cui all'articolo 36, comma 3 bis, lettera d), della legge regionale 9 agosto 2005, n. 18 (Norme regionali per l'occupazione, la tutela e la qualità del lavoro).

3. La Regione, attesa l'ampia possibilità di utilizzo dell'operatore socio-sanitario, ne prevede l'impiego promuovendo un'ulteriore formazione specifica in relazione ai differenti contesti operativi.

4. Il titolo di assistente domiciliare e dei servizi tutelari è a esaurimento.

5. La Regione, nel rispetto dei principi fondamentali in materia di professioni stabiliti dallo Stato, definisce i profili e i livelli di formazione scolastica, universitaria e professionale per gli operatori del sistema integrato.

6. La Regione stabilisce i percorsi formativi degli operatori del sistema integrato da formare nell'ambito del sistema formativo regionale.

7. Nell'ambito della programmazione delle attività di formazione di cui all'articolo 37, la Regione promuove la qualificazione degli operatori privi di titolo, in servizio da almeno due anni alla data di entrata in vigore della presente legge.

8. Gli operatori privi dei requisiti professionali, che alla data di entrata in vigore della presente legge siano in servizio da meno di due anni, accedono ai corsi di formazione di base.

9. Per gli operatori in servizio alla data di entrata in vigore della presente legge valgono i titoli di studio riconosciuti dalla normativa vigente al momento dell'assunzione.

10. È comunque fatto salvo il rispetto delle norme contrattuali vigenti e di quanto previsto dalla contrattazione nazionale, regionale e decentrata.

10 bis. Nelle more dell'adozione dei regolamenti attuativi dell'articolo 31, comma 7, a decorrere dalla data di entrata in vigore della legge regionale 1 giugno 2016, n. 9, nei servizi di cui ai commi 1 e 1 bis, possono essere assunti per lo svolgimento di attività educative previste dal decreto del Ministro della sanità 8 ottobre 1998, n. 520 (Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professionale, ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502), e le attività di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca 16 marzo 2007 (Determinazione delle classi delle lauree universitarie), per la Classe di laurea in scienze dell'educazione e della formazione, esclusivamente operatori in possesso del diploma di laurea di educatore professionale e del diploma di laurea appartenente alla classe L-19. La previsione di cui al periodo precedente non si applica nel caso di procedure di affidamento degli interventi e dei servizi del sistema integrato che prevedono clausole sociali per il riassorbimento degli operatori di cui ai commi 10 ter e 10 quater.

10 ter. Nelle more della predisposizione di un piano di riqualificazione professionale, da adottarsi ai sensi del comma 7 entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge regionale 9/2016, sono inclusi tra gli operatori che possono svolgere le funzioni previste dal decreto del Ministro della sanità 8 ottobre 1998, n. 520 e le attività di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca 16 marzo 2007 per la Classe di laurea in scienze dell'educazione e della formazione, gli operatori in possesso di diploma di laurea anche a

indirizzo non educativo che, alla data del 31 dicembre 2015, abbiano maturato almeno due anni di esperienza lavorativa nello svolgimento di tali funzioni e attività nell'ambito del sistema integrato e nei servizi di cui ai commi 1 e 1 bis.

10 quater. Nelle more della definizione del profilo di animatore sociale e del relativo livello di formazione previsto dal comma 5, nonché della predisposizione di un piano di riqualificazione professionale, da adottarsi ai sensi del comma 7 entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge regionale 9/2016, sono inclusi tra gli operatori che possono svolgere le funzioni di animatore sociale, gli operatori in possesso di diploma di scuola media superiore ovvero inferiore che, alla data del 31 dicembre 2015, abbiano rispettivamente maturato una esperienza lavorativa almeno pari a quattro e sei anni nello svolgimento delle funzioni di animatore o di educatore nel sistema integrato e nei servizi di cui ai commi 1 e 1 bis.

10 quinquies. Gli operatori privi di titolo di cui ai commi 10 ter e 10 quater che, alla data di entrata in vigore della legge regionale 9/2016, sono privi del requisito di anzianità di servizio previsto, accedono ai corsi di formazione previsti per le corrispondenti figure professionali.

10 sexies. Gli operatori privi di titolo di cui al comma 2 dell'articolo 7 della legge regionale 16 maggio 2007, n. 10 (Disposizioni in materia di valorizzazione nell'ambito del Servizio sanitario regionale delle professioni sanitarie e della professione di assistente sociale, in materia di ricerca e conduzione di studi clinici, nonché in materia di personale operante nel sistema integrato di interventi e servizi sociali), e gli operatori in possesso del titolo attestante l'acquisizione di competenze nei processi di assistenza alla persona partecipano ai percorsi per l'acquisizione della qualifica di operatore socio-sanitario, diversificati in relazione all'esperienza lavorativa e al percorso formativo, promossi dalla Regione e possono concorrere, fino al 30 giugno 2019, al mantenimento dei livelli assistenziali svolgendo le mansioni indicate nei regolamenti regionali di cui all'articolo 31, comma 7. Dall'1 luglio 2019 le prestazioni di assistenza di base alla persona sono erogate solo da operatori in possesso della qualifica di operatore socio-sanitario o di operatore socio-sanitario con modulo di formazione complementare in assistenza sanitaria.

LAZIO

Determinazione 23 maggio 2016, n. G05779 - Nomina componenti commissione per la valutazione dei requisiti per la certificazione dell'esperienza professionale nel campo delle cure palliative dei medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche e private accreditate, di cui alla legge 27 dicembre 2013, n. 147, comma 425 - DCA n. U00112 del 11/04/2016.

Note

Viene nominata la commissione per la valutazione dei requisiti e la certificazione dell'esperienza professionale nel campo delle cure palliative dei medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche e private accreditate, di cui alla Legge 27 dicembre 2013 n. 147, comma 425 – in applicazione del DCA recepimento intesa ai sensi dell'art. 5 comma 2, Legge 15 marzo 2010 n. 38 tra Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul decreto ministeriale recante “Individuazione dei criteri per la certificazione della esperienza triennale nel campo delle cure palliative dei medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche e private accreditate, di cui alla Legge 27 dicembre 2013 n. 147, comma 425”.

La commissione è così composta:

- 1 Dirigente Area Risorse Umane: Dr.ssa Barbara Solinas (sost. Dr. Gianni Vicario)
- 2 Funzionari Area Risorse Umane: Francesco Tontini (sost. Giovanni Lucarelli)
- Alba M. Misiti (sost. Paola Biagi)
- 1 Segretario: Rosa Cappellino (sost. Alessia Calò)

Per i componenti della commissione non sono previsti compensi a carico della Regione.

Decreto del Presidente della Regione Lazio 3 giugno 2016, n. T00121 - Presa d'atto delle dimissioni del componente del Collegio Sindacale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 1 (ex AA.SS.LL. Roma A e Roma E) - designazione nuovo componente. (BUR n. 46 del 9.6.16)

Note

Viene preso atto delle dimissioni rassegnate dalla dott.ssa Giuseppina Bertoni quale componente del Collegio Sindacale della ASL Roma 1;

Viene designato, ai fini della nomina del Collegio Sindacale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 1, in rappresentanza della Regione Lazio, il dott. Lucio Alberti, nato a Reggio Calabria il 24 ottobre 1941, in possesso dei requisiti richiesti dalla vigente normativa per l'espletamento dell'incarico, come risulta agli atti della competente Direzione regionale, in sostituzione della dott.ssa Giuseppina Bertoni, con oneri integralmente gravanti sul bilancio dell'Azienda.

Decreto del Commissario ad Acta 26 maggio 2016, n. U00190 - Piano Decennale in Materia di Edilizia Sanitaria ex Art. 20, Legge 11 Marzo 1988, N. 67 - Strutture Sanitarie - Approvazione del Programma Regionale di Investimenti in Edilizia Sanitaria, Terza Fase Importo complessivo pari a euro 264.441.089,72, di cui euro 251.219.035,23 a carico dello Stato e euro 13.222.054,49 a carico della Regione Lazio. Stanziamento dell'importo pari a euro 13.222.054,49 a valere Capitolo H22103 - di cui euro 3.305.513,62 nell'esercizio finanziario 2016 - euro 4.958.270,44 nell'esercizio finanziario 2017 ed euro 4.958.270,44 nell'esercizio finanziario 2018 Annullamento del DCA U00038 del 12/02/2016. (BUR n. 46 del 9.6.16)

PRESENTAZIONE

Il presente provvedimento si caratterizza per un vero e proprio programma sanitario con una attenta analisi e valutazione dello stato della sanità laziale e delle concrete prospettive di sviluppo.

Se ne riportano alcuni aspetti ritenuti più importanti, omettendo per ragioni di impaginazione i grafici e le tabelle, rinviando comunque alla lettura integrale del testo.

Note

Viene annullato il DCA U00038 del 12/02/2016, alla luce della mutata disponibilità finanziaria degli importi stanziati dallo Stato a favore della Regione Lazio, così come riferito nella n. 15093 del 16/05/2016, che ammonta, allo stato attuale, ad € 251.219.035,23, a cui aggiungere la quota regionale, nella misura del 5%, per la somma complessiva oggetto di Accordo di Programma pari a € 264.441.089,72.

Viene approvato il programma regionale di investimenti in edilizia sanitaria ex art. 20 L. 67/88 terza fase così come rimodulato al netto di quanto impegnato in anticipazione per il Programma Giubileo di cui al DCA U00346 del 22/07/2015, per un importo complessivo pari a € 264.441.089,72, secondo gli atti allegati, che costituiscono parte integrante e sostanziale del Decreto e di seguito elencati:

ALLEGATO 1: Documento Programmatico sugli investimenti straordinari per l'ammodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del Servizio Sanitario Regionale 2016 - 2018;

ALLEGATO 2: Elenco interventi stralcio I.a;

ALLEGATO 3: Stralcio I.a: suddivisione finanziamento per Aziende Sanitarie e Ospedaliere del Lazio;

ALLEGATO 4: Schede tecniche degli interventi stralcio I.a

ALLEGATO 5: Quadro Complessivo programmazione Decennale

ALLEGATO 1

Documento Programmatico sugli investimenti straordinari per l'ammodernamento strutturale, tecnologico ed organizzativo del Servizio Sanitario Regionale 2016 - 2018

0. - RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA

Il contenuto del presente Documento Programmatico è strettamente correlato con la programmazione sanitaria nazionale, in particolare per quanto attiene all'offerta sanitaria per acuti, alle modalità e alla qualità dell'erogazione di tale offerta e alla necessità di creare reti di integrazione fra i vari poli di erogazione delle prestazioni.

Con riferimento al Patto per la salute 2014/2016, si evidenzia, in particolare, l'attenzione:

- ai criteri di efficienza e appropriatezza, al fine di contribuire a garantire l'equilibrio economico-finanziario della gestione del servizio sanitario regionale;
- allo standard dei posti letto ospedalieri: il Patto della salute per il triennio 2013 2015, in linea con le disposizioni relative alla L. 135/2012, porta lo standard a 3,7 posti letto per mille abitanti;
- alla definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera contenuti nel Decreto n. 70 del 2 aprile 2015.

Il quadro degli interventi compresi nel Documento Programmatico è da leggere nel contesto generale di riorganizzazione non solo della rete ospedaliera, ma dell'intero sistema sanitario regionale; pertanto gli interventi stessi possono intendersi come uno dei passi che la Regione sta percorrendo per il raggiungimento degli obiettivi connessi alla riorganizzazione della rete regionale dell'assistenza ospedaliera e post ospedaliera, di qualificazione dell'assistenza specialistica, di connessione fra la realtà sanitaria ospedaliera e quella territoriale e alla messa a norma degli spazi destinati alla salute.

Gli interventi indicati sono compresi nel programma regionale degli investimenti in sanità – portato avanti dalla Regione Lazio attraverso un insieme articolato e complesso di investimenti, relativi a lavori e acquisizione di attrezzature sanitarie – del quale costituiscono il nucleo fondamentale per entità, per contenuti e finalità.

Sono, inoltre, coerenti con gli obiettivi dell'attuale programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale individuati nel Piano Sanitario Regionale e nei Decreti di riordino della rete ospedaliera, con particolare riferimento al DCA U00412 del 26/11/2014, soprattutto per quanto riguarda la modifica della struttura e delle funzioni della rete ospedaliera stessa.

L'obiettivo unitario dei Decreti di Riordino è quello di migliorare l'efficienza, la funzionalità e la riorganizzazione delle reti delle alte specialità ospedaliere, concentrando competenze professionali e tecnologiche per diagnosi e cure di particolare complessità o rarità presso centri di alta specializzazione a cui tutti gli altri ospedali fanno riferimento, andando oltre la rigidità degli assetti istituzionali delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende Sanitarie.

Pertanto il presente documento si propone di:

- fornire una fotografia dell'analisi del contesto del sistema immobiliare della Regione Lazio e degli investimenti in sanità effettuati negli ultimi anni;
- individuare la strategia e le azioni necessarie per il raggiungimento di obiettivi specifici che concorrono agli obiettivi generali della programmazione degli investimenti nel settore sanità nel Lazio anche con particolare attenzione alla programmazione della spesa dei fondi del PO FESR 2014/2020;
- individuare gli indicatori che consentano un'autovalutazione e il monitoraggio nella fase di attuazione del programma di investimenti, anche per offrire all'organo politico elementi per valutare la necessità di rimodulare quanto programmato;
- fornire una descrizione dei percorsi e processi di attuazione del Programma concepito in tre stralci funzionali e funzionanti che si sviluppano lungo un arco temporale di dieci anni.

0.1 IDENTIFICAZIONE DELL'ACCORDO

Il presente Documento Programmatico riferisce le scelte effettuali che traducono in azioni concrete sul territorio le disposizioni del Piano Sanitario Regionale e dei Programmi Operativi del Piano di Rientro, attraverso la definizione degli interventi prioritari da attuare sul territorio del Lazio per il triennio 2016 – 2018, tenendo conto delle modifiche all'articolazione territoriale provenienti dall'accorpamento di alcune Aziende Sanitarie e Ospedaliere.

Il documento sviluppa un piano di riorganizzazione della sanità del Lazio di respiro più ampio rispetto al triennio, con la messa a punto di un programma decennale suddiviso in tre stralci di cui la

fase finanziata – oggetto dell'accordo – rappresenta il primo stralcio. La programmazione decennale sviluppa appieno i programmi operativi del piano di rientro e le fasi di superamento dello stesso verso l'assestamento definitivo del regime di normalità nell'erogazione dell'offerta di salute.

La visione sull'arco temporale decennale soddisfa e definisce compiutamente l'organizzazione e le strategie messe a punto dalla Regione Lazio.

La programmazione funzionale dei servizi è confrontata con l'organizzazione territoriale delle infrastrutture edilizie e tecnologiche, definendo i punti di coerenza tra gli obiettivi di piano volti alla riorganizzazione delle attività e dei modelli dell'offerta sanitaria ed i contenitori fisici adibiti ad accoglierli. La declinazione sul territorio dei modelli di offerta sanitaria si traduce in azioni di tipo tecnico sugli involucri e sulle tecnologie finalizzati alla piena realizzazione del modello di sistema HUB&Spoke per gli acuti e del collegamento tra la rete territoriale, rafforzata dalla realizzazione delle Case della Salute, e la rete ospedaliera. Gli involucri edilizi - e le tecnologie che ne qualificano e classificano l'aspetto sanitario - sono esaminati e valutati, in prima istanza, mediante l'analisi della capacità tipologica dei contenitori edilizi di soddisfare le esigenze di programmazione.

Questo confronto determina quattro **sottoinsiemi di programmazione**:

- 1) il mantenimento della struttura anche con interventi di adeguamento e ristrutturazione: rientrano in questa visione tutti gli interventi di adeguamento del patrimonio volti a confermare e rafforzare il ruolo della struttura sanitaria all'interno della rete;
- 2) la non conferma della struttura all'attività sanitaria: in questo caso si valutano politiche di dismissione, che non sono oggetto del presente documento;
- 3) la sostituzione della struttura con una nuova edificazione: in questo caso le strutture in sostituzione sono dismesse o declassate ad un livello di minore complessità sanitaria e gestione economica, accorpendo funzioni altrimenti duplicate in un'unica struttura di ruolo superiore nelle reti rispetto a quelle dismesse;
- 4) la trasformazione della funzione mantenendo la struttura: il percorso più frequente trasforma l'Ospedale per acuti in sedi destinate all'assistenza territoriale con la presenza di degenza infermieristica post acuzie intesa in termini globali.

I sottoinsiemi sopra sintetizzati, consentono di identificare in modo semplice ed univoco i punti di coerenza con gli atti di programmazione assunti dalla Regione Lazio in attuazione del D.M. 70/2015 "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera".

0.2 – IL QUADRO FINANZIARIO

Oltre al finanziamento statale assegnato con le delibere CIPE n. 52/1998 e n. 65/2002, gli interventi di cui al presente Documento Programmatico sono finanziati con fondi derivanti da somme recuperate a seguito di revoca, ai sensi della L. 266/05, e di successiva rassegnazione per mezzo delle disposizioni contenute nelle Leggi Finanziarie 2007 e 2008 rispettivamente.

Nelle tabelle seguenti vengono riportati la ripartizione dei fondi statali assegnati e l'ammontare dei fondi di investimento che concorrono al finanziamento degli interventi.

Con nota 15093 del 16/05/2016, Il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero Economia e Finanze, ha comunicato alla Regione Lazio che la disponibilità finanziaria complessiva per la copertura dell'Accordo di Programma, allo stato attuale ammonta al 44,6% delle risorse progressivamente stanziare con le delibere CIPE e le leggi indicate nella tabella 2.

Pertanto si rende necessario suddividere l'Accordo in due stralci, di cui, al momento, solo la I parte può essere effettivamente avviata.

Pertanto, oggetto del presente Accordo è lo stralcio denominato d'ora in poi, **stralcio Ia**, per l'importo di € 264.441.089,72, cui € 251.219.035,23 a carico dello Stato e € 13.222.054,49 a carico della Regione Lazio, quale 5% prescritto ai sensi dell'art. 20 L. 67/88.

Gli importi residui, fino alla concorrenza del 100% delle risorse assegnate, pari a € 328.476.151,78, è programmato e pianificato nel suo complesso unitamente allo stralcio I.a ma sarà oggetto di un successivo Accordo di Programma. L'insieme dello stralcio I.a e di questo secondo step che è

denominato nel presente testo “**stralcio I.b**” sviluppa e conclude la terza fase dei finanziamenti ex art. 20 L. 67/88 ma è parte di una programmazione regionale decennale che individua un secondo stralcio pianificatorio, che sarà oggetto di future fasi di finanziamento, e che prosegue e conclude un unico percorso iniziato con l’Accordo di programma dello stralcio I.a.

I fondi provenienti da risorse statali finora attribuiti alla Regione Lazio attraverso vari programmi di investimento, con i relativi utilizzi e avanzamenti alla data del 31.12.2015.:

0.3 - DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI

La programmazione regionale individua un ruolo specifico per ciascun nodo della rete – ospedaliero o territoriale - identificando univocamente le funzioni che devono essere espletate da ciascun presidio.

Gli interventi inseriti nel piano per l’edilizia e le tecnologie sanitarie hanno il duplice scopo di qualificare il ruolo specifico del nodo di rete, rafforzando le funzioni individuate dalla programmazione regionale ed eliminando quelle ritenute superate dalla programmazione stessa, e di garantire la corretta agibilità dei presidi con l’adeguamento alle normative vigenti in materia di sicurezza per pazienti ed operatori.

Per perseguire i suddetti obiettivi strategici su tutti i Presidi sanitari ed ospedalieri sono indispensabili risorse per circa 1,73 miliardi di euro da articolare ragionevolmente su un piano decennale in tre stralci, oltre a quello del Giubileo, di cui i fondi per la III fase dell’art. 20 L. 67/88 oggetto del presente accordo, rappresentano lo Stralcio I.a, il primo dei tre step programmati.

I fondi disponibili vanno a finanziare prioritariamente gli interventi più significativi e di valenza propedeutica per la completa realizzazione del piano di riorganizzazione dell’offerta di salute nel Lazio.

Il piano si sviluppa in piena coerenza con la programmazione regionale, rappresentando la declinazione sul territorio dei Programmi Operativi del Piano di Rientro e i Decreti di riordino ad essi allegati. Gli obiettivi inquadrati nella matrice di cui al punto precedente si sviluppano in 9 azioni finalizzate al mantenimento dei livelli di efficienza, al miglioramento dell’efficacia organizzativa, allo sviluppo tecnologico ed ammodernamento dell’offerta e, soprattutto, alla massimizzazione dell’economicità e dell’appropriatezza allocativa delle risorse e dell’offerta di sanità con il riequilibrio verso il territorio.

0.3.1 – I CRITERI ISPIRATORI IN ATTUAZIONE DEL D.M. 70/2015

A seguito dell’analisi dettagliata dello scenario di fondo, e alla luce degli aspetti problematici in esso individuati, si sono definiti i criteri ispiratori del riordino della rete ospedaliera e del potenziamento delle attività territoriali, descritti e sviluppati nel quadro normativo di indirizzo. La conseguente articolazione degli obiettivi è sviluppata all’interno dei Programmi Operativi Regionali. I criteri ispiratori che hanno rilevanza per la programmazione degli investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie sono i seguenti:

b) Introdurre nel Lazio i nuovi modelli organizzativi di erogazione dell’assistenza intraospedaliera (Week Hospital, Osservazione Breve Intensiva)

A. b1 – Riorganizzazione della rete ospedaliera

A. b2 – Riorganizzazione della rete dell’offerta (comprese le fusioni aziendali)

c) Potenziare la rete di assistenza territoriale (Case della Salute, Hospice, RSA) e l’assistenza extraospedaliera (Poliambulatori integrati, MMG);

A. c1 - Potenziamento delle Cure primarie

Regolazione delle forme di medicina associativa (UCCP)

Implementazione e monitoraggio dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali e monitoraggio appropriatezza prescrittiva

A. c2 - Attivazione delle Case della Salute

A. c3 - Rete socio-sanitaria territoriale

A. c4 - Altri interventi sulla Rete Territoriale

Rete di terapia del dolore e cure palliative per il paziente adulto e pediatrico

Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell’assistenza territoriale e distrettuale

- Ridefinizione del modello organizzativo del DSM
- Rete Territoriale per i Minori

d) Superare la frammentazione e/o duplicazione delle strutture organizzative esistenti, attraverso processi di gerarchizzazione delle prestazioni offerte e di integrazione operativa e funzionale a livello regionale;

A. d1 - Riorganizzazione della rete ospedaliera

A. d2 - Riorganizzazione della rete dell'offerta

- SIMT – SPDC - Laboratori - DEA – ARES - CARDIOLOGIA

e) Creare reti delle alte specialità e separare i percorsi tra l'emergenza-urgenza e l'elezione;

A. e1 - Elaborazione della Rete dell'emergenza-urgenza (caposaldo dell'attività sanitaria)

rideterminazione dell'offerta ospedaliera per acuti a partire dalla Rete dell'Emergenza ospedaliera articolata in Presidi sede di DEA di II livello, collegati funzionalmente con DEA di I livello e P.S.;

potenziamento delle specialità connesse, in via immediata e diretta, all'area dell'emergenza (medicina d'urgenza, terapia intensiva, terapia intensiva neonatale, UTIC, UTIN I e II livello) con conseguente incremento di circa 150 posti letto;

valorizzazione e qualificazione delle reti di alta specialità tenendo conto sia della loro collocazione all'interno di presidi Hub per le reti tempo-dipendenti (Ictus, Trauma grave, Cardiologica e gravidanza e neonato ad alto rischio), sia di quanto previsto nella bozza Decreto - Regolamento recante "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" approvati in Conferenza Stato – Regione il 05/08/2014, relativamente alle specialità previste nei DEA di II livello.

A. e2 - Riquilibrare le strutture ospedaliere con bassa performance organizzativa in altra tipologia di offerta assistenziale, volta a erogare prestazioni al territorio.

Case della Salute: avviare la riconversione in presidi territoriali delle strutture ospedaliere di piccole dimensioni o con ridotta attività, con contestuale individuazione delle forme di assistenza che saranno attivate nelle strutture riconvertite, con precisa indicazione della tempistica del graduale trasferimento delle funzioni e delle risorse.

f) Migliorare l'efficienza della gestione globale di sistema

A. f2 – Protocolli di Intesa con le Università.

La programmazione funzionale degli interventi proposti nel presente documento definisce e focalizza i punti di coerenza tra quanto previsto dalla normativa regionale messa a punto in ottemperanza a quanto prescritto dal DM 70 del 02/04/2015 e l'organizzazione territoriale edilizia e tecnologica, confrontando l'effettivo stato attuale delle strutture con gli obiettivi di cui ai programmi operativi sopra indicati. Il raccordo tra gli atti regionali e gli interventi individuati è incardinato nella matrice degli obiettivi sopra riportata.

L'appartenenza dell'intervento individuato a uno dei sottoinsiemi precedentemente individuati permetterà di definire puntualmente ed univocamente il livello di coerenza con gli atti di programmazione assunti in attuazione del DM 70/2015, dalla Regione Lazio.

0.3.2 LE AZIONI

Le azioni si possono sintetizzare in:

a) Interventi di adeguamento alla normativa per il riordino delle reti

1. Progetti destinati al miglioramento degli spazi e dell'offerta nell'ottica della definitiva messa a punto del sistema hub & spoke.

2. Riquilibrare e specializzazione dell'offerta ospedaliera con particolare riferimento alle reti tempo – dipendenti e alla riorganizzazione finalizzata al superamento delle UU.OO. di ricovero per specialità verso le aree omogenee per livello di complessità assistenziale, per il miglioramento delle prestazioni, dell'organizzazione e dell'efficienza, con priorità riferita a:

- rete dell'emergenza 1- Miglioramento degli spazi destinati al DEA: riqualificazione e ampliamento degli spazi destinati a DEA di II e di I livello e delle aree connesse (TIN, Stroke, etc.) in completamento del Programma Giubileo;

- rete trasfusionale e SIMT
- rete emergenza Psichiatrica: S.P.D.C.
- rete dei laboratori
- rete cardiologica
- rete perinatale

3. Ottimizzazione dell'offerta di salute attualmente ancora frammentaria e disorganica del territorio del Lazio con particolare riferimento alla provincia sud est di Roma e al quadrante sud:

- attivazione del Nuovo Ospedale dei Castelli, finanziato con fondi regionali, ma che richiede ulteriori fondi per il completamento e l'attivazione, con l'acquisto di attrezzature e la realizzazione delle parti esterne;

- trasformazione del DEA di I livello di Latina – Ospedale S. Maria Goretti – in DEA di II livello, come riferimento anche per la Provincia di Frosinone.

4. Ottimizzazione dell'offerta di salute attraverso il rafforzamento dei sistemi informativi e delle connessioni tecnologiche informatiche.

5. Ammodernamento e sviluppo del parco tecnologico, con incidenza sul volume complessivo degli investimenti più significativa rispetto al 15% prescritto dalla normativa.

b) Interventi di messa a norma degli spazi sanitari – ACUTI

6. Adeguamento e messa a norma delle strutture sanitarie, per realizzare la piena conformità al quadro legislativo vigente che riconosce alle strutture sanitarie - quale che sia il livello di assistenza – un ruolo strategico ai fini della sicurezza in caso di eventi calamitosi, obbligando alla resistenza alle azioni sismiche e alla risposta massimamente efficace rispetto alle situazioni critiche, in caso di incendio e per la sicurezza di operatori e pazienti. Pertanto, la messa a norma del patrimonio pubblico regionale, in maggioranza obsoleto e inadeguato, rappresenta una parte rilevante del programma di investimento dei fondi disponibili.

7. Risparmio energetico: le politiche di realizzazione del risparmio energetico hanno una valenza ormai primaria nella gestione del patrimonio edilizio, tanto più per gli immobili pubblici ad alto impegno di energia come gli ospedali e i presidi sanitari in genere. Di conseguenza, una quota parte dei fondi disponibili saranno destinati agli interventi di manutenzione straordinaria finalizzati al risparmio energetico. L'obiettivo è da intendersi a sviluppo sul lungo termine, tenendo conto che la Regione Lazio intende fare valere, in prima istanza, la maggior parte dei finanziamenti sui fondi POR FESR già disponibili, ai sensi della DGR 398/2015 oltre alla quota parte che afferirà al Multiservizio Tecnologico, nella gara centralizzata in corso.

c) Messa a norma per la sicurezza degli spazi sanitari – TERRITORIO

8. Realizzazione di progetti destinati al riequilibrio dell'offerta verso il territorio con l'attivazione di una Casa della Salute per ciascun Distretto Sanitario. Saranno portate a conclusione le prime 12 case della Salute avviate con fondi regionali e si procederà all'attivazione delle restanti fino alla completa copertura dei Distretti Sanitari del Lazio.

9. Adeguamento strutturale ed impiantistico delle strutture esistenti, messa a norma e in sicurezza che rappresenta la quota di investimento prioritaria e più rilevante rispetto ai fondi disponibili, anche per la messa a norma dei presidi territoriali, in prima istanza quelli dotati di posti letto di degenza infermieristica.

1. - BISOGNI, LOGICA, COERENZA E SOSTENIBILITA' DELLA STRATEGIA

1.1 - L'ANALISI SOCIO SANITARIA. SINTESI DEI FATTORI DI CRITICITA'

Di seguito si fa sintesi dei principali fattori di criticità relativi al contesto demografico, al quadro epidemiologico ed ai livelli di ospedalizzazione rilevati nei corso delle analisi condotte (vedi anche Allegati).

Per quanto attiene ai fattori di **mortalità**:

□□ nel 2011 si sono verificati 52.962 decessi per tutte le cause tra i residenti nella Regione Lazio, con una mortalità generale maggiore nei maschi rispetto alle femmine (596,0 rispetto a 378,4 per 100.000 residenti rispettivamente);

□□i tumori maligni rappresentano la prima causa di decesso nei maschi e i tassi risultano essere quasi il doppio rispetto alle femmine (211,3 e 125,8 per 100.000 residenti, rispettivamente). I tumori rappresentano inoltre la terza causa di morte nei bambini e nelle bambine di 0-14 anni;

□□le malattie del sistema circolatorio sono invece la prima causa di morte tra le femmine e la seconda tra i maschi. In termini assoluti i decessi per questa causa sono maggiori nelle femmine rispetto ai maschi, ma i tassi standardizzati sono rispettivamente 197,3 (per 100.000 residenti) nei maschi e 133,1 (per 100.000 residenti) nelle femmine. I tassi standardizzati presentano eterogeneità nelle ASL e Province, con tassi di mortalità più elevati rispetto alla media regionale in alcune ASL della Provincia di Roma e nella Provincia di Frosinone.

Per quanto riguarda i livelli di **ospedalizzazione per gli adulti** si evidenzia che:

□□le malattie del sistema circolatorio e i tumori maligni rappresentano i grandi gruppi di cause di ricovero più frequenti (rispettivamente il 20% e il 10% circa dei ricoveri ordinari totali). I tassi di ospedalizzazione per malattie del sistema circolatorio nei maschi sono quasi il doppio di quelli delle femmine (19,0 per 1.000 maschi rispetto a 9,8 per 1.000 femmine), con tassi più elevati in alcune ASL della Provincia di Roma e nelle Province di Rieti e Latina. Nel 2011 vi sono stati circa 64.000 ricoveri per tumori maligni, in ugual numero nei maschi e nelle femmine, con tassi più elevati in alcune ASL del Comune e della Provincia di Roma;

□□rispetto ai dati precedenti riferiti al quinquennio 2001-2005, disponibili solo per il Comune di Roma si evidenzia una sostanziale riduzione nelle dimissioni in regime ordinario per tutte le cause, per le malattie del sistema circolatorio e per i tumori maligni. Si evidenzia anche una riduzione del numero di day hospital per tutte le cause, in controtendenza con l'incremento osservato negli anni precedenti.

Nel caso della **popolazione in età pediatrica**:

□□nel 2011 vi sono stati circa 35.000 ricoveri ordinari e 58.000 day hospital per tutte le cause, con tassi di ospedalizzazione maggiori nei bambini rispetto alle bambine. I tassi di ospedalizzazione per tumori maligni sono invece simili nei due generi. Per questa patologia, il numero di day hospital totali è tre volte maggiore del numero di ricoveri ordinari (2.718 e 864, rispettivamente);

□□anche in questa categoria di popolazione si osserva un trend in diminuzione delle dimissioni sia in regime ordinario che di day hospital rispetto ai dati precedenti riferiti al quinquennio 2001-2005 per il Comune di Roma.

Per quanto riguarda la **prevalenza di BPCO** nel Lazio (dati 2008 per 1.000 residenti) è stimata pari a 100,9 nei maschi e 71,9 nelle femmine e il tasso è eterogeneo tra le diverse ASL e Province; la prevalenza è più elevata nelle ASL della Provincia di Roma. Anche la **prevalenza di diabete** è maggiore nei maschi (87,2 rispetto a 67,6 nelle femmine per 1.000 residenti) e si evidenzia una notevole eterogeneità tra le ASL del Lazio; la prevalenza maggiore si osserva tra le ASL della Provincia di Roma. La prevalenza di diabete stimata nel Lazio è in linea con il dato nazionale stimato (periodo 1998-2002) e lievemente inferiore al dato stimato per il Centro Italia (il 12% dei maschi e il 9% delle femmine).

L'incidenza annuale di **eventi coronarici acuti** (dati 2006-2009) è tre volte maggiore nei maschi rispetto alle femmine (331,1 e 109,7 per 1.000 residenti, rispettivamente); in entrambi i generi si osservano i tassi di incidenza più elevati nelle ASL della Provincia di Roma. I dati indicano un incremento nell'incidenza di questa patologia nei maschi rispetto al dato stimato nel 2000 per il Centro Italia (228 ogni 100.000 maschi e 100,2 ogni 100.000 femmine. L'incidenza di eventi cerebrovascolari nello stesso periodo è pari a 182,8 nei maschi e 115,3 nelle femmine (per 100.000 residenti); i tassi più elevati si registrano nella Provincia di Viterbo.

Quanto agli **indicatori demografici**, sulla base delle statistiche ISTAT e dei sistemi informativi correnti, nel Lazio si evidenzia che:

–□la speranza di vita alla nascita nel Lazio (79,1 anni nei maschi e 84,5 anni nelle femmine) e a 65 anni (18,3 anni nei maschi e 21,9 anni nelle femmine) continua ad aumentare in entrambi i generi;

- esiste un divario per livello sociale nella speranza di vita alla nascita con un vantaggio delle classi benestanti rispetto alle classi svantaggiate di più di tre anni nei maschi e di due anni nelle femmine;
- il tasso di natalità è in diminuzione costante (fonte ISTAT): 9,8 x 1000 nel 2006, 9,5 x 1000 nel 2010, 8,6 x 1000 nel 2014;
- il 72% della popolazione del Lazio risiede nel Comune di Roma e Provincia;
- la quota di popolazione straniera è pari a circa il 9,5% della popolazione totale;
- la popolazione di 65+ anni costituisce circa il 20% della popolazione totale, concentrata specialmente nelle Province di Rieti e di Viterbo;
- la popolazione anziana fragile (definita sulla base dell'età, delle condizioni sociali e dei ricoveri per malattie croniche), rappresenta circa il 3,5% della popolazione di 65+ anni del Lazio (circa 44.000 persone nel 2013).
- Circa **lo stato di salute della popolazione**, dai dati dei sistemi informativi sanitari, si evidenzia che:
 - il tasso standardizzato di mortalità per tutte le cause è di 596 per 100.000 residenti nei maschi e 378 nelle femmine, con un numero totale di decessi osservato pari a 52.962 (dati 2011);
 - le malattie circolatorie sono la causa più frequente di morte, con una frequenza relativa del 36% nei maschi e del 42% nelle donne, seguite dai tumori maligni;
 - si stimano annualmente circa 9.500 casi di evento coronarico acuto e 6.800 di ictus cerebrale, con una incidenza annua rispettivamente di 306 x 100.000 residenti e 149 x 100.000 residenti di età 35-84 anni;
 - si stimano 340.000 casi prevalenti di diabete mellito tipo 2 nella classe di età 35+ anni, pari ad una prevalenza del 94‰;
 - si stimano 195.000 casi prevalenti di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) nella classe di età 45+ anni, pari ad una prevalenza del 70‰;
 - si osserva una variabilità geografica e un divario per posizione socio-economica a sfavore delle classi più svantaggiate nei tassi di mortalità e nell'occorrenza di malattie.

Indicatori di esito dell'assistenza

Nel Lazio è attivo un sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità, in raccordo con il programma nazionale di valutazione di esiti come previsto dal DL 158/2012, denominato Programma Regionale di Valutazione di Esito (PReValE). Alcuni degli indicatori di esito di seguito riportati sono stati inseriti tra gli Obiettivi di budget e di mandato per i Direttori Generali (DCA U00234/2013 e DGR 42/2014).

Per ciò che riguarda le patologie tempo-dipendenti, il cui esito è fortemente legato alla tempestività delle cure e per le quali è fondamentale il ruolo dell'assistenza in emergenza e dell'assistenza specialistica ospedaliera, in particolare nel caso delle **cardiopatie ischemiche** si rileva che:

- Il 30% dei nuovi casi di evento coronarico acuto decede prima dell'arrivo in una struttura ospedaliera con una eterogeneità tra ASL di residenza;
- nel 2013, si osservano circa 11.000 ricoveri per infarto acuto del miocardio (IMA), senza variazioni sostanziali nel corso degli ultimi 5 anni;
- nel 2013, la proporzione di IMA STEMI (infarto miocardico con sopraslivellamento del tratto ST) sul totale degli IMA è pari a circa il 43%, in diminuzione nel corso degli ultimi 5 anni;
- la mortalità a 30 gg dopo IMA diminuisce dall' 11% nel 2009 al 9.7% nel 2012 con una variabilità tra ASL di residenza;
- la proporzione di pazienti in IMA STEMI trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 90' aumenta dal 16% nel 2009 al 32% nel 2013, con una variabilità tra ASL di residenza;
- il numero di PTCA complessivo è pari a circa 11.500 nel 2013, in aumento nel corso degli ultimi 5 anni dovuto in particolare all'incremento delle PTCA non in IMA;
- sussiste un differenziale tra classi sociali nell'accesso alle procedure coronariche invasive;
- si osservano circa 7.000 ricoveri annui per Ictus ischemico;

–□ la mortalità a 30 gg è pari al 14%, sostanzialmente invariata negli ultimi 5 anni.

Nel 2013, si osservano circa 8.200 ricoveri per frattura del collo del femore (FCF) all'anno negli anziani (65+anni), in aumento nel corso degli ultimi 5 anni, pari ad una tasso di ricovero medio del 6.2‰ con variabilità tra ASL di residenza;

–□ la proporzione di pazienti con FCF trattati con intervento entro 2 giorni aumenta dal 16% nel 2009 al 39% nel 2013 con una notevole variabilità tra ASL di residenza;

–□ l'aumento nel tempo della proporzione di pazienti con FCF trattati con intervento entro 2 giorni ha ridotto il differenziale tra classi sociali a vantaggio delle classi meno abbienti.

Per quanto riguarda le **patologie croniche**, in cui è fondamentale il ruolo dell'Assistenza Territoriale ("Cure primarie") e dell'integrazione ospedale-territorio, si evidenzia che:

–□ esiste una eterogeneità nell'ospedalizzazione per complicanze a breve e lungo termine in pazienti diabetici per ASL di residenza. I risultati variano da un minimo del 52‰ a un massimo del 119‰, con una media regionale pari a 82‰;

–□ esiste una eterogeneità della ospedalizzazione per BPCO in pazienti affetti da BPCO per ASL di residenza. I risultati variano da un minimo del 9‰ a un massimo del 31‰, con una media regionale pari a 15‰.

Per ciò che si riferisce all'**area chirurgica** si evidenzia che nel Lazio si effettuano circa 9.000 interventi di colecistectomia laparoscopica l'anno, senza variazioni sostanziali nel corso degli ultimi 5 anni. La proporzione di interventi di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 3 giorni aumenta dal 47% nel 2009 al 60% nel 2013 con una notevole variabilità tra ASL di residenza.

Quanto agli interventi sanitari ad alto rischio di **inappropriatezza** si evidenzia che:

–□ la proporzione di parti cesarei in donne senza un pregresso cesareo diminuisce dal 34% nel 2009 al 31% nel 2013 con variabilità tra aree di residenza;

–□ esiste una eterogeneità tra aree di residenza nei tassi di ospedalizzazione "potenzialmente evitabili" in età pediatrica, quali la gastroenterite, la tonsillectomia e l'asma bronchiale. In particolare, l'ospedalizzazione per tonsillectomia diminuisce dal 3.2‰, nel 2007 al 2.4‰, nel 2013. La mobilità ospedaliera interregionale

La mobilità interregionale va valutata in relazione ai fattori che ne sono la causa: se quelli fisiologici sono forse accettabili nel breve-medio periodo, quelli riguardanti i ricoveri ordinari rappresentano invece un dispendio di risorse economiche pubbliche al quale occorre dare una risposta risolutiva. Un discorso a parte, invece, merita la cosiddetta "mobilità di confine", cioè i casi in cui la contiguità prevale, di fatto, sui confini istituzionali.

Per scoraggiare il fenomeno sono stati predisposti, nel corso degli anni, diversi documenti in materia di remunerazione dei ricoveri in mobilità sanitaria. Già a partire dall'anno 2003, ad esempio, i criteri prevedevano per le prestazioni di alta specialità un incremento del 10% per le prestazioni erogate presso le Aziende Ospedaliere, un aumento del 6% sul valore tariffario per quelle erogate presso gli IRRCS, in cui vi sia il triennio clinico di formazione della facoltà di Medicina e Chirurgia. Per i 43 DRG considerati a rischio di inappropriatezza in regime di ricovero ordinario era invece previsto il seguente decremento tariffario: fino al 25% per i DRG chirurgici, al 50% per i DRG medici e al 20% per ulteriori 54 DRG medici denominati dalle Regioni "sentinella". Gli impegni di contenimento della spesa sanitaria adottati dalla Regione Lazio in adempimento del Piano di Rientro dal debito sanitario hanno determinato nell'arco temporale 2008 – 2013 una progressiva riduzione delle attività assistenziali ospedaliera e specialistico ambulatoriale. Inevitabilmente, la contrazione generale di produzione ha inciso sul saldo di mobilità interregionale, che al netto della remunerazione riconoscibile all'Ospedale Bambino Gesù, è passata da un valore complessivo positivo, ad un valore negativo (Tab. 4 – Graf.1).

Mentre nel 2008 il saldo commerciale evidenziava un segno positivo di 47 milioni di Euro circa, nel 2013 il saldo negativo tra prestazioni garantite a cittadini di altre Regioni e quelle ottenute dai residenti nel Lazio ha superato i 36 milioni di Euro. Un fenomeno che trae origini nella normativa sui tetti di spesa del Decreto Legislativo 95 del 2012 sulla spending review che trova applicazione

soltanto nelle Regioni sottoposte ad un Piano di Rientro. Tale normativa sembra aver prodotto effetti distorti nelle Regioni in Piano di Rientro per le quali, la definizione di un tetto vincolante nell'ambito di un budget unico, ha di fatto ridotto la mobilità attiva e favorito in modo significativo quella passiva, premiando, in particolare, le regioni confinanti, con un saldo negativo per il Lazio in costante crescita: una condizione aggravata dalla ridotta capacità produttiva delle stesse strutture pubbliche sottoposte da anni ad un sostanziale blocco del turnover.

In particolare dall'esame di dettaglio dei dati di attività resa e ricevuta in mobilità si evidenzia che ad un trend sostanzialmente in decremento delle prestazioni esportate (mobilità attiva), si affianca un andamento sostanzialmente invariato di quelle ricevute in addebito dalle altre regioni (mobilità passiva).

L'attuale andamento del saldo di mobilità interregionale impone pertanto un più stringente governo delle dinamiche collegate al fenomeno della mobilità passiva, e delle prestazioni sanitarie, in particolare per attività ospedaliera e specialistico ambulatoriale, rese dalle altre regioni a cittadini residenti del Lazio.

Volendo analizzare in dettaglio la provenienza delle prestazioni rese a cittadini laziali da altre regioni, si evidenzia che 8 Regioni (Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria e Abruzzo e, in misura differente Piemonte, Veneto e Molise) erogano prestazioni sanitarie ai residenti del Lazio, e che 4 tra queste sono regioni di confine limitrofo.

Un decremento del valore della mobilità passiva annuale teso al contenimento del saldo di mobilità interregionale a 0, implica un effetto di salvaguardia sul valore del Fondo Sanitario Regionale annualmente assegnato, e quindi un miglioramento delle dinamiche di conseguimento del pareggio di bilancio sanitario.

Uno dei principali obiettivi del prossimo biennio è procedere alla revisione dei criteri per la remunerazione degli erogatori pubblici e privati per le prestazioni di assistenza ospedaliera in acuti e post acuti al fine di supportare Regione Lazio nel recupero della mobilità passiva (coerentemente con le competenze dimostrate negli anni precedenti) e nell'incremento della mobilità attiva per ricoveri di alta complessità pur garantendo la riduzione del tasso di ospedalizzazione per allineamento al valore programmato e valorizzando la partecipazione alla rete di emergenza ed urgenza. Il tutto nel rispetto di quanto previsto dalla L.135/12.

Per il conseguimento del livello di appropriatezza nella erogazione e nella organizzazione dei servizi di assistenza ospedaliera e specialistica, le Regioni sono tenute ad individuare adeguati strumenti di governo della domanda tramite accordi tra Regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanitaria al fine di:

- a) evitare fenomeni distorsivi indotti da differenze tariffarie e da differenti gradi di applicazione delle indicazioni di appropriatezza definite a livello nazionale;
- b) favorire collaborazioni interregionali per attività la cui scala ottimale di organizzazione possa risultare superiore all'ambito territoriale regionale;
- c) facilitare percorsi di qualificazione ed appropriatezza dell'attività per le Regioni interessate dai piani di rientro;
- d) individuare meccanismi di controllo dell'insorgere di eventuali comportamenti opportunistici di soggetti del sistema attraverso la definizione di tetti di attività condivisi funzionali al governo complessivo della domanda.

1.2 – IL SISTEMA DELL'OFFERTA SANITARIA

A partire dal periodo 2002-2006 è stata registrata una riduzione di 1.126 posti letto per acuti in regime ordinario e un aumento di 232 posti di day hospital. Le specialità che hanno subito la riduzione maggiore sono state la medicina generale, la chirurgia generale e la lungodegenza, mentre per l'oncoematologia, la breve osservazione e la neurologia vi è stato un aumento di complessivi 89 posti letto.

La dotazione di posti letto pubblici, classificati e privati accreditati SSR (flusso NSIS aggiornato al 30 giugno 2014) è pari a 17.187 posti letto in acuzie e 3.853 posti letto in post acuzie, di cui 3.110 di riabilitazione e 743 di lungodegenza (fonte NSIS, DCA 80/2010 e s.m.i. e DCA di

accreditamento definitivo). A questo numero va aggiunta la dotazione di posti letto dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (OPBG), utilizzati per l'assistenza dei residenti nel Lazio (455 su 791 PL per acuti complessivi e 24 su 35 per la post-acuzie, calcolati sulla base dell'attività di ricovero). Pertanto, la dotazione complessiva di riferimento è pari a 17.642 posti letto per acuti e 3.877 posti letto per post acuti, per un totale di 21.519 PL.

In relazione ai dati sulla popolazione del Lazio nell'anno 2013 pari a 5.870.451 abitanti (popolazione anagrafica di fonte ISTAT aggiornata al 31 dicembre 2013), l'offerta di posti letto per 1.000 abitanti risulta pari a 3,67 di cui 3,01 posti letto per acuti e 0,66 posti letto per post acuti (di cui 0,53 per riabilitazione e 0,13 per lungodegenza).

E' opportuno rilevare che il dato relativo al numero degli abitanti è stato corretto a seguito delle verifiche effettuate dall'Anagrafe dei Comuni del Lazio, in seguito alle quali l'Istat ha potuto aggiornare i dati sulla popolazione residente certificando che al 31/12/2013 gli abitanti del Lazio erano 5.870.451 e non 5.557.276, come stimato in prima istanza. La discrasia fra il dato reale e quello stimato, che è stato utilizzato per definire la quota del fondo sanitario nazionale pari a oltre 300mila abitanti si è tradotta, in termini finanziari, in una sottostima delle risorse destinate al funzionamento del sistema sanitario regionale di circa 400 milioni di euro di fondo di spesa corrente oltre a 900 posti letto in rapporto alla popolazione effettiva. In conseguenza della rivalutazione dei posti letto da garantire nel Lazio, si è reso necessario rivedere l'intero piano di riordino delle reti, provvedendo alla rivalutazione dei tagli di posti letto da effettuare.

Il fabbisogno di posti letto, definito dallo standard fissato dalla L.135/2012, riequilibrato sulla base dell'effettiva popolazione residente e corretto per la mobilità, secondo il comma 3 art. 1 del Regolamento ministeriale, è stato così determinato:

- □ popolazione residente al 31/12/2013: 5.870.451 (fonte ISTAT)
- □ posti letto attesi per rispettare il 3,7 x 1.000: 21.721
- □ saldo mobilità (in Euro) -148.342.465 (escludendo 144.976.664 di debiti verso OPBG e SMOM si arriva a -3.365.801)
- □ stima costo medio per posto letto a livello nazionale: 223.415,62 (fonte Ministero della Salute)
- □ posti letto da mobilità da sottrarre al fabbisogno: $3.365.801/223.415,62 = 15$
- □ applicazione del coefficiente correttivo: $0,80 \times 15 = 12$
- □ fabbisogno pesato per mobilità : $21.721 - 12 = 21.709$

L'attuale dotazione di 21.519 posti letto (fonte NSIS aggiornata a giugno 2014) risponde allo standard massimo previsto, sia complessivamente (3,7 posti letto per 1.000) che per il setting dell'acuzie (3,0 per 1.000) e della post-acuzie (0,7 per 1.000).

Nel 2013 il tasso di ospedalizzazione regionale risulta pari a 165,3 per 1.000 (valore leggermente superiore allo standard di 160 per 1.000). La tabella 5 mostra un tasso di ospedalizzazione in regime diurno pari a 53,1 per 1.000 che corrisponde a 311mila ricoveri; tale valore è superiore ai parametri previsti dalla L. 135/2012 "Spending Review".

Il DCA U00412 del 26/11/2014 riequilibra l'offerta di posti letto nel territorio del Lazio sulla base dei parametri di valutazione sopra esplicitati allineandosi contestualmente agli atti di programmazione assunti dalla Regione Lazio in attuazione del DM 70/2015, con particolare riferimento ai programmi operativi del Piano di Rientro.

I ricoveri per acuti in DH dei residenti sono stati pari a circa 304 mila nel 2013, corrispondenti al 31% di tutti i ricoveri tra i residenti. Per aderire alla quota massima di DH stabilita dalla L. 135/2012, pari al 25%, l'obiettivo è portare il numero di ricoveri in DH ad un numero inferiore a 220mila (-64mila rispetto a quelli attuali). L'eccesso di ricoveri diurni è attribuibile a diversi fattori, tra cui l'elevata quota osservata nel Lazio di DH con terapia medica.

Si tratta di 176mila ricoveri, pari al 58% dei DH; un numero eccessivo, specie se confrontato con le altre regioni. Altro fattore è l'eccesso del numero di ricoveri in DH derivante da una non corretta modalità di registrazione da parte di una struttura, in cui si osserva un numero medio di accessi per DH pari a 1,2 contro la media di 3 accessi per DH delle altre strutture. Se l'erogazione dei DH di

tale struttura avvenisse con una media di accessi pari a quella regionale il numero di ricoveri sarebbe pari a 15mila-30mila rispetto a quelli attuali.

L'analisi dei trend temporali evidenzia, comunque, una riduzione del tasso di ospedalizzazione in tutti i setting.:

L'esigenza di una maggiore semplificazione della gestione e del funzionamento del SSR, nonché alcune considerazioni di carattere geografico e assistenziale, ha suggerito la necessità di procedere ad una razionalizzazione del numero di Aziende che costituiscono il SSR.

La prima integrazione tra Aziende è avvenuta tra la ASL Roma A e la ASL Roma E, annettendo alla nuova Azienda anche l'Ospedale San Filippo Neri. Di seguito si è provveduto all'accorpamento delle ASL Roma B e Roma C. L'Azienda Sanitaria Locale Roma D rimane invariata nei confini e nel numero di abitanti assistiti, allineandosi solamente nella nuova denominazione. Pertanto, le Asl di Roma capitale saranno così articolate:

- Roma 1 (ex Asl RM E ed A) Municipi I, II, III, XIII, XIV, XV. Popolazione residente 1.050.682 abitanti;
- Roma 2 (ex Asl RM B e C) Municipi IV, V, VI, VII, VIII, IX. Popolazione residente 1.290.266 abitanti;
- Roma 3 (ex RM D) Municipi X, XI, XII e Comune di Fiumicino. Popolazione residente 674.000 abitanti.

1.2.1 - L'EDILIZIA SANITARIA

L'edilizia sanitaria rappresenta uno dei più gravosi punti di debolezza del sistema, per la presenza di molte strutture non più adeguate ad ospitare le attività di ricovero per acuti, anche quale conseguenza di ritardi nell'esecuzione dei previsti programmi di riqualificazione. Il riordino delle reti ospedaliere e la riorganizzazione generale dell'offerta di salute, hanno comportato, come effetto consequenziale, un ulteriore distanziamento tra le condizioni ottimali delle prestazioni erogate e l'adeguatezza degli involucri che ospitano ogni giorno i fruitori delle prestazioni stesse.

L'inadeguatezza è relativa tanto all'aspetto strutturale in senso lato, riferito alla organizzazione e gestione degli spazi, quanto all'aspetto strutturale in senso stretto, ovvero alla vetustà ed obsolescenza degli involucri.

E' ben nota già da diversi anni, per quanto riguarda l'assetto organizzativo, la rilevanza del progressivo invecchiamento della popolazione, che si accompagna ad un aumento della gravità e dei bisogni assistenziali, che porta, già da diverso tempo, in assenza o carenza di risposte alternative al ricovero ospedaliero (degenza post acuzie, strutture residenziali con un sufficiente numero di posti letto), ad un sovraffollamento in area medica e ad un improprio utilizzo dell'area chirurgica.

L'attuale rigidità dell'assetto organizzativo stesso limita la flessibilità nell'uso di risorse e ritarda il riordino delle reti ospedaliere, non solamente per la difficoltà di gestire la presenza di duplicazioni e/o sottoutilizzo delle strutture ma anche per la scarsa integrazione tra i diversi Presidi di aree territoriali omogenee, con tendenza a mantenere situazioni di autoreferenzialità.

Un esempio delle possibili conseguenze derivanti da tale situazione è rappresentato dalla tendenza all'incremento progressivo della dotazione tecnologica del singolo ospedale, a causa della non considerazione di possibili sinergie con altri Presidi.

Un'ulteriore criticità cronica, è identificabile nell'organizzazione prevalentemente autonoma delle singole funzioni degli ospedali, con tendenza a sviluppare comportamenti competitivi determinando inoltre una rigidità dell'offerta per funzione rispetto ai bisogni dell'utenza. Una delle conseguenze dirette è il conferimento di assistenza di minore complessità clinico-assistenziale in strutture a elevato profilo di offerta (utilizzo incongruo di strutture ad alta specializzazione), o il ricovero del paziente a elevata complessità in strutture non adeguate, fenomeno che favorisce la tendenza a incrementare il livello di complessità dell'offerta attraverso l'acquisizione di nuove attrezzature e lo sviluppo di nuove procedure (tipico l'esempio delle cardiologie che tendono ad acquisire le funzioni di emodinamica, indipendentemente dal numero di pazienti afferenti e dall'offerta di tali servizi sul territorio limitrofo). Ciò comporta l'incremento dei costi di gestione e la riduzione della casistica trattata dai singoli professionisti.

Non è garantita, inoltre, la disponibilità di prestazioni multidisciplinari in quanto esse non sono presenti in tutti i centri.

Si evidenzia, infine, la persistente difficoltà per i presidi ospedalieri di garantire le funzioni assistenziali di minore complessità ma di elevata frequenza necessarie per il Distretto di riferimento, denunciando un'integrazione ospedale – territorio insufficiente. È necessario quindi favorire l'integrazione dell'ospedale con i servizi territoriali (continuità assistenziale e percorsi clinico-assistenziali dei pazienti), privilegiando il ruolo del Distretto, delle Case della Salute e dell'assistenza territoriale.

Nell'ambito dell'adeguamento organizzativo della rete ospedaliera per acuti, si intendono perseguire contestualmente tre distinte finalità interdipendenti tra loro:

- lo sviluppo di reti di alta specialità con separazione dei percorsi tra emergenza-urgenza ed elezione; tale riequilibrio è incentrato, come già ampiamente esplicitato, sulla riduzione/riconversione di posti letto individuando come settori di criticità quelli delle specialità chirurgiche, della chirurgia generale e della medicina generale, spesso veri e propri reparti di lungodegenza usati impropriamente, il cui costo però è quello dei letti per acuti. Non sono coinvolte in alcun modo nei tagli la rete di offerta di eccellenza e la rete dell'emergenza, che sono invece potenziate;

- il riequilibrio territoriale tra i posti letto di Roma e quelli delle province;

- il riequilibrio percentuale a favore degli erogatori pubblici rispetto a quelli privati.

Questi aspetti organizzativi e gestionali sono quelli che hanno una ricaduta diretta sulla conformazione - e quindi sull'adeguatezza - degli involucri delle strutture sanitarie e delle tecnologie in capo ad ogni singola struttura.

1.2.2 - GLI OBIETTIVI PROGRAMMATI E LE PRIORITÀ DI INTERVENTO

La riorganizzazione della rete ospedaliera regionale viene definita dal DCA 412/2014 sulla base di quanto disposto dall'art. n. 35 della Legge 135/2012 (spending review), dalle indicazioni contenute nel Regolamento recante "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" (seduta del 5 Agosto 2014 Conferenza Stato-Regioni) nonché dal Decreto del Commissario ad Acta sui nuovi Programmi Operativi 2013-2015 (DCA n. U00247/2014) recepiti dal D.M. 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera".

Nello specifico, le **linee di programmazione** contenute negli atti regionali di recepimento ed attuazione di quanto disposto nel DM 70/2015 e che ispirano la nuova riorganizzazione della rete ospedaliera della regione Lazio, sono le seguenti:

- i posti letto (PL) ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del SSR non superano il valore di 3,7 x 1.000 abitanti, di cui il 3,0 x 1.000 per acuti, lo 0,5 per la post-acuzie riabilitativa e lo 0,2 per la lungodegenza. In questo ambito il fabbisogno di posti letto è calcolato tenendo conto della correzione per la mobilità così come previsto dall'art. 1, comma 3 del Regolamento;

- il tasso di ospedalizzazione tendenzialmente è riportato sotto il valore soglia di 160 x 1.000 abitanti, di cui il 25% riferito a ricoveri diurni;

- la rete dell'emergenza ospedaliera è organizzata su tre livelli di complessità crescente e dimensionata secondo i rispettivi bacini di popolazione e caratteristiche oro-geografiche;

- l'offerta di specialità più complesse (ad es. neurochirurgia, cardiocirurgia, chirurgia vascolare, grandi ustionati, emodinamica, chirurgia toracica, maxillo-facciale, plastica) rispondono a criteri basati sia sui volumi di attività che, laddove necessario, sulla tempestività della risposta, fattori che hanno un peso determinante sugli esiti di salute;

- all'interno dello stesso ambito assistenziale, sono assicurate le integrazioni interaziendali secondo il modello Hub e Spoke;

- la modalità di funzionamento della struttura ospedaliera deve svilupparsi sulla base di logiche organizzative dipartimentali e per livelli omogenei di intensità di cura;

–□è necessario perseguire l’obiettivo dell’appropriatezza organizzativa e clinica nei diversi setting assistenziali ospedalieri prevedendo la conversione di determinati ricoveri ordinari in ricoveri in day-hospital e di determinati day-hospital in prestazioni territoriali.

La necessità di garantire cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza in un contesto di risorse limitate comporta necessariamente una riconversione di servizi, strutture ed ospedali. In tal senso elementi determinanti sono rappresentati dai volumi di attività e dalla valutazione degli esiti;

–□le strutture ospedaliere private sono accreditate prevedendo un numero di PL per acuti non inferiore a 60, ad esclusione delle strutture monospecialistiche. Per le strutture accreditate già esistenti alla data del 1 gennaio 2014 che non raggiungono la soglia dei 60 PL per acuti ma che abbiano comunque almeno 40 PL, anche se dislocate in siti diversi, sono favoriti i processi di riconversione e/o fusione attraverso la costituzione di un unico soggetto giuridico ai fini dell’accreditamento; in questi casi il nuovo soggetto giuridico dovrà avere un numero di PL non inferiore a 80. Il processo privilegia l’aggregazione delle stesse in un’unica sede;

–□è mantenuta la presenza di presidi ospedalieri di piccole dimensioni solamente in zone distanti più di 90 minuti dai centri HUB e Spoke di riferimento o più 60 minuti da ospedali sede di Pronto Soccorso.

Il DCA 412/2014 modifica l’assetto della rete ospedaliera disegnata nel 2010 con il Decreto commissariale 80/2010 e ss.mm.ii. che prevedeva, ai sensi del Patto della Salute 2010-2012, uno standard di 4 PL per 1.000 abitanti; ridefinisce, inoltre, le afferenze dei PS/DEA I ai DEA di II livello, aggiorna i punti di offerta di alcune reti di specialità secondo un modello Hub e Spoke nonché programma, per il biennio 2014-2015, la dotazione dei posti letto per singola struttura.

Nell’ambito di tale rivisitazione vengono confermati i principali requisiti tecnologici ed organizzativi previsti nei Decreti commissariali del 2010 sulle reti e nel Decreto n. 8 del 2011 sui requisiti minimi autorizzativi delle strutture sanitarie.

L’offerta ospedaliera programmata riguarda i posti letto di acuzie e post-acuzie medica.

L’area della post-acuzie riabilitativa nelle sue quattro articolazioni (riabilitazione intensiva, alta specialità neuro-riabilitativa, mielolesioni e gravi disabilità in età evolutiva) sarà rimodulata, in base ad una stima del fabbisogno, con un successivo provvedimento, anche tenendo conto degli standard previsti dal D.M. 70/2015.

I **presupposti razionali** seguiti per la riorganizzazione della rete ospedaliera definita con il DCA U00247/2014 – Programmi Operativi – e con il citato DCA 412/2014 sono i seguenti:

–□rideterminazione della Rete dell’emergenza–urgenza e dell’offerta ospedaliera per acuti a partire dalla Rete dell’Emergenza ospedaliera articolata in Presidi sede di DEA di II livello, collegati funzionalmente con DEA di I livello e P.S.;

–□potenziamento delle specialità connesse, in via immediata e diretta, all’area dell’emergenza (medicina d’urgenza, terapia intensiva, terapia intensiva neonatale, UTIC, stroke-unit) con conseguente incremento di circa 122 posti letto;

–□valorizzazione e qualificazione delle reti di alta specialità tenendo conto sia della loro collocazione all’interno di presidi Hub per le reti tempo-dipendenti (Ictus, Trauma grave, Cardiologica e gravidanza e neonato ad altro rischio), sia di quanto previsto nel D.M. 70/2015 relativamente alle specialità previste nei DEA di II livello;

–□modifiche sulla rete ospedaliera condotte parallelamente e sinergicamente all’attivazione delle Case della Salute;

–□incremento dei posti letto di lungodegenza in alcune zone territoriali;

–□tendenziale superamento delle aree di degenza di ricovero per specialità, mediante un’organizzazione non più articolata in base alla disciplina, ma per aree omogenee per livello di complessità assistenziale: Per quanto riguarda i ricoveri diurni vengono previste aree poli-specialistiche mediche e chirurgiche;

–□integrazione funzionale tra i reparti di acuzie e quelli di post-acuzie attraverso la ridefinizione dei criteri di accesso in post-acuzie medica e riabilitativa;

- i posti letto di Ostetricia e Ginecologia sono conteggiati separatamente per l'Ostetricia e la Ginecologia, riproporzionandoli in base alla percentuale di giornate prodotte rispettivamente per Gravidanza, parto e puerperio e le Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile;
- per i posti letto di psichiatria collocati in Servizi di Diagnosi e Cura (SPDC) sono previsti, di norma, moduli di 16 unità, a differenza dello standard normativo di 20 posti letto.

Le **priorità di intervento** possono essere così sintetizzate:

1) Ottimizzare le risorse disponibili in ottica di rete, anche extra-regionale

- Riconfigurazione dell'offerta ospedaliera per acuti partendo dalla rete dell'emergenza articolata in Presidi Ospedalieri sede di DEA II, cui afferiscono DEA I e PS (con i relativi bacini territoriali). In questo ambito, vanno programmati la realizzazione di un DEA di II livello nell'area sud della regione – in particolare l'Ospedale S. Maria Goretti di Latina - e il potenziamento del DEA di I livello a Viterbo. Questo ambito di intervento è a completamento del programma di riordino della rete dell'emergenza iniziato con il programma del Giubileo.
- Rafforzamento del Sistema dell'emergenza territoriale (ARES 118) attraverso il potenziamento e la riqualificazione delle sedi ARES118, conseguente al piano di rinnovo completo del parco ambulanze attivato per il Giubileo con finanziamenti statali e a carico della Regione.
- Ridefinizione dei bacini di riferimento del sistema dell'emergenza ospedaliera per garantire tempi di accesso adeguati per le patologie "tempo-dipendenti" a più alta complessità e impatto (Ictus, Sindrome Coronarica Acuta, Politrauma grave, parti e neonati ad alto rischio).
- Qualificazione dell'offerta di alta complessità, particolarmente quella delle specialità maggiormente legate all'emergenza (rete trauma, rete ictus, rete cardiologica e perinatale), salvaguardia dei posti letto dedicati all'attività delle reti e riorganizzazione dei punti nascita secondo quanto previsto dal DCA 56/2010 e successive modifiche.
- Riduzione del numero di U.O.C. ospedaliere nel rispetto dei parametri della Legge Spending Review.
- Rimodulazione della dotazione attuale dei P.L. di Cardiologia e UTIC nel rispetto di un rapporto almeno 3 a 1 come previsto dal DCA sulla Rete cardiologica e dal PO 2013- 2015 sulle reti tempo-dipendenti.
- Salvaguardia delle specialità connesse con l'emergenza (medicina d'urgenza/breve osservazione, terapia intensiva, terapia intensiva neonatale, stroke unit, UTIC);
- Salvaguardia dei PL per l'emergenza psichiatria con rafforzamento dei DSM, prioritariamente nei territori che accolgono i pazienti ex OPG;
- Salvaguardia della dotazione di PL per acuti nelle ASL al di fuori dell'area metropolitana di Roma, in considerazione della carenze di offerta in quelle aree.
- Tendenziale superamento delle UUOO di ricovero di specialità mediante un'organizzazione per Area assistenziale ad intensità di cura per acuti (medicina, chirurgia, area critica, materno infantile) e la creazione di moduli polispecialistici di DH medico e chirurgico (con l'eccezione dei DH relativi alle discipline di Pediatria e Psichiatria).

2) Riqualificare e razionalizzare la rete per intensità di cura – Integrazione acuti – lungodegenza – territorio

- Riequilibrio dell'offerta ospedaliera per acuti, con particolare riferimento all'area metropolitana di Roma dove il numero di P.L. per abitante è superiore allo standard di legge, tenendo conto del reale utilizzo dei posti letto ("P.L. equivalenti" calcolati utilizzando un indice di occupazione che per l'ordinario varia dal 75% al 90% a seconda della quota di ricoveri effettuati in urgenza, e per il DH è fissato al 90%). La riduzione dei posti letto di DH medico è stata effettuata utilizzando "in toto" il metodo dei P.L. equivalenti, mentre per i restanti PL è stato applicato un fattore di correzione per contenere la riduzione e comunque consentire il raggiungimento dello standard dei PL fissato dalla normativa.
- Aumentare e riqualificare l'offerta residenziale e riabilitativa (con attenzione alle fragilità: terapia del dolore anziani, malati cronici, disabili, etc) e collegarla alla rete per acuti;
- Qualificazione dell'offerta territoriale come logica compensazione alla riduzione dei P.L.

–□ Continuità assistenziale per l'emergenza psichiatria con rafforzamento dei DSM, prioritariamente nei territori che accolgono i pazienti ex OPG.

3) Aumentare la sicurezza, riqualificare e mettere a norma gli spazi sanitari, ridurre l'impatto ambientale - Presidi Ospedalieri per acuti

–□ Aumentare sicurezza e salubrità per operatori e cittadini.

–□ Riportare a norma gli involucri ospedalieri, con particolare riferimento alla sicurezza sismica e all'adeguamento alla nuova normativa antincendio, con priorità ai Presidi per acuti.

–□ Riqualificare e mettere a norma gli impianti dando priorità a metodi di risparmio energetico. Intervenire, in seconda istanza, con politiche direttamente mirate alla riqualificazione energetica e all'introduzione delle energie alternative.

5) Sviluppare, potenziare, uniformare sul territorio la rete poliambulatoriale e sociosanitaria anche con il completamento delle Case Della Salute - Presidi territoriali

–□ Migliorare l'offerta dei servizi sul territorio e renderli più vicini al cittadino anche come offerta temporale;

–□ Completamento delle Case della salute con l'apertura entro il triennio 2016 - 2018 di una Casa della Salute in ogni distretto Sanitario.

1.2.3 - RETE DELL'EMERGENZA TERRITORIALE

1.2.3.1 - DATI DI RIFERIMENTO

Per quanto riguarda gli accessi al Pronto Soccorso nel corso del 2013 le CCOO di Roma e province hanno ricevuto circa 2.832.197 chiamate, di cui 1.856.547 a Roma e provincia, 340.468 a Frosinone, 378.168 a Latina, 119.761 a Rieti e 137.253 a Viterbo. Le missioni effettuate sono state 404.445, pari al 14.3% delle chiamate, così distinte per le singole province:

Roma 294.518 (64% con accesso ospedaliero); Viterbo 23.819 (74%); Rieti 13.808 (70%);

Latina 41.856 (67%); Frosinone 30.444 (77%). L'utilizzo dei mezzi di soccorso coordinati dall'ARES 118, a livello regionale, riguarda solo il 14% dei pazienti che accedono al PS/DEA; tale percentuale, nel caso di codici rossi e gialli, sale al 34% (circa 160.000 su 464.274 accessi).

Nel 2013 si sono verificati 1.947.549 accessi in pronto soccorso, di cui 426.176 (22%) nei DEA di II livello, 958.385 (49%) nei DEA di I e 562.988 (29%) nei PS. La distribuzione per triage vede la prevalenza di codici verdi (69%) seguita dai gialli (23%), dai bianchi (5%), dai rossi (2%) e con triage non eseguito (1%). Il tasso di ricoveri o trasferimenti ad altra struttura era pari al 17% con i valori più alti per i codici rossi (72%) e più bassi per i codici bianchi (2%) e verdi (10%). I trasferimenti per competenza da PS ad altra struttura ospedaliera sono stati 11.389 (32% del totale dei trasferimenti); di questi il 51% da PS, il 43% da DEA I ed il 6% da DEA II.

Riguardo la distribuzione per età i minori rappresentavano il 19%. Il tasso di accessi più elevato in relazione alla popolazione residente si osserva nella classe 0-4 anni (65%) e quello più basso nella classe 60-64 anni (26%)

1.2.3.2 – IL SISTEMA DELL'EMERGENZA

Il Sistema dell'emergenza attualmente operativo nella regione Lazio risponde, per quanto riguarda le sue funzioni assistenziali, alle linee di indirizzo e/o indicazioni specifiche contenute in documenti ed atti normativi nazionali e regionali. La risposta territoriale all'emergenza viene garantita dall'ARES 118, Azienda Regionale istituita con legge regionale (LR 9/2004), attraverso le Centrali Operative ed i mezzi di soccorso (ambulanze, automediche ed eliambulanze); la risposta ospedaliera viene garantita dalla rete dei presidi ospedalieri (PS, DEA I e DEA II) previsti dal Decreto del Commissario ad Acta n. 73 del 2010 e ss.mm.ii.. A supporto di questo assetto assistenziale esiste: un Sistema informativo dell'emergenza territoriale 118 e pronto soccorso (EMUR 118 e PS); un Sistema Informativo sull'emergenza sanitaria (DGR 7628/98) fortemente integrato con il Sistema Informativo Ospedaliero; un atto specifico che regola il trasferimento inter-ospedaliero del paziente critico in emergenza in continuità di soccorso (DGR 1729/2002); un atto specifico per la facilitazione dei processi di ricovero e dimissione come strumenti per contrastare il fenomeno del sovraffollamento nei PS/DEA (DGR 821/2009); decreti commissariali che definiscono le principali reti tempo-dipendenti (DCA 56/2010 "Rete Perinatale"; DCA 74/2010 "Rete dell'assistenza

cardiologica nel Lazio”; DCA 75/2010 “Rete assistenziale Ictus”; DCA 76/2010 “Rete assistenziale Trauma grave e neuro-trauma”); un Decreto commissariale che definisce i requisiti dei PS/DEA (DCA 8/2011 “Requisiti minimi autorizzativi per l’esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie”).

La risposta all’emergenza si articola in una fase di allarme e risposta territoriale, gestita dall’ARES 118, e da una fase di risposta ospedaliera che coinvolge le strutture ospedaliere dell’emergenza (DEA/PS). Il sistema dell’emergenza si integra con la continuità assistenziale, garantita dall’ARES 118 e dalle Aziende sanitarie.

Tutta l’attività svolta in condizione di emergenza è documentata dal Sistema informativo ARES per l’attività extra-ospedaliera di soccorso, e dal Sistema informativo per l’emergenza sanitaria (SIES), quest’ultimo gestito dalla Regione come debito informativo obbligatorio da parte di tutti i Pronto Soccorso, e collegabile all’archivio delle SDO in modo da disporre di un unico tracciato del percorso assistenziale.

Il servizio di eliambulanza regionale attualmente viene garantito da tre basi dislocate a Roma - Fonte di Papa, Viterbo e Latina. Solo l’elicottero della base di Roma può volare anche di notte e garantire i trasferimenti dagli ospedali minori verso i DEA di II livello della città di Roma.

Le elisuperfici HEMS nel Lazio sono 27, di cui 23 certificate ENAC e di queste 16 abilitate anche al volo notturno. All’ARES afferisce inoltre il Servizio Trasporto Emergenza Neonatale (STEN).

La rete ospedaliera dell’emergenza prevede un’organizzazione delle strutture per livello di complessità, con articolazione in bacini di afferenza, ciascuno con un DEA di II livello che si qualifica come punto di riferimento delle strutture DEA di I livello e di Pronto Soccorso (DCA U00073/2010) (vedi tabella). La configurazione prevista dal DCA U00073/2010 era la seguente:

5 DEA di II livello (Policlinico Umberto I, A.O. San Giovanni, A.O. San Camillo-Forlanini, Policlinico A. Gemelli e Ospedale Pediatrico Bambino Gesù); 21 DEA di I livello; 16 PS. Sono inoltre attive 20 OBI, di cui 13 a Roma.

Il DCA U00412 del 26/11/2015 prevede l’incremento dei DEA di II livello del Lazio con il potenziamento al II livello del DEA afferente all’Ospedale Santa Maria Goretti di Latina. Pertanto restano validi i contenuti del DCA U00073/2010 che ridefinisce le aree di riferimento per i singoli territori, secondo la tabella di seguito riportata:

Tabella. Nuovo assetto Rete Emergenza adulti

La rete dell’emergenza è completata dagli istituti con P.S. esclusivamente dedicati ad attività specialistiche: odontoiatrica (Ospedale G. Eastman); oculistica (Ospedale Regionale Oftalmico); ostetrico-ginecologica (Ospedale Cristo Re); ortopedica (CTO e ICOT).

La rete dell’emergenza pediatrica prevista era articolata in: 6 PS, 14 DEA di I livello e 5 DEA di II Livello con associato reparto di pediatria. Attualmente il DEA II dell’AO San Giovanni non ha attivato il reparto di pediatria. Pertanto, nell’assetto attuale sono quattro gli ospedali di riferimento per le alte specialità:

- □ Ospedale Pediatrico Bambino Gesù per la Cardiocirurgia, Neurochirurgia, Chirurgia pediatrica, Terapia Intensiva pediatrica;
- □ Policlinico A. Gemelli per la Neurochirurgia e Terapia Intensiva pediatrica;
- □ Policlinico Umberto I per la Terapia Intensiva pediatrica;
- □ AO San Camillo-Forlanini per la Chirurgia pediatrica.

Le principali criticità dell’assetto attuale che impattano direttamente con la struttura sanitaria e le tecnologie sono:

- distribuzione e fascia oraria di attività della rete regionale delle elisuperfici non sempre è coerente con l’articolazione della rete dell’emergenza ospedaliera e delle reti relative alle patologie tempo-dipendenti, tenuto conto della inattività notturna delle elisuperfici di alcuni DEA di II livello e di tutti i Dea di I livello situati presso gli ospedali capoluogo di provincia ad eccezione di quella di Rieti; ciò di fatto ostacola i trasferimenti secondari notturni che avrebbero tratto giovamento dal ricorso al servizio di elisoccorso. Tra gli interventi da inserire nella III fase, pertanto, sono da considerare anche alcune elisuperficie di carattere primario;

- necessità di procedere, secondo standard definiti, alla determinazione del numero minimo di mezzi di soccorso presenti sul territorio regionale in grado di garantire i LEA dell'emergenza, ottimizzando il rapporto tra numero, dislocazione e densità della popolazione servita. IL riordino del parco mezzi dell'ARES118 è stato attivato con l'anticipazione per il Giubileo;
- inadeguatezza dell'infrastruttura tecnologica ed informatica delle centrali operative in previsione del passaggio al NUE 112. Pertanto occorre tenere in conto l'implementazione di sistemi informatici di capacità e potenza adeguate alla domanda;
- necessità di procedere ad un ammodernamento della flotta dei mezzi di soccorso in dotazione all'ARES 118, non soltanto in relazione alle autoambulanze ma anche in riferimento alla gestione dei trasporti secondari e dei trasporti connessi all'attività trapiantologica effettuata singolarmente dalle aziende sanitarie regionali con inefficienza complessiva del sistema;
- priorità della messa a punto di un sistema informatico che renda disponibile in tempo reale la disponibilità di posti letto in area critica su tutto il territorio regionale;
- assenza di un coordinamento sistematico fra rete dell'emergenza e reti tempodipendenti;
- incompleta attivazione delle strutture di Osservazione Breve Intensiva;
- mancanza di un sistema unico regionale di teleconsulto e telemedicina;
- riorganizzazione della rete dell'emergenza territoriale e ospedaliera, in coerenza con gli standard nazionali di popolazione e attività, nell'ottica di una migliore distribuzione geografica e ottimizzazione dell'attività, da raggiungersi con i seguenti interventi:
- riduzione del numero di Centrali Operative dell'Ares 118 attive da 7 a 4 da realizzare mediante l'accorpamento della CO di Roma Capitale con quella di Roma Provincia, l'accorpamento della CO di Viterbo con quella di Rieti e la soppressione della CO Regionale;
- rimodulazione del numero dei mezzi di soccorso, suddivisi per il territorio di afferenza dei DEA di II livello;
- realizzazione su tutto il territorio regionale di un sistema di teletrasmissione (già operativo nella provincia di Latina ed in alcune postazioni della città di Roma) del tracciato elettrocardiografico tra i mezzi di soccorso di ARES 118 e le emodinamiche di riferimento, finalizzato sia all'ospedalizzazione del paziente nella struttura più appropriata che alla riduzione dei trasferimenti secondari;
- estensione in tutti i DEA II, DEA I e PS che fanno parte delle reti tempo-dipendenti di un sistema di teletrasmissione di immagini e di teleconsulenza;
- ridefinizione dell'offerta dei DEA di II livello con l'adeguamento a DEA II del SM Goretti di Latina ed avvio del percorso di adeguamento al II livello del DEA del Policlinico Tor Vergata da concludere nel 2016;
- conferma dei quattro Hub della rete dell'emergenza pediatrica (Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Policlinico Umberto I, Policlinico Gemelli e AO San Camillo-Forlanini) in linea con quanto indicato nei Programmi Operativi.

1.2.4. - RETE CARDIOLOGICA

1.2.4.1 - DATI DI RIFERIMENTO

Nella regione Lazio nel 2013 si sono osservati 11.116 ricoveri di pazienti con diagnosi di IMA; tale numero è rimasto sostanzialmente stabile dal 2008. Il numero di IMA per struttura è eterogeneo con un numero massimo di ricoveri pari a 712.

Il numero di ricoveri di pazienti con diagnosi di STEMI nel 2013 è stato pari a 4.497 (40% degli IMA totali), con un andamento in lieve diminuzione dal 2008; anche per questo sottogruppo di diagnosi si evidenzia una eterogeneità per struttura con un numero massimo di ricoveri pari a 379 nel 2013.

Nel 2013, l'87% dei ricoveri di pazienti con diagnosi di STEMI è avvenuto in strutture dotate di cardiologia con emodinamica. Sul totale dei 4.497 pazienti ricoverati con diagnosi di STEMI nel 2013, il 35,5% è stato trattato con una PTCA entro 90 minuti dal ricovero e il 26,6% è stato trattato con una PTCA entro 90 minuti dal primo accesso in ospedale; entrambe le proporzioni sono in netto aumento a partire dal 2009 (rispettivamente 16% e 11%). Tali risultati si riferiscono all'intera

popolazione di pazienti con STEMI indipendentemente dal ritardo di presentazione (entro o oltre le 12 ore) e pertanto dall'indicazione all'angioplastica primaria.

La mortalità a 30 giorni dei ricoveri con IMA nel 2013 è stata pari al 9,2% mentre la mortalità a 30 giorni dei ricoveri con STEMI è risultata pari al 10,9%; sia la mortalità dopo ricovero per IMA che la mortalità dopo ricovero per STEMI risultano in diminuzione dal 2008, rispettivamente 11,2% e 12%.

1.2.4.2 – IL SISTEMA DELLA RETE CARDIOLOGICA

Il modello organizzativo programmato si basa su di una rete articolata su diversi livelli di complessità assistenziale, cui corrispondono specifiche tipologie di struttura.

Il quadro attuale (fonte NSIS aggiornata al gennaio 2014) vede la presenza di 3 DEA di II livello (Policlinico Umberto I, Policlinico Gemelli e AO San Camillo-Forlanini) e tre DEA di I livello (AO Sant'Andrea, San Filippo Neri e Policlinico Tor Vergata) come strutture con UTIC ad alta tecnologia, emodinamica interventistica h24, un reparto di cardiocirurgia e di chirurgia vascolare.

Complessivamente l'offerta attuale è pari a 734 posti letto di cardiologia e 242 di UTIC (rapporto PL cardio/UTIC 3,03). Le UUOO con posti letto di cardiologia e/o UTIC sono 39, fra queste 5 hanno solo PL di cardiologia senza UTIC e 5 sono collocate in strutture senza PS/DEA. I reparti di cardiocirurgia attualmente operativi sono 8, per un totale di 156 posti letto, di cui 2 in strutture senza PS/DEA (European Hospital e Campus Biomedico).

La rete cardiologica attuale vede la presenza di 23 servizi di emodinamica di cui 2 collocati nelle strutture senza PS/DEA (European Hospital e Campus Biomedico), uno nel DEA I di Formia aperto solo h6 ed uno nell'Ospedale di Tivoli.

Data la configurazione della rete attuale, circa l'80% della popolazione residente nel Lazio può raggiungere, considerando i tempi di percorrenza teorici della rete stradale, una struttura dotata di Emodinamica e posti letto di cardiologia ed UTIC in un tempo inferiore ai 20 minuti.

Le principali criticità dell'assetto attuale che impattano direttamente con la struttura sanitaria e le tecnologie sono:

- la rete dei servizi di emodinamica vede la presenza di alcune UUOO con bassi volumi di attività (meno di 300 IMA e di 400 PTCA); due UUOO assicurano una operatività inferiore alle 24 ore; due strutture sono collocate in Istituti senza PS/DEA. Gli interventi progettuali da realizzare nei prossimi anni dovranno essere volti alla ridefinizione organizzativa delle UUOO in coerenza con il modello HUB&Spoke. Si dovrà assicurare nei centri con cardiologia ed emodinamica, oltre alla ovvia disponibilità alla erogazione di prestazioni in emergenza urgenza, anche un adeguato dimensionamento dei posti letto di cardiologia ed UTIC;

- i servizi di emodinamica attualmente presenti risultano in eccesso (23 invece di 19) rispetto al fabbisogno massimo di 1 centro ogni 300.000 abitanti (Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera- Conferenza Stato-Regioni del 5 agosto 2014) e non sono uniformemente distribuiti a livello regionale, con una particolare concentrazione nel quadrante Nord della città di Roma, dove sono presenti 5 strutture;

- a fronte di una accessibilità dell'80% della popolazione residente ad un servizio di emodinamica entro i 20 minuti, percentuali più basse di circa il 50% si rilevano al di fuori dell'area metropolitana di Roma;

- in alcuni Istituti si rileva un rapporto PL di cardiologia ed UTIC inferiore a quello raccomandato (3:1), probabilmente (manca il dato sul numero dei posti letto di cardiologia monitorizzati) per un insufficiente conversione/adeguamento di alcuni posti letto di UTIC in posti letto di cardiologia subintensiva;

- solo in alcune aree regionali è attivo un sistema di teletrasmissione e refertazione a distanza del tracciato ECG sui mezzi di soccorso; un sistema simile manca anche nei PS privi di cardiologia.

Tabella 8. (A e B) – Assetto rete Cardiologica ed elenco strutture di rete

1.2.5 - RETE TRAUMA GRAVE E NEUROTRAUMA

1.2.5.1 - DATI DI RIFERIMENTO

La quantificazione dei traumi gravi nella regione Lazio è stato oggetto di approfondimento, dal momento che dai flussi informativi correnti non è agevole ed univoca l'identificazione del "trauma grave".

E' stata esaminata la casistica per i traumi seguendo le indicazioni fornite dagli esperti appartenenti al Gruppo di Lavoro regionale della Rete dell'emergenza.

Considerando gli accessi in PS di soggetti con età \leq 14 anni con diagnosi di trauma presente in uno dei 5 campi disponibili nel tracciato record del Sistema Informativo SIES, i casi complessivamente individuati ammontano a 415.458.

Utilizzando i codici triage per individuare i traumi con priorità maggiore (codici rosso e giallo), nel 2013 risultano essere ammessi in ospedale in seguito a un trasporto urgente (primario/secondario) con modalità di arrivo mediante mezzo di soccorso 9.523 pazienti (9.440 ricoverati + 83 deceduti in PS) (fonte SIES).

A partire dai ricoveri del SIO 2013, sono stati individuati i pazienti con diagnosi di tipo complesso ovvero con due o più lesioni associate o con indice di severità - Injury Severity Score (ISS) - elevato ($>$ 32), che risultano 4.315, di cui il 28% (n. 1.196) ricoverati nei 3 CTS: 391 al Policlinico Umberto I, 498 al San Camillo - Forlanini e 307 al Policlinico Gemelli.

Non disponendo al momento di una modalità di registrazione ad hoc che consenta una valutazione specifica dell'Injury Severity Score (ISS), non è possibile identificare in modo preciso, all'interno dei suddetti pazienti traumatizzati con almeno una lesione complessa, quelli con "trauma grave" (valore ISS superiore a 15).

1.2.5.2 – IL SISTEMA DELLA RETE TRAUMA

La DGR 420/2007 ha istituito il Sistema Integrato per l'Assistenza al Trauma (SIAT), costituito da una rete di strutture ospedaliere tra loro funzionalmente connesse e classificate sulla base delle risorse e competenze disponibili secondo livelli di complessità; in tale atto sono contenuti i Percorsi Clinico Assistenziali dell'Emergenza (PCAE) per il trauma.

Con il Decreto 76/2010, la Regione Lazio ha approvato la riorganizzazione della rete assistenziale del Trauma Grave e Neuro-trauma progettata secondo il modello Hub e Spoke, con un'articolazione territoriale su tre macroaree e una distinzione dei centri in tre livelli: Pronto Soccorso Traumatologico (PST), Centro Trauma di Zona (CTZ), Centro Trauma Specialistico (CTS-Hub).

Attualmente sono previsti 3 CTS (Policlinico Umberto I, Policlinico Gemelli e l'AO S. Camillo Forlanini), 5 CTZ (PO S. Maria Goretti di Latina, PO Spaziani di Frosinone, PO Belcolle di Viterbo, AOU PTV, PO Sant'Eugenio) e 17 PST.

Il modello di rete Hub e Spoke ha l'obiettivo di portare il paziente dal luogo dell'evento al centro più appropriato per livello di gravità e complessità clinica per consentire un rapido accesso alla terapia definitiva attraverso un percorso di continuità assistenziale tra il servizio di soccorso extraospedaliero e la rete di emergenza ospedaliera. Il raggiungimento di questo obiettivo avviene con la centralizzazione primaria secondo criteri contenuti nei PCAE, mentre, nei casi in cui sia indifferibile una stabilizzazione primaria in ambiente ospedaliero, sarà attuato il principio di trasferimento secondario tempestivo all'interno della rete nella struttura in grado di garantire il trattamento definitivo.

La riabilitazione è parte integrante del sistema di rete rivolto alla prevenzione delle complicanze ed al recupero dei pazienti con "trauma grave" per cui è determinante, ai fini del risultato clinico complessivo, l'avvio già nell'area intensiva di programmi riabilitativi in modo da consentire una tempestiva presa in carico nella fase di post acuzie.

Per ogni CTS il bacino di utenza ottimale è di 2.000.000-4.000.000 di abitanti; il CTS deve registrare un volume di attività per trauma di almeno 400-500 casi/anno e una quota di traumi gravi superiore al 60% dell'intera casistica trattata; definisce, contestualmente, gli standard di cui le strutture della rete devono essere dotate.

Le principali criticità dell'assetto attuale che impattano direttamente con la struttura sanitaria e le tecnologie sono:

- la rete non è completa e necessita, in particolare, di un coordinamento tra i 3 CTS e le strutture afferenti, da realizzare anche attraverso la piena condivisione dei Percorsi clinico assistenziali dell'emergenza (PCAE) e l'istituzione di un coordinamento formale;
- nonostante il progressivo aumento della quota dei pazienti direttamente riferiti ai tre CTS, tale numero non risulta ancora rispondente agli standard previsti;
- sono presenti iniziative non coordinate di teleconsulenza e trasmissione di immagini;
- nella tabella è presentato l'assetto della rete che prevede: la conferma dei 3 CTS; la rimodulazione dei Centri traumi di zona (CTZ), con ruolo di CTZ del PO S Eugenio in quanto ospedale che si caratterizza per le funzioni di Unità Spinale Unipolare e di Centro Grandi Ustionati regionale e attribuzione del ruolo di CTZ all'AO S. Giovanni Addolorata in quanto sede di DEA di II livello; la presenza di 24 PST definiti per un numero di accessi annui superiore a 25.000 o in quanto PS specialistico. Saranno successivamente rivalutati i PS con accessi annui compresi fra 20.000 e 25.000;
- assegnazione al Policlinico A. Gemelli, in quanto Hub della rete, di 8 PL della disciplina di Chirurgia maxillo-facciale (cod. min. 10);
- gestione ottimale dei posti letto ad alta intensità, attraverso l'introduzione di posti letto di terapia sub-intensiva dedicati e integrazione con i percorsi riabilitativi post- acuzie;
- sviluppo, a partire dai Sistemi Informativi esistenti, di una corretta modalità di registrazione del trauma grave.

1.2.6 - RETE ICTUS

1.2.6.1 - DATI DI RIFERIMENTO

L'incidenza per anno di ictus cerebrale è pari 149 x 100.000 residenti di età 35-84 anni.

Nel 2013 si stimano nella Regione Lazio circa 7.000 ricoveri per ictus ischemico e 1.700 per ictus emorragico. In pazienti di età superiore ai 35 anni i ricoveri di ictus ischemico con accesso attraverso la rete dell'emergenza sono stati 6.300 (90%) dei quali circa il 50% sono giunti con mezzi di soccorso della rete 118.

La mortalità a 30 giorni dal ricovero è pari al 14%, sostanzialmente invariata negli ultimi 5 anni, mentre la proporzione di accessi in riabilitazione post-acuzie dopo ictus ischemico è pari al 33% invariata negli ultimi 5 anni.

1.2.6.2 – IL SISTEMA DELLA RETE ICTUS

Con il Decreto 75/2010 la Regione Lazio ha approvato la riorganizzazione della rete assistenziale dell'ictus prevista dalla DGR 420/2007, progettandola secondo il modello Hub e spoke. Tale modello prevedeva un'articolazione territoriale su quattro ambiti territoriali (Aree) e una distinzione dei centri in tre livelli: Ospedale con presenza di un Team NeuroVascolare/Pronto soccorso esperto (TNV/Pse) per cui sono state individuate 19 strutture, Ospedale con una Unità di Trattamento Neurovascolare di primo livello (UTN I) per cui sono state individuate 11 strutture ed Ospedale con una Unità di Trattamento Neurovascolare di secondo livello (UTN II-Hub) per cui sono state individuate 4 strutture. Per ogni UTN II ed I era previsto un modulo, rispettivamente di 8 posti e 6 posti letto.

La rete disegnata dal Decreto 75/2010 si propone di garantire: uniformità del trattamento dell'ictus su tutto il territorio regionale; uniformità di protocolli per la gestione clinica dei pazienti con patologie cerebro-vascolari acute; percorso diagnostico terapeutico-assistenziale nel setting più appropriato prevedendo il rientro dei pazienti che non necessitano più di interventi di alta complessità in strutture prossime al loro domicilio, una fase riabilitativa tempestiva fin dalla fase dell'acuzie e la continuità delle cure post-acute presso strutture di riabilitazione dedicate; concentrazioni delle prestazioni a più elevata complessità in strutture adeguatamente attrezzate; formazione e scambio culturale fra gli operatori dedicati o esperti in trattamento delle patologie cerebro vascolari con particolare attenzione alla opportunità di effettuare la trombo lisi endovenosa anche nelle strutture UTN I; appropriatezza dei trasferimenti secondari; sistema di teleconsulenza fra centri Spoke e centro Hub.

Nel giugno 2012, con una indagine ad hoc realizzata da Laziosanità, è stato verificato lo stato di adeguamento delle strutture ai requisiti previsti dal Decreto. I quattro Hub (UTN II) (AU PVT Policlinico Tor Vergata, AU Policlinico Umberto I, AO S. Camillo-Forlanini, AU Policlinico Gemelli) rispondevano, ai requisiti contenuti nel Decreto. Fra le strutture previste come UTN I, solo l'Azienda Ospedaliera Sant' Andrea aveva attivato i posti letto previsti e fra i 19 Pronto Soccorso della rete il Team NeuroVascolare risultava presente solo in due strutture (Aurelia Hospital e San Pietro Fatebenefratelli). La medicina riabilitativa era attiva presso il Policlinico Umberto I, il S. Eugenio, l'AO San Camillo, il polo Latina Nord, l'AO Sant'Andrea e l'Aurelia Hospital.

Le principali criticità dell'assetto attuale che impattano direttamente con la struttura sanitaria e le tecnologie sono:

- □ rispetto all'assetto previsto dal Decreto 75/2010, solo un terzo delle UTN sono state attivate, tutte nella città di Roma;

- □ i pazienti trombolisati sono stati meno di 200 all'anno fino al 2011 e 261 nel 2013. Si tratterebbe quindi di circa il 20% dei pazienti/anno trattabili con trombolisi. Rimane quindi un ampio margine di pazienti potenzialmente trattabili che non sono trattati. Ciò è dovuto a diversi fattori fra cui: mancata attivazione delle UTN previste; carenza di mezzi di soccorso o con medico a bordo o automediche; trasporto verso il PS più vicino e non alla UTN per la carenza di automediche o ambulanze con medico a bordo; difficoltà di coinvolgimento dei neurologi nei PS/DEA riconosciuti come TNV-PSe;

- □ occorre procedere alla realizzazione di un sistema di trasmissione di immagini e teleconsulenza per la riduzione dei trasporti secondari verso le UTN II.

1.2.7 - RETE PERINATALE

1.2.7.1 - DATI DI RIFERIMENTO

Nel 2013, i nati vivi nel Lazio registrati nel Sistema Informativo Ospedaliero attraverso la scheda RADNeonato sono stati 51.053, di questi il 96% era figlio di donne residenti in regione.

Ogni anno circa 2.000 parti "residenti" sono assistiti in strutture di fuori regione. L'assistenza alla nascita si inserisce in un contesto demografico caratterizzato da un decremento della natalità, a parte un periodo di stabilizzazione del fenomeno negli anni '80-'90. La frequenza di nati vivi singoli con basso peso alla nascita (<2500 gr.) è rimasta costante (dal 1982 al 2013), intorno a valori del 4-5%. La percentuale di pretermine (<37 settimane gestazionali) è aumentata invece in modo significativo (da un valore di circa il 5% nei primi anni 80 all'8% nel 2013).

L'alto tasso di pretermine è principalmente attribuibile al sottogruppo con età gestazionale compresa fra 32 e 36 settimane nel quale è aumentata l'assistenza al parto con taglio cesareo.

Le donne con una età al parto superiore a 34 anni rappresentavano circa il 10% negli anni 80 ed il 37,1% nel 2013. Contemporaneamente si sono ridotte le nascite da donne sotto i 20 anni (da 5% nel 1982 a 1,5% nel 2013). Aumenta la quota di nascite da donne nate all'estero, dal 6% nel 94 al 24% nel 2013; la maggioranza proviene da Paesi a maggiore pressione migratoria, con una forte prevalenza di donne dell'Europa dell'Est (principalmente Romania).

L'81% dei nati di peso <1500 grammi è stato assistito alla nascita in unità perinatali di III livello, a dimostrazione di una efficace centralizzazione delle gravidanze a rischio.

Nel Lazio, così come in molte altre regioni italiane, si conferma un elevato ricorso al taglio cesareo: fra i nati vivi singoli la proporzione è passata da 22% del 1985 a 41,3% del 2013.

Nel 2013 vi sono stati 1.109 trasferimenti neonatali, pari ad un tasso di trasferimento del 2,2% (fonte: sistema OPTIN, Occupazione Posti letto Terapie Intensive Neonatali). Fra i trasferimenti per motivo medico (71,7% del totale) una quota consistente (22,0%) si riferisce a neonati trasferiti da unità perinatali di III livello ad altre unità di III livello.

La mortalità nel primo anno di vita nel Lazio è analoga a quella media delle regioni italiane. Si osserva un decremento costante del tasso fino a metà della prima decade del 2000.

Nel 2011 il tasso di mortalità nel primo anno di vita nel Lazio era del 3,4 per 1.000 lievemente più alto rispetto al valore nazionale (3,1). Circa il 55% della mortalità infantile è attribuibile a decessi

da cause che originano nel periodo perinatale ed il 70% si verifica immediatamente dopo la nascita ed entro il primo mese di vita.

1.2.7.2 – IL SISTEMA DELLA RETE PERINATALE

Con il Decreto del Commissario ad Acta n. 56 del 2010 è stato avviato il percorso di riorganizzazione della rete perinatale ospedaliera. Il modello organizzativo programmato si basa su tre distinti livelli di complessità assistenziale, I, II e III livello, cui corrispondono specifici assetti strutturali, tecnologici ed organizzativi. Il Decreto 56/2010 prevede che le strutture di I livello assicurino assistenza alla gravidanza, parto e neonati fisiologici, quelle di II livello cure intermedie con un reparto di patologia neonatale e quelle di III assistenza a gravidanze e parti ad alto rischio ed a neonati che necessitano di cure intensive. Tale modello prevede che la struttura di livello maggiore garantisca anche le funzioni del livello inferiore.

Attualmente l'offerta ospedaliera vede la presenza di 40 UO perinatali: 7 di III livello sia ostetrico che neonatologico ed una di III livello solo neonatologico presso l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù; 14 di II livello di cui 4 che, per collocazione geografica e/o presenza di particolari competenze professionali, sono classificate con un livello intermedio fra il II ed il III (II+); e 18 di I livello.

Di supporto alla rete ci sono due Hub di chirurgia neonatale presso l'AO San Camillo- Forlanini e l'Ospedale Bambino Gesù, due centri di neurochirurgia pediatrica (Policlinico Gemelli e Bambino Gesù) ed un centro di cardiocirurgia presso l'Ospedale Bambino Gesù.

Il numero e la distribuzione geografica delle UUOO è in grado di rispondere alla domanda di assistenza dei circa 53.000 parti che si verificano nella regione. Si evidenzia invece una carenza di offerta di posti letto in Unità di Terapia Intensiva Neonatale (UTIN) il cui fabbisogno è stimato in circa 70 unità (1 pl ogni 750 nati).

Nel Dicembre 2010, la Conferenza Unificata Stato-Regioni ha approvato le “Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo”. Nel documento viene proposta una revisione del modello organizzato su tre livelli di cura, prevedendone solo due, dove il nuovo I livello contiene i primi due livelli ed il nuovo II livello corrisponde al III livello. Nelle linee di indirizzo si raccomanda una progressiva disattivazione delle UUOO con meno di 1000 parti/anno e la chiusura di quelle con meno di 500 parti l’anno.

Le principali criticità dell’assetto attuale che impattano direttamente con la struttura sanitaria e le tecnologie sono:

- presenza di 21 Unità Operative Perinatali con un volume di attività ostetrica inferiore a 1.000 parti/anno di cui 5 con un volume inferiore a 500. Occorre ripensare al modello con la concentrazione dell’offerta attraverso la chiusura di Unità con un volume di attività ostetrica inferiore a 500 parti per arrivare tendenzialmente, entro il 2016, ad un assetto caratterizzato dalla presenza di Unità con un volume minimo di 1.000 parti/anno;

- carenza di circa 20 posti letto in Unità di Terapia Intensiva Neonatale (UTIN) rispetto ai 54 effettivamente operativi. L’inadeguato numero di posti letto di UTIN determina un eccessivo ricorso al trasporto del neonato dopo la nascita, soprattutto fra strutture di III livello. Si dovrà procedere, pertanto, a progressivo adeguamento dei posti letto di Terapia Intensiva Neonatale al fabbisogno previsto, verificando l’adeguato rapporto fra PL di terapia intensiva con quelli di sub-intensiva.

1.2.8 - NUOVO ASSETTO DELL’OFFERTA OSPEDALIERA

Il nuovo assetto dell’offerta ospedaliera, che scaturisce dal riordino delle reti tempo dipendenti e dal bilanciamento del numero dei posti letto rispetto ai tagli effettuati nel 2010, si propone di riequilibrare il duplice divario tra ospedale per acuti e lungodegenza e tra Roma e il territorio della Provincia. In sintesi, il nuovo assetto dell’offerta è caratterizzato dalle condizioni di seguito indicate:

–□Il numero di posti letto programmati 2015 è pari a 21.592, di cui 17.583 per l'acuzie (15.437 ordinari e 2.146 DH) e 4.009 per la post-acuzie (3.754 ordinari e 255 DH), con un rapporto con la popolazione residente pari a 3,00 per 1.000 per acuti e 0,68 per postacuti;

–□l'offerta ospedaliera per acuti viene riconfigurata a partire dalla elaborazione della Rete dell'emergenza–urgenza (caposaldo dell'attività sanitaria), articolata in 6 Presidi sede di DEA di II livello - di cui uno presso l'ospedale pediatrico Bambino Gesù - 21 DEA di I livello e 18 PS. Il nuovo assetto della rete dell'emergenza è iniziato con lo stralcio in anticipazione del Piano Decennale, finalizzato all'adeguamento della Rete dell'Emergenza della Città di Roma per il Giubileo Straordinario 2015 e si completa con l'estensione alle Province del programma Giubileo per i DEA non interessati dall'evento Giubilare. In particolare è potenziata l'offerta nella provincia con i seguenti interventi:

□□Al Presidio S.M. Goretti di Latina è previsto il rafforzamento del DEA al II livello.

□□Per il DEA di I livello dell'Ospedale Belcolle di Viterbo è previsto il rafforzamento dell'emergenza. L'intervento su Viterbo ha lo scopo di migliorare la qualità dell'assistenza della popolazione residente nella provincia, nonché di ridurre la mobilità sanitaria verso le limitrofe province di Siena e Terni;

–□l'attuale dotazione di PL, già in linea con lo standard fissato dalla L.135/2012, è rimodulata con specifici interventi volti alla qualificazione dell'assistenza ed al superamento di alcune delle criticità presenti. In particolare le azioni prevedono la concentrazione dei punti di offerta di specialità, la ridefinizione del ruolo di alcune strutture e la rimodulazione dei P.L. in regime diurno;

–□l'offerta di post-acuzie riabilitativa sarà riequilibrata con interventi all'interno del Comune di Roma con il rafforzamento dell'elezione del Presidio CTO Andrea Alesini alla postacuzie riabilitativa nell'ottica della complessiva rimodulazione dell'offerta extraospedaliera di riabilitazione intensiva, estensiva e di mantenimento. A tal fine, nel polo ospedaliero Sant'Eugenio-CTO viene mantenuta l'Unità Spinale Unipolare con incremento dei PL da 16 a 32 posti letto, ed è contestualmente creata un'area di Terapia Intensiva dedicata al ricovero delle mielolesioni fin dalla fase acuta e realizzato un reparto di riabilitazione post-acuzie. I posti letti di recupero e riabilitazione salgono da 4 a 25 di cui 5 in DH;

–□è potenziata l'offerta di posti letto di lungodegenza in alcune zone territoriali, come supporto di continuità assistenziale per pazienti fragili e con instabilità clinica moderata, dimessi da UUOO di area medica e chirurgica. L'incremento è di 73 posti letto, dagli attuali 743 a 816;

–□nell'intervento sui posti letto per acuti si sono salvaguardate, ed in alcuni presidi potenziate, già a partire dagli interventi per il Giubileo, le specialità connesse con l'area critica: medicina d'urgenza/breve osservazione, terapia intensiva, terapia intensiva neonatale, UTN. Il piano prevede il completamento nelle aree esterne al Comune di Roma a partire dalle ASL 4, 5 e 6 (Ex RMF, RMG e RMH);

–□allo scopo di assicurare contemporaneamente volumi minimi di attività ed appropriatezza degli interventi, in linea con quanto contenuto nel Regolamento ministeriale, sono stati disattivati alcuni punti di offerta di specialità (neurochirurgia, cardiocirurgia, chirurgia vascolare, emodinamica, chirurgia toracica, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia plastica).

In particolare, si è tenuto conto sia della loro collocazione all'interno di presidi Hub per le reti tempo-dipendenti (Ictus, Trauma grave, Cardiologica e Neonato ad alto rischio), sia di quanto riportato nel Regolamento relativamente alle specialità previste nei DEA di II livello;

–□considerata la funzione dei DEA di II livello come centri di riferimento oncologico, cardiologico e neurologico, tali strutture dovranno essere dotate di tomografi PET-TC. Il piano prevede di procedere all'acquisizione della PET TC da destinare al Policlinico Umberto I al fine di completare la rete dell'offerta, sia in contrasto con il fenomeno della mobilità passiva presso altre regioni, sia in riferimento ad una migliore distribuzione sul territorio dei centri specialistici pubblici, con particolare focus sui DEA di II livello che devono configurarsi quali centri HUB per tutte le specialità per acuti;

- per i posti letto di psichiatria collocati in Servizi di Diagnosi e Cura (S.D.P.C.) sono previsti, di norma, moduli di 16 unità (ai sensi dei Progetto Obiettivo Nazionale per la Salute Mentale 1998-2000 e Progetto Obiettivo Regionale per la Salute Mentale 2000-2002). Oltre ai DSM potenziati all'interno del programma REMS (FR RM5 e RI) saranno riqualificati altri Dipartimenti di Salute Mentale ai fini del riassetto complessivo dell'offerta dedicata alla salute mentale;
- i posti letto di Ostetricia e Ginecologia sono stati conteggiati separatamente riproporzionandoli in base alla percentuale di giornate prodotte rispettivamente per la MDC 14 ("Gravidanza, parto e puerperio") e la MDC 13 ("Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile");
- gli Ospedali di Acquapendente (ASL Viterbo) ed Amatrice (ASL Rieti), che attualmente svolgono, ai sensi del DCA 80/2010, per la loro particolare collocazione geografica, una funzione ospedaliera per acuti (Punto di Primo Intervento gestito da medici ospedalieri, posti tecnici di OBI ed 8 posti letto di Medicina generale, con postazione del 118 ed Elisuperficie) si configurano come "Presidi ospedalieri in zone particolarmente disagiate" con, per ciascuna struttura, posti letto ordinari e di Day Surgery organizzati in una area comune medica-chirurgica. La funzione di PS viene assicurata, rispettivamente, dai medici ospedalieri dei DEA di I livello di riferimento Belcolle di Viterbo e San Camillo de Lellis di Rieti;
- le due strutture della ASL Roma 5 (ex RMG) di Subiaco e Monterotondo, in coerenza con quanto previsto dal Regolamento ministeriale si configurano, rispettivamente, in presidio ospedaliero in zona particolarmente disagiata e ospedale sede di PS. La risposta all'emergenza è assicurata h24 da medici del DEA di I livello di Tivoli, con presenza h24 nel bacino territoriale di un mezzo di soccorso medicalizzato, laboratorio di analisi per l'emergenza, servizio di teleconsulenza per la radiologia. L'attività di ricovero, per garantirne una sua efficiente operatività, viene assicurata da posti letto ordinari e di Day Surgery organizzati in una area comune medica-chirurgica; a questi si aggiungono posti letto di lungodegenza. Il Presidio di Monterotondo è stato ristrutturato per le parti relative al PS e all'assistenza Psichiatrica con lo stralcio attivato per il Giubileo;
- la struttura della ASL Roma 4 (ex RM F) di Bracciano - in coerenza con quanto previsto dal Regolamento ministeriale relativamente ai "Presidi ospedalieri in zone particolarmente disagiate" - viene riconfigurata nel modo seguente: risposta all'emergenza assicurata h24 da medici del DEA di I livello di Civitavecchia, presenza h24 nel bacino territoriale di un mezzo di soccorso medicalizzato, laboratorio di analisi per l'emergenza, servizio di teleconsulenza per la radiologia. □ L'attività di ricovero, per garantirne una sua efficiente operatività, viene assicurata da 30 posti letto ordinari e 10 di Day Surgery organizzati in una area comune medica-chirurgica;
- il presidio ospedaliero di Alatri si integra con il F. Spaziani di Frosinone in un unico Polo Ospedaliero con potenziamento del ruolo all'interno della Rete Perinatale;
- a seguito della trasformazione dell'Azienda Ospedaliera San Filippo Neri in presidio ospedaliero della ASL Roma 1 (ex RM E), pur mantenendo il ruolo di DEA di I livello, vede disattivata l'UO di cardiocirurgia, presente nei due ospedali limitrofi Policlinico Gemelli e Sant'Andrea. La rimodulazione dei posti letto salvaguarda le specialità legate all'emergenza, l'area medica compresa l'oncologia, l'area materno-infantile e la riabilitazione. La trasformazione in presidio ospedaliero di ASL consente alla Roma 1 di rafforzare la vocazione dell'Ospedale S. Spirito come presidio di emergenza-urgenza, trasferendone parte dell'attività in elezione presso il San Filippo Neri;
- disattivazione presso il Presidio Sandro Pertini dell'UO di Neurochirurgia con contestuale trasferimento del personale presso la Neurochirurgia dell'AO San Giovanni Addolorata. Disattivazione della Chirurgia plastica con contestuale trasferimento del personale presso l'AO San Camillo-Forlanini;
- incremento dell'offerta di posti letto, immediatamente attivabili, presso il Policlinico Tor Vergata anche in previsione della realizzazione del DEA di II livello per soddisfare la domanda di assistenza nel quadrante est della città metropolitana dove il rapporto PL/popolazione di 2,3 per 1.000 risulta inferiore allo standard del 3,7.

Le modifiche sulla rete ospedaliera, da realizzare progressivamente, sono condotte parallelamente e sinergicamente all'attivazione delle Case della Salute e al generale riassetto della rete territoriale.

Il riarrangiamento delle funzioni ai fini dell'appropriatezza dei livelli di intensità di cura nei nodi delle reti rappresenta il cardine degli interventi inseriti nell'accordo di programma. Il riordino del ruolo dei punti di offerta di salute nelle reti va ad interessare la maggior parte dei Presidi con ruolo di HUB o Spoke. Il carattere prioritario dell'intervento è dato dall'esigenza di colmare la distanza tra l'attuale ruolo del Presidio all'interno della rete e il ruolo che dovrà avere all'interno dell'assetto definitivo. Pertanto i punti di offerta che devono essere particolarmente rafforzati in relazione al ruolo sono quelli individuati in prima istanza nella lista delle esigenze di rinnovamento.

Gli stessi nodi sono interessati da investimenti per la messa a norma in ordine prioritario rispetto ai Presidi nei quali sono stati disattivati o declassati alcuni ruoli di offerta di specialità di rete. Tale parametro di valutazione delle priorità non esclude dalla messa a norma i Presidi Territoriali, ma disegna la gerarchia degli interventi a partire dai presidi HUB e Spoke di rete via via verso l'offerta territoriale.

1.2.9 - GERIATRIA E LUNGODEGENZA OSPEDALIERA

È stato rilevato che la dotazione di posti letto di Geriatria della Regione Lazio è di gran lunga inferiore a quella delle Regioni "virtuose" non soggette a Piano di rientro. Per tale motivo, in considerazione della complessità assistenziale riscontrabile in un elevato numero di pazienti e della necessità di garantire ad essi cure specialistiche, è stata attribuita alla geriatria una quota pari al 10% dei posti letto di Medicina generale attualmente così utilizzati.

Si sottolinea che il fabbisogno per ASL non rappresenta l'offerta attesa in posti letto di ciascuna ASL, bensì il fabbisogno espresso dalla sua popolazione residente, da garantire con strutture collocate in ambito regionale, ma non necessariamente nella medesima ASL.

Nell'orientamento della programmazione sulla base di questi dati, occorre tenere in conto anche la mobilità attiva non inclusa nelle stime prodotte che esprime la richiesta di ricovero di pazienti residenti in altre regioni in particolare per l'attività di ricovero offerta dalle strutture del Lazio che istituzionalmente hanno valenza sovra regionale.

1.2.10 – LA RIABILITAZIONE OSPEDALIERA

Poiché il percorso riabilitativo di una persona con disabilità passa attraverso un insieme di attività e interventi notevolmente differenziati sia per tipologia che per intensità assistenziale, con il fine di raggiungere l'autonomia personale, l'integrazione scolastica, sociale e lavorativa, la sua realizzazione è possibile solo all'interno di un sistema di assistenza integrato che coinvolga servizi sanitari, sociosanitari e sociali.

L'intervento di cui al DCA U00076/2013, prevede il potenziamento dell'assistenza residenziale e semiresidenziale per persone non autosufficienti, anche anziane, p.r. intensivi, p.r. estensivi, p. r. estensivi per disturbi cognitivo comportamentali gravi, posti semiresidenziali estensivi per disturbi cognitivo comportamentali gravi, p.r. mantenimento, posti semiresidenziali mantenimento.

Per quanto attiene la programmazione di nuovi posti residenziali e semiresidenziali, si prevede di attivare 3.000 nuovi posti nel triennio 2016 - 2018:

- 300 posti semiresidenziali (di cui 100 semiresidenziali per disturbi cognitivo comportamentali gravi);
- 1990 p.r. di mantenimento di cui 500 di mantenimento A e 1490 di mantenimento B per giungere ad un'offerta complessiva pari a 8.524 posti residenziali e 440 posti semiresidenziali (8,6 posti residenziali e semiresidenziali ogni 1.000 persone anziane).

Nell'ambito degli interventi programmatori relativi all'assistenza territoriale rivolta alle persone con disabilità, in considerazione del fatto che l'attuale offerta regionale residenziale e semiresidenziale si colloca sopra la soglia prevista dal Comitato LEA, si intende procedere alla rimodulazione nei diversi livelli di intensità assistenziale come previsti dal DCA U00039/2012. Si intende, altresì, procedere alla rimodulazione dell'offerta non residenziale (ambulatoriale e domiciliare) per la quale è previsto un incremento massimo pari al 20%, prevalentemente ambulatoriale.

E' prevista la riorganizzazione delle Unità Valutative Alzheimer (UVA) regionali e, più in generale, dei servizi dedicati alla gestione dei pazienti con demenza, in coerenza con le indicazioni nazionali. All'interno degli interventi di ristrutturazione e messa a norma descritti nelle schede tecniche relative agli interventi sono contenute le prime fasi di avvio dei processi di attivazione dei posti letto finalizzati alle attività di riabilitazione e lungo degenza sopradescritte.

La programmazione dei Posti Letto per le funzioni riabilitative è riportata nella seguente tabella.

1.2.11 - L'ASSISTENZA SUL TERRITORIO

L'offerta di posti letto di lungodegenza medica è scarsa a Roma città e più diffusa nella provincia romana. Per il DH la distribuzione territoriale è senz'altro più omogenea rispetto al regime ordinario, se si fa l'eccezione della ASL RM 4 (ex RMF), in cui sono presenti solo 43 posti letto ed è del tutto assente un'offerta nell'oncologia e nella riabilitazione.

Secondo il fabbisogno citato nel DCAU0017/2010 le Asl del comune di Roma sono tutte generalmente carenti di tale offerta assistenziale e tra queste in modo particolare lo sono la RM1 e la RM2). Le ASL della Provincia di Roma hanno una offerta sufficientemente commisurata al fabbisogno teorico stimato, peraltro almeno un terzo degli ospiti nelle strutture di questi territori è residente in realtà in una ASL del Comune di Roma.

La Regione Lazio ha già intrapreso un percorso di riorganizzazione e riqualificazione dell'assistenza territoriale, a supporto del processo di riequilibrio tra l'offerta ospedaliera e quella territoriale, anche tenendo conto dell'evoluzione del quadro demografico ed epidemiologico.

In particolare è stata riorganizzata l'assistenza alle persone non autosufficienti, anche anziane e alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale. In tale ambito, con particolare riferimento all'assistenza residenziale per non autosufficienti, si sta osservando un fenomeno nuovo, in parte legato alle contingenze relative alla crisi economica, dovuto alle difficoltà di molte famiglie a sostenere i costi della compartecipazione alla retta. Le liste di attesa si sono di molto ridotte e alcune strutture non riescono ad occupare i posti disponibili.

In tale ottica l'attivazione delle Case della Salute che, nella visione regionale, si configurano come il nodo della Rete sociosanitaria territoriale, propongono un modello di presa in carico efficace delle persone affette da patologia cronica in grado di organizzare una risposta rapida e puntuale ai bisogni assistenziali della popolazione.

Avendo come riferimento per gli interventi sanitari e sociosanitari il Chronic Care Model, la Regione Lazio intende sviluppare un sistema a rete, come di seguito delineato:

- □ assistenza primaria e Case della Salute. La rete è composta dai seguenti nodi: Unità di cure primarie, Poliambulatori medici specialistici (orientati ai PDTA), Case della salute;
- □ salute della donna, della coppia e del bambino. La rete è composta dai seguenti nodi: Consultori familiari, Dipartimento di prevenzione (attività di screening), Punti Nascita, UO Ospedaliere di Ostetricia e Ginecologia, MMG e PLS, TSMREE, Servizi Sociali Ente Locale, Forme associative del privato sociale, Istituzioni scolastiche, Autorità Giudiziaria;
- □ servizi territoriali per le persone non autosufficienti, anche anziane. La rete è composta dai seguenti nodi: Centri di Assistenza Domiciliare Distrettuali (CADD), Strutture residenziali per persone non autosufficienti, anche anziane, Strutture semiresidenziali per persone non autosufficienti, anche anziane, Strutture residenziali per persone con disturbi cognitivi comportamentali, Strutture semiresidenziali per persone con disturbi cognitivi comportamentali, Centri per le demenze;
- □ servizi territoriali per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale. La rete è composta dai seguenti nodi: strutture ambulatoriali, strutture diurne e strutture residenziali e semiresidenziali classificate come ex articolo 26, Legge 833/78;
- □ cure palliative. La rete è composta da: Hospice residenziale, Unità di Cure Palliative domiciliari specialistiche, cure palliative pediatriche e terapia del dolore in età pediatrica, comprensive dell'Hospice pediatrica.

Per quanto riguarda l'accesso ai servizi, il Punto Unico di Accesso integrato sociosanitario (PUA) rappresenta la funzione di orientamento e di prima presa in carico, così come previsto dalla DGR 315 del 2011.

Le modalità per l'integrazione sociosanitaria, a livello delle singole reti, vengono definite nei Piani delle Attività Territoriali (PAT) e nei Piani di Zona (PdZ), a livello distrettuale che daranno luogo ai Piani di Zona – Distretto.

1.2.11.1 – GLI INTERVENTI SUI PRESIDII TERRITORIALI

Per l'ambito dell'offerta territoriale, carattere prioritario è assunto dalla Casa della Salute, la cui realizzazione di un punto di offerta per ogni Distretto gioca un ruolo essenziale nell'effettiva attuazione dei Programmi Operativi del Piano di rientro.

Gli interventi previsti in terza fase sono finalizzati sia alla realizzazione di una Casa della Salute per ciascun Distretto, sia al potenziamento e rafforzamento delle Case della Salute già avviate con fondo regionali. Come sarà meglio illustrato nel capitolo successivo, che riguarda i finanziamenti già attivati, con le DGR 25 del 21/01/2014 e 289 del 27/05/2014 la Regione Lazio, in ottemperanza a quanto ratificato nei Programmi Operativi, ha dato avvio al piano di attivazione di una Casa della Salute nel territorio di ciascuna Azienda Sanitaria Locale del Lazio. Le prime 12 case della Salute, una per ogni ASL prima della riduzione delle Aziende Territoriali nel nuovo assetto, sono concluse ed operative in termini di funzioni di base previste dal modello di cui alla DGR 428/2014. Sono in corso di completamento i moduli funzionali aggiuntivi, i cui servizi non sono meno importanti di quelli che afferiscono alle funzioni di base, ed anzi assumono carattere strategico all'interno di un modello di Casa della Salute inteso come alternativa al Pronto Soccorso e Centro di Riferimento per i medici di Medicina Generale Pediatri di libera scelta e le visite specialistiche in elezione.

Pertanto una quota parte degli investimenti destinati alle Case della Salute sono finalizzati al definitivo rafforzamento delle funzioni all'interno delle prime dodici tra esse, con priorità ai Presidi con bacini di utenza maggiori per competenza territoriale.

1.2.12 - LE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (RSA)

Il fabbisogno residenziale e semiresidenziale per persone non autosufficienti, anche anziane, è determinato complessivamente in 15.189 posti, in coerenza con i provvedimenti sul fabbisogno (DCA U00039/2012, che ridefinisce i livelli assistenziali, e il DCA U00098/2016) e con le indicazioni del Piano Sanitario Regionale, ratificato con DCA U0111/2010.

Nella tabella che segue sono indicati i posti residenziali e semiresidenziali relativi alle diverse tipologie di trattamento. Per il livello intensivo, si fa riferimento a quanto indicato nel DCA U00098/2016, che oltre ad aggiornare il fabbisogno regionale, procede alla riorganizzazione alla riqualificazione dell'assistenza territoriale nel suo complesso.

Tabella 20 - Posti residenziali e semiresidenziali programmati

Attualmente, l'offerta è complessivamente costituita da 9.223 posti con onere, a vario titolo, a carico del SSR, di cui residenziali 9.016 e 117 semiresidenziali. Questa dotazione di posti si colloca al di sotto del valore medio nazionale. Si precisa che, ad oggi, i posti conseguenti a processi di riconversione sono pari a 1.236, includendo sia quelli derivanti da provvedimenti successivi al DCA U00113/2010 che quelli collegati a provvedimenti antecedenti.

Relativamente all'attività già contrattualizzata, per quanto attiene la rideterminazione della tipologia di trattamento, è stato necessario procedere ad una riconfigurazione in coerenza con quanto previsto già a partire dal citato DCA U0039/2012 e proseguito con i DCA U00076/2013, U00452/2014 e il vigente U00098/2016.

Riguardo al fabbisogno delle singole ASL, la distribuzione di posti residenziali e semiresidenziali, per tipologia di trattamento, dovrà tenere conto dei processi di riconversione delle strutture sanitarie ed essere coerente con quanto indicato dal DCA U00103/2010 in termini di fabbisogno complessivo, modulato tenendo conto delle percentuali di ripartizione individuate dalla tabella precedente.

In ogni caso il DCA U00098/2016 indica che la Regione Lazio intende formulare un piano regionale con il supporto delle Aziende Sanitarie, ciascuna per il proprio territorio di competenza,

per l'attivazione dei posti residenziali e semiresidenziali per la non autosufficienza in caso di fabbisogno non soddisfatto. A tal fine, con il supporto delle Direzioni aziendali, verranno programmati e attivati i nuovi posti residenziali e semiresidenziali, tenendo conto delle specificità territoriali e delle liste di attesa aziendali e del tasso di occupazione dei posti residenziali (risultando dall'analisi dei dati SIRA un tasso di occupazione, per alcune strutture, al di sotto del 80%).

Nelle tabelle seguenti si riporta l'offerta programmata, distinta per tipologia di trattamento, di posti residenziali per persone non autosufficienti, anche anziane, che costituisce l'obiettivo cui tendere. Nella stessa tabella sono riportati i dati relativi all'offerta attuale/potenziale residenziale, le differenze tra quest'ultima e l'offerta programmata e la percentuale di realizzazione. Si precisa che, sia per la tabella seguente che per le successive, l'offerta attuale/potenziale e la percentuale di realizzazione tengono conto, oltre che dei posti con onere a carico del SSR, anche di quelli in corso di realizzazione/attivazione derivanti dai processi di riconversione e dall'applicazione dell'art. 20 L. 67/88; tengono conto, inoltre, dei posti residenziali solo autorizzati e di quelli per i quali è stata autorizzata la realizzazione ante e post L.R. 4/2003.

Tabella 21.a - Fabbisogno stimato e offerta di posti residenziali livello intensivo - anno 2016

Tabella 21.b - Fabbisogno stimato e offerta di posti residenziali livello estensivo/estensivo per disturbi cognitivo-comportamentali - anno 2016

Tabella 21.c- Fabbisogno stimato e offerta di posti residenziali livello mantenimento - anno 2016

Il settore della residenzialità extra ospedaliera per anziani e disabili non autosufficienti è stato oggetto di interventi di rilevante riorganizzazione ancora in corso di sviluppo, in particolare, con il Decreto del Commissario ad acta U0039/2012 che ha distinto i trattamenti in estensivo, intensivo e di mantenimento, in sinergia con i DCA U00105/2014 e U00060/2016 (che individua per la prima volta le tariffe di remunerazione del livello estensivo), con i quali sono state definite le tariffe vigenti, in coerenza con la nuova configurazione delineata dal riordino complessivo.

L'offerta di post-acuzie riabilitativa sarà ridefinita con un successivo provvedimento nelle sue quattro articolazioni (riabilitazione intensiva, alta specialità neuro-riabilitativa, mielolesioni e gravi disabilità in età evolutiva) anche alla luce di una rimodulazione dell'offerta extraospedaliera di riabilitazione intensiva, estensiva e di mantenimento. Per quanto riguarda l'offerta di posti letto di alta specialità neuro-riabilitativa si terrà anche conto degli standard di fabbisogno previsti dall'Accordo Stato-Regioni del 5 agosto 2014.

1.2.13 - HOSPICE E RETE DELLE CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE

Nel Lazio il numero di persone affette da cancro che necessitano di cure palliative ogni anno è stimato tra oltre 12.000 e quasi 26.000; di queste, secondo la suddivisione individuata dai documenti ministeriali, tra il 15 ed il 25% necessitano di ricovero in Hospice (per il Lazio 1.800 – 6.500 persone); tra il 75% e l'85% possono essere seguiti in assistenza domiciliare (per il Lazio 9.000 – 22.000 persone). A queste persone andrebbero aggiunte quelle affette da patologie non oncologiche che secondo stime di studi inglesi ed americani si stimano essere 0.5-1 volta il numero di pazienti deceduti per tumore.

Tabella 22 - L'offerta di cure palliative nel Lazio – Dati 2010 (ASP)

* Posti letto attesi per malati terminali oncologici e non (1,2 su 56 deceduti)

**Posti letto provvisoriamente accreditati e/o attivabili a seguito di riconversioni come indicato nel DCA U00023/2010 + i

posti letto riferibili alle strutture Nuovo Regina Margherita e INMI Spallanzani.

Fonte: Assessorato alla Sanità – Regione Lazio e Laziosanità-ASP 2010)

La rete di terapia del dolore è composta da 2 Hub: l'Azienda Policlinico Umberto I e il Policlinico Tor Vergata, e da Spoke di livello 1 (attività di tipo ambulatoriale medico multidisciplinare, eventuale supporto alle unità di degenza) e Spoke di livello 2 (attività di tipo ambulatoriale anche chirurgico e approccio multidisciplinare, supporto alle unità di degenza).

Alla rete partecipano i Medici di Medicina Generale.

Per quanto riguarda l'offerta residenziale in strutture hospice, risultano attivi ad oggi numero 348 posti su un fabbisogno stimato, calcolato sulla base del rapporto di 1,2 posti residenziali ogni 56 deceduti per tumore, di 325 posti.

Il DCA U00169/2014 "Modello assistenziale delle cure palliative pediatriche nella Regione Lazio" riconosce specificamente la funzione di Centro di Riferimento di Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatrico, come indicato dalla DGR 87 del 19 febbraio 2010 e dal DCA n. U00461 del 15 novembre 2013, all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù. Il DCA 169/2014 specifica che il Centro di Riferimento di Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatrico svolge le funzioni di Centro di riferimento clinico, organizzativo, formazione, ricerca per il funzionamento e sostegno della Rete Regionale di Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche anche al fine di garantire la continuità assistenziale specialistica ai pazienti in età compresa fra 0-18 anni, come previsto dalla DGR 87 del 19 febbraio 2010 e dalla Intesa del 25 luglio 2012.

A tal fine all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù è demandata la progettazione dell'Hospice Pediatrico della Regione Lazio con una dotazione di 10 posti residenziali, fermo restando il rispetto della normativa vigente ed in particolare la Legge regionale n. 4/2003 e s.m.i. che chiarisce, altresì, che i costi per la costruzione e la dotazione impiantistica, strumentale ed alberghiera dell'Hospice Pediatrico sono a carico dello stesso Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, così come quelli per il personale necessario al funzionamento degli stessi.

Il totale dei pazienti adulti assistiti è di circa 40.000 persone (inclusi coloro che hanno ricevuto prestazioni saltuarie o occasionali), di cui l'88,5% anziani.

La percentuale di persone assistite in assistenza domiciliare rispetto alla popolazione anziana residente è del 3,8% nell'intera regione, ma varia sensibilmente nelle diverse ASL, passando da un minimo dell'1,8% nella ASL RM2 (ex Roma B) ad un massimo del 7,7% nella ASL di Viterbo.

1.2.14 - LA SALUTE MENTALE

A tutto il 2013 nella Regione Lazio sono attivi 12 Dipartimenti di Salute Mentale, articolati in strutture ospedaliere (SPDC) e territoriali (Ambulatoriali, Residenziali e Semiresidenziali), con 72 presidi (CSM), 31 ambulatori, 54 Centri Diurni.

Sono state assistite circa 75.000 persone (con un incremento progressivo annuo) con diverse patologie che comprendono prevalentemente disturbi della sfera psicotica. Il personale dedicato, d'altra parte, è continuativamente in decremento, a seguito dell'applicazione del blocco di assunzioni imposto dal piano di rientro della Regione Lazio, specialmente nell'ambito dei Centri di Salute Mentale, presidi fulcro fondamentali di primo contatto, cura assistenza, governo e gestione dell'intero sistema dipartimentale (al primo semestre 2013 gli operatori erano 2.027).

La Regione Lazio ha inoltre ratificato il Recepimento dell'Accordo relativo al "Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale".

In alcune ASL sono attivi protocolli operativi con i Ser.T. e i Servizi Materno Infantili (TSRMEE) per la gestione congiunta di pazienti con comorbilità psichiatrica e patologie della dipendenza e/o di pazienti giovani adulti.

Sul territorio della Regione Lazio sono presenti:

- a) 12 ex case di cura Neuropsichiatriche per le quali è in corso la procedura di accreditamento definitivo (800 posti letto)
- b) strutture residenziali a fasce orarie (per un totale di circa 75 posti letto)
- c) centri diurni 55 nei DSM, 6 privati accreditati per 80 posti residenza.

In tutti i dipartimenti di salute mentale sono presenti strutture residenziali psichiatriche a gestione diretta (comunità terapeutica).

Per quanto riguarda la **salute mentale in età evolutiva** i principali dati epidemiologici di riferimento in questo settore provengono dai dati del Sistema Informativo Ospedaliero (SIO). La Regione Lazio si sta dotando di un sistema informativo specifico per la salute mentale in età evolutiva che raccoglierà i dati delle prestazioni effettuate dai servizi territoriali che rappresentano un altro fondamentale elemento dell'assistenza in questo ambito.

Nel Lazio in tutto il 2010, su 117.105 dimissioni di minori da reparti di degenza per acuti (regime ordinario, tutte le specialità) 921 (0,8%) avevano una diagnosi principale psichiatrica. Il 30,3% di queste dimissioni (proveniva da reparti con nessuna specificità psichiatrica (né psichiatrici, né neuropsichiatria infantile, né neurologici). Le dimissioni da reparti di neuropsichiatria infantile costituivano il 49,1%, quelle da reparto di pediatria costituivano il 17,2%, quelle da reparto neurologico il 14,9% e quelle da reparto psichiatrico costituivano solo il 5,8%. La maggioranza assoluta delle dimissioni provenienti da reparti non psichiatrici, non di neuropsichiatria infantile, né neurologici, aveva una diagnosi compresa nel gruppo delle nevrosi (58,8%) ed era stata ricoverata in un reparto di pediatria (56,6%). La distribuzione per classi di età delle dimissioni in regime ordinario di minori da reparti di degenza per acuti con diagnosi principale psichiatrica, evidenzia che 321 di queste, cioè circa un terzo, è prodotto da minori con età compresa fra 14 e 18 anni non compiuti.

I reparti psichiatrici pubblici per acuti di norma ricoverano esclusivamente soggetti maggiorenni. Peraltro, presso tali reparti nel 2010 hanno avuto luogo 53 dimissioni di minori, la cui età era per il 94,3% compresa fra 14 e 18 anni.

A seguito del DPCM 1 aprile 2008, i minori coinvolti nel circuito penale vanno inseriti in questo sistema di assistenza sanitaria. Al centro di tale sistema assistenziale per la salute mentale dei minori è collocato il TSMREE quale struttura pubblica territoriale aperta ad accesso diretto che esercita funzioni di prevenzione, tutela, diagnosi, cura, riabilitazione, inserimento scolastico e sociale dei soggetti in età evolutiva (0-17 anni).

Perciò che si riferisce poi alla **disattivazione degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG)** e individuazione dei percorsi di presa in carico dei relativi pazienti, La Regione Lazio ha previsto un fabbisogno di 5 moduli (di cui uno per le donne) per un totale di 80 posti letto per i maschi e di 11 posti letto per le pazienti di sesso femminile. Allo scopo di perseguire l'obiettivo di individuare una soluzione alternativa all'OPG entro il 31/03/2015, termine ultimo della proroga (L.81/2014), sono state individuate 4 sedi provvisorie (2 dislocate presso la ASL RM5 (ex Roma G) e 2 presso la ASL di Frosinone) per la collocazione di 91 pazienti e 3 sedi di destinazione definitiva che risulteranno localizzate nei territori della ASL di Rieti, di Frosinone e della RM5. Il Programma, nel suo complesso, impegna risorse per un importo di € 22.031.230,29 di cui 16.820.110,07 a carico dello Stato.

1.2.15 - LA RETE SPECIALISTICA AMBULATORIALE

L'assistenza specialistica ambulatoriale, nella regione Lazio, è garantita da 1.100 presidi ambulatoriali multifunzione distribuiti in maniera non uniforme sul territorio, con una presenza rilevante degli erogatori privati che, insieme ai classificati, rappresentano il 61,3% delle strutture ambulatoriali regionali. A completamento dell'offerta ambulatoriale sono presenti sul territorio tra privati accreditati o solamente autorizzati, 350 ambulatori odontoiatrici, 5.100 studi odontoiatrici.

A fronte della numerosità di strutture private, il comparto pubblico offre un maggior numero di poliambulatori che erogano prestazioni in più specialità; infatti il 42% di presidi a gestione diretta delle ASL propongono prestazioni in almeno nove branche specialistiche mentre il 78% delle strutture ambulatoriali private eroga prestazioni riferibili ad un'unica branca.

Le strutture pubbliche aziendali offrono, comprensibilmente, prestazioni per un numero di branche più elevato rispetto a entrambi gli altri comparti.

Così come ratificato dal DCA U0054/2010, a partire dal 2010 sono raccolti ed elaborati dati relativi al monitoraggio delle prestazioni di Laboratorio analisi, limitatamente a quelle prescritte su ricettario regionale SSR, comprese le prestazioni relative all'attività privata pagata in proprio dal cittadino. Da tale monitoraggio, per l'anno 2012, risulta che 548 strutture - di cui 330 private accreditate - hanno erogato prestazioni di laboratorio analisi (dati "Quasias On line"). Dal monitoraggio non si evince la distinzione fra Centro prelievi e Laboratorio analisi.

Le 330 strutture di laboratorio analisi private accreditate hanno erogato complessivamente 20.270.402 prestazioni di laboratorio analisi (inclusi i prelievi), di cui 15.641.056 a carico del SSR, 62.353 prestazioni contenute in Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali (APA), 122.880 incluse

nei trattamenti di dialisi, 7.080 incluse in Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) e 4.437.033 prestazioni pagate in proprio dal cittadino ma prescritte su ricettario SSR.

Il limite di produzione di 100.000 prestazioni annue (DCA U00054/2010) è stato superato solo da 64 strutture (19%), mentre 85 strutture hanno effettuato tra le 50.000 e le 100.000 prestazioni annue e 181 strutture hanno registrato una produzione inferiore alle 50.000 prestazioni annue.

Si precisa che nel conteggio complessivo sono state incluse anche le prestazioni di Anatomia Patologia, Microbiologia ed i prelievi, e non solo quelle di Chimica clinica ed Ematologia (DCA 54/2010).

Relativamente alla tipologia di struttura, risultano 35 Laboratori in CdC, 42 Poliambulatori Territoriali e 253 Ambulatori Monospecialistici Territoriali con volumi totali di prestazioni, rispettivamente, pari a 1.484.818, 3.010.027 e 15.775.557.

I 184 centri prelievo a gestione diretta delle ASL collocati presso strutture poliambulatori ali territoriali ovvero presso strutture ospedaliere hanno erogato, attraverso l'attività dei laboratori pubblici di afferenza, complessivamente 26.868.584 prestazioni (inclusi i prelievi), di cui 26.113.116 come singole prestazioni ambulatoriali, 248.606 all'interno di APA, 316.091 incluse nei trattamenti di dialisi, 117.292 all'interno di PAC e 73.479 in altri pacchetti.

Si precisa che nel conteggio complessivo sono state incluse anche le prestazioni di Anatomia Patologia, Microbiologia ed i prelievi, e non solo quelle di Chimica clinica ed Ematologia (DCA U00054/2010).

Le ulteriori 34 strutture presenti (di cui 8 classificate, 5 SMOM e 21 aziendalizzate) hanno erogato complessivamente 13.442.884 prestazioni, di cui 13.747.523 a carico del SSR, 343.170 all'interno di APA, 99.706 incluse nei trattamenti dialitici, 236.134 all'interno di PAC e 16.351 all'interno di altri pacchetti.

Il limite di produzione di 100.000 prestazioni annue è stato superato da 30 strutture, 2 strutture hanno effettuato tra le 50.000 e le 100.000 prestazioni annue e altre 2 strutture hanno registrato una produzione inferiore alle 50.000 prestazioni annue.

Relativamente alla tipologia di struttura, risultano 29 Ambulatori Ospedalieri, 4 Poliambulatori Territoriali e 1 Ambulatorio Monospecialistico Territoriale con volumi totali di prestazioni, rispettivamente, pari a 13.315.115, 1.005.778, 121.991.

Tabella 23 - Numero dei centri/punto prelievi, esistenti al 31.12.2012

Tipologia Gestione diretta Privato accreditato Altro

Monospecialistico territoriale 4 244 1

Territoriale 128 41 4

Ospedaliero 52 35 29

Totale 184 * 320 34

* Nel numero sono ricompresi circa 100 punti di offerta che offrono solo prelievi

1.3 - IL SISTEMA IMMOBILIARE SANITARIO

La Regione Lazio, a partire dal 2014, ha avviato un'azione di monitoraggio dell'intero sistema immobiliare sanitario regionale. Alle ASL, alle Aziende Ospedaliere e agli I.R.C.C.S è stato richiesto di precedere ad una ricognizione analitica puntuale di tutti gli immobili ad essi afferenti detenuti a qualunque titolo e di trasferire contestualmente alla Regione tale bagaglio informativo allo scopo di acquisire e sistematizzare in forma organica un quadro conoscitivo completo e dettagliato in grado di far emergere eventuali squilibri e criticità nelle dotazioni e negli utilizzi del parco immobiliare sanitario.

Si è reso così possibile, forse per la prima volta, elaborare una visione di insieme aggiornata ed estesa all'insieme delle 21 strutture aziendali che compongono lo scenario della sanità laziale e che detengono, a vario titolo, 876 unità immobiliari per una superficie lorda complessiva di 3.142.000 di mq.

L'indagine ha consentito di mettere a fuoco in particolare i beni immobili in capo alle ASL che, come figura nella tabella seguente, sono risultati essere in tutto 716 per una superficie lorda pari a circa 1.876.000 mq.

1.4 - IL SISTEMA DELLE TECNOLOGIE SANITARIE E L'INTRODUZIONE DELLE METODOLOGIE HTA

AI sensi dell'articolo 19 ("Attrezzature e strumentazioni sanitarie ed informatiche e attività di ricerca") della Legge regionale del 28 dicembre 2006 n. 27, la Regione Lazio provvede, con proprie risorse, alla realizzazione di un programma triennale straordinario di ammodernamento tecnologico del patrimonio delle aziende sanitarie e di sviluppo delle attività di ricerca degli istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) pubblici, già a partire dal 2006, anno in cui con L.R. 27 è stato istituito, ai sensi dell'art. 19, un fondo per l'acquisizione di attrezzature sanitarie. Per le finalità di cui al suddetto articolo è stato istituito un apposito capitolo di spesa sul quale sono stati stanziati finanziamenti in tre tranches per un importo complessivo, su tre anni, di circa 100 milioni di Euro. Successivamente, la Regione ha attribuito ulteriori risorse, sia per la manutenzione e l'aggiornamento del patrimonio esistente sia per nuovi investimenti.

Gli investimenti riguardano: l'acquisto di attrezzature ad alta tecnologia, di apparecchiature elettromedicali, di attrezzature informatiche e del relativo software; l'esecuzione di lavori edili ed impiantistici necessari alla installazione delle attrezzature, ed infine la manutenzione programmata delle attrezzature, definita all'atto dell'acquisto.

Sulla base di un budget indicativo stabilito dalla Regione, le aziende sanitarie e gli IRCCS presentano alla Regione il programma di investimenti che intendono attivare, indicando le priorità ed i tempi previsti per la realizzazione.

Già da alcuni anni le normative nazionali di settore prescrivono che la richiesta di acquisizione di nuove tecnologie e l'utilizzo di terapie ad alto costo debba essere preceduta da uno studio redatto con i criteri del HTA. L'obiettivo è favorire decisioni razionali basate su criteri trasparenti ed espliciti per l'adozione di nuove tecnologie a livello aziendale. L'HTA, difatti è uno strumento di supporto alle decisioni in grado di valutare le caratteristiche tecniche e la sicurezza, l'efficacia teorica e di campo, l'efficienza (costo/efficacia; costo-beneficio), l'impatto sul sistema sanitario, l'accettabilità da parte degli utenti ed eventuali problematiche etiche che la diffusione di una tecnologia può generare. L'impatto sul sistema sanitario è inteso come impatto sulla salute, impatto economico e impatto sull'organizzazione dei servizi.

La decisione su quali interventi/tecnologie adottare ha tre livelli di attuazione:

- **macro**, cioè un livello regolatorio, in gran parte delegato alle regioni;
- **meso**, cioè un livello di amministrazione e direzione sanitaria di azienda;
- **micro**, il livello della singola unità dove viene deciso un protocollo clinico, ovvero il singolo professionista o un'equipe che condivide le procedure diagnostico-terapeutiche.

I percorsi decisionali che attualmente hanno luogo si specializzano a seconda della tipologia di tecnologia:

- **Farmaci**: la decisione sull'immissione in commercio viene stabilita a livello europeo dall'EMEA, la registrazione in Italia segue il decreto legislativo dell'AIFA che ne indica anche i criteri per l'utilizzo e la rimborsabilità. Le Regioni, a loro volta, procedono all'eventuale immissione in prontuario.

- **Diagnostici e Devices**: i test diagnostici non hanno un processo decisionale centrale definito come per i farmaci: una volta ottenuta l'autorizzazione all'immissione in commercio da parte della Commissione unica Dispositivi medici, che si basa su criteri minimi di sicurezza e accuratezza del test e non di utilità clinica, possono essere utilizzati e la loro rimborsabilità è affidata alla decisione decentrata sulla loro eventuale appropriatezza a garantire un LEA.

- **Apparecchiature sanitarie**: l'acquisizione di apparecchiature da parte delle Aziende sanitarie della regione Lazio al momento prevede una richiesta alla Regione Lazio, sia essa sui fondi per l'ammodernamento del parco tecnologico ai sensi dell'art 19 della L. R. 27/06 o su altri fondi.

- **Interventi di prevenzione**: l'introduzione di un intervento di prevenzione organizzato fra i LEA è oggetto di una valutazione nazionale, ma sono frequenti gli esempi di interventi di prevenzione non inclusi nei LEA e attivati a livello regionale o aziendale.

Da questo quadro è evidente che nel nostro sistema l'introduzione di tecnologie sanitarie, con l'eccezione dei farmaci e, in parte, degli interventi di prevenzione, è per la quasi totalità deciso a livello aziendale.

La creazione di un Nucleo di Valutazione per l'Health Technology Assessment ha l'obiettivo di favorire decisioni razionali basate su criteri trasparenti ed espliciti per l'adozione di nuove tecnologie a livello aziendale e regionale.

Con DGR 412 del 24/09/2010, la Regione Lazio ha ritenuto, al momento, di trasferire le competenze proprie del Nucleo di HTA al Nucleo di Valutazione Regionale (NVR), ritenendo che nell'ambito delle procedure attivate o in corso di attivazione, il NVR fosse in grado di svolgere i compiti di consultazione e controllo definiti per l'HTA, stabilendo che, per devices e farmaci sia definito, all'occorrenza, un gruppo di lavoro a supporto ed integrazione del NVR.

Il percorso decisionario si articola nelle seguenti fasi di massima:

- definizione dei piani di formazione a livello regionale;
- definizione dei piani di formazione a livello locale (ASL, AO, IRCCS);
- stesura da parte del Nucleo di Valutazione Regionale della lista di priorità delle tecnologie da valutare;
- approvazione del processo di valutazione da parte della Direzione Regionale competente per la Programmazione sanitaria.

Le più recenti disposizioni normative (Legge di Stabilità 2016) prescrivono alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere di sopprimere le UOC aziendali preposte alle analisi HTA, poiché le valutazioni di Health Technology Assessment, ritenute prioritarie nell'ambito della pianificazione, dovranno essere integralmente effettuate dalle Regioni, al fine di fare convergere all'organismo competente la materia di supporto alle decisioni e conferirgli l'indispensabile carattere regolatorio di controllo della spesa e riordino delle reti.

2.1 - LOGICA E COERENZA TEMPORALE: I PROGRAMMI IN ATTO ED EVOLUZIONE DELLE POLITICHE DI INVESTIMENTO

L'offerta sanitaria del Lazio è caratterizzata da un elevato livello di eccellenza e si pone all'avanguardia a livello nazionale, e non solo, in molteplici specializzazioni, particolarmente nei campi dell'emergenza – urgenza.

Il raggiungimento di questi risultati è stato possibile grazie ad un continuo e mirato aggiornamento ed ammodernamento delle strutture sanitarie, sia degli “involucri”, ovvero dei manufatti all'interno dei quali sono erogate le prestazioni sanitarie, sia delle attrezzature e delle dotazioni tecnologiche che supportano la competenza ed il lavoro delle risorse umane, mediche e delle professioni sanitarie, nella definizione della diagnosi e nella complessiva “presa in carico” del paziente.

In termini di risorse attivate e di scelte programmatiche, il “Programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico” avviato ai sensi dell'articolo 20 della Legge 67/88 è da sempre il riferimento principale. La Regione Lazio ha sviluppato ed attivato la I e la II fase di detto programma.

Le altre attribuzioni finanziarie, sia statali che regionali, sono attivate di volta in volta per perseguire obiettivi mirati o emergenze sanitarie attraverso l'assegnazione di fondi, anche considerevoli, che hanno consentito di provvedere all'ammodernamento o alla vera e propria messa in opera di servizi specifici per la popolazione, come ad esempio, la realizzazione di Hospice.

Qualche che sia l'origine, i fondi, nel loro insieme, si articolano in tre grandi tipologie di interventi:

- la ristrutturazione per obsolescenza o inadeguatezza dei presidi sanitari esistenti, allo scopo di migliorarne le prestazioni o mantenerne inalterati i livelli di efficienza e consentire l'adeguamento a norma delle strutture. Interventi che rappresentano l'ossatura portante dei finanziamenti statali ex art. 20;
- la realizzazione di nuovi luoghi dell'offerta sanitaria, sia per il territorio che per le emergenze, la cui copertura finanziaria è garantita in parte dai fondi ex art. 20 e in parte da fondi regionali;
- l'acquisto mirato di attrezzature allo scopo di ammodernare i mezzi tecnologici in dotazione e/o di fornire prestazioni innovative – che trova copertura in normative statali volte a perseguire

obiettivi di efficienza specifici e, in misura maggiore, ai sensi di normative regionali che nel corso degli ultimi anni hanno provveduto a sviluppare uno specifico piano di ammodernamento, articolato anno per anno.

2.2 - FONDI STANZIATI CON LEGGI NAZIONALI

La Regione Lazio ha attivato 2 fasi, la prima iniziata nel 1996 e la seconda nel 2001, beneficiando di assegnazioni finanziarie rispettivamente pari a € 398 milioni circa e a € 664 milioni circa, compreso il cofinanziamento del 5% a carico del bilancio regionale.

La **prima fase** ha riguardato 62 interventi di cui oltre il 99% sono stati del tutto completati; solamente un paio di interventi hanno avuto difficoltà di attuazione, procrastinando i tempi di conclusione previsti.

La **seconda fase** è articolata in un numero maggiore di interventi e ha avuto un percorso attuativo più complesso.

L'accordo di programma definito con D.G.R. 1054/2001 ha rimodulato gli interventi, precedentemente individuati in un primo Accordo, poi annullato, secondo 211 "schede di intervento", per l'importo complessivo definitivo di € 795.531.682,93. Ai sensi della legge n. 266 del 23/12/2005 (Finanziaria dello Stato 2006) alcuni interventi originariamente previsti nell'Accordo di Programma sono stati definanziati per decorrenza dei termini di presentazione dei progetti, mentre altri sono stati esclusi dal finanziamento per problemi legati all'iter procedurale, l'anno successivo. Dei trentanove progetti definanziati, dodici sono stati successivamente riammessi con D.G.R. n. 255 del 02/05/2006 a potere fruire dei fondi inizialmente stanziati – per il 35% delle risorse iniziali.

Alcune delle schede sono state ulteriormente articolate in più progetti, e, all'oggi, tra le schede accorpate e quelle frazionate, sono in fase di attuazione e/o completamento 181 progetti, per l'importo complessivo definitivo di € 664.768.481,49.

Tra gli interventi più importanti realizzati negli ultimi anni, che hanno dato forma all'attuale offerta sanitaria del Lazio, per i presidi ospedalieri ci sono:

- la costruzione del Policlinico Universitario di Tor Vergata;
 - i lavori di messa a norma e ammodernamento complessivo di quattro padiglioni del San Camillo;
 - l'acquisto del Presidio destinato agli I.F.O;
 - l'avvio dell'Ospedale Belcolle di Viterbo e del Nuovo Ospedale di Frosinone;
 - la razionalizzazione degli spazi dell'Ospedale Oftalmico.
- o Con i fondi dell' art. 20 è iniziata
- la ristrutturazione dell'Ospedale Santa Maria Goretti di Latina;
 - la costruzione del corpo D dell'Ospedale San Filippo Neri ed il completamento del corpo C;
 - il Completamento dei corpi C e D del Presidio San Giovanni e la ristrutturazione complessiva dell'Addolorata;
 - L'acquisto e parte della ristrutturazione del presidio territoriale di Santa Caterina delle Rose;
 - L'avvio della realizzazione della futura rete poliambulatoriale con la realizzazione di importanti presidi territoriali;

o Altri fondi statali, provenienti da finanziamenti dedicati, hanno dato il via:

- alla realizzazione di Hospice pubblici nel Lazio;
- all'attivazione dell'Ospedale S. Andrea;
- alle attività libero professionali intramurarie;
- alla creazione di una rete di elevato livello di assistenza al parto e al neonato.

PROGRAMMI DI FINANZIAMENTO A VALERE SULL'ART. 20 DELLA L. 67/88 –
 SECONDA FASE, ANTICIPO FINANZIAMENTI PER MESSA A NORMA E SICUREZZA L.
 450/98

L'imperiosa urgenza di mettere a norma alcuni presidi ospedalieri ha indotto alla scelta di anticipare una quota parte dei finanziamenti della seconda fase, che sono stati stanziati ai sensi della L. 450/98, per realizzare interventi di adeguamento a norma e messa in sicurezza. Con la Deliberazione n. 52 del 06/05/1998, il CIPE ha ripartito tra le Regioni e le Province Autonome di

Trento e di Bolzano la somma di circa 410 milioni di Euro per la realizzazione di interventi necessari ad adeguare le strutture e le tecnologie sanitarie alla normativa vigente in materia di sicurezza.

In particolare, alla regione Lazio viene assegnata la quota complessiva di € 22.041.836,81 finalizzati ai soli interventi nel settore della sicurezza, in anticipazione sul programma pluriennale di investimenti in edilizia sanitaria.

Degli otto interventi individuati, 1 è completato ed in esercizio, 6 sono conclusi e uno in corso di completamento. Con la stessa deliberazione CIPE, sono stati assegnati fondi anche per la realizzazione del Nuovo Ospedale di Frosinone, unitamente a quelli assegnati nella I e II fase dell'art. 20.

Da allora non sono stati avviati ulteriori programmi sistematici finalizzati alla messa a norma dei presidi. La Regione Lazio ha comunque e sempre provveduto, con fondi propri, a garantire la copertura finanziaria per interventi di messa in sicurezza, in gran parte per interventi contingenti di minima e di somma urgenza. E' mancata, invece, una programmazione organica in materia di sicurezza, che partendo da una analisi dei fabbisogni consentisse di individuare l'effettiva "distanza" tra le disposizioni normative vigenti e sopraggiunte e lo stato dei luoghi.

RADIOTERAPIA – ART. 28, COMMA 12 - L. 488/99

La legge finanziaria del 23 dicembre 1999 n. 488 ha previsto il potenziamento delle strutture di radioterapia nell'ambito dei programmi di edilizia sanitaria di cui all'articolo 20 della Legge n. 67 del 1988, autorizzando l'ulteriore spesa di 10 miliardi di Lire all'anno (€ 5.164.569,00) per il triennio 2000, 2001 e 2002.

Si tratta di fondi vincolati stanziati al fine di rafforzare l'offerta delle strutture di radioterapia e destinati, nel Lazio, a due soli beneficiari:

- l'Ospedale Umberto I, per un importo pari a € 258.466,02, il cui progetto è stato già approvato, ammesso a finanziamento e concluso;
- l'azienda ospedaliera San Giovanni, a cui sono stati destinati € 900.136,84 per l'acquisto di un tomografo computerizzato finalizzato ad attività di diagnosi e prevenzione. Il progetto, approvato nel 2010, è stato ammesso a finanziamento ed è in corso di conclusione.

La Regione Lazio sta procedendo alla ridefinizione dei fabbisogni e all'analisi, con principi di HTA, delle dotazioni tecnologiche offerte dal mercato attraverso indagini di appropriatezza clinica e di evidenza scientifica.

CONSULTORI L. 34/96 E MATERNO INFANTILE L. 34/96

La Legge 34/96 ha destinato fondi dello Stato al potenziamento dei consultori allo scopo di rafforzare sul territorio l'assistenza alle donne. I fondi sono stati distribuiti in due tranches: la prima per i consultori e la seconda allo scopo di incrementare il livello di assistenza in terapia intensiva nei reparti maternità.

In data 10.05.1999 è stata pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale la deliberazione del 19.02.1999 con la quale il CIPE ha ammesso a finanziamento alcuni progetti della Regione Lazio per il settore materno infantile. Gli interventi risultano da poco completati per un ammontare di circa dieci milioni di Euro di investimento e pongono la Regione Lazio all'avanguardia per l'assistenza nella terapia intensiva neonatale. Per mantenere l'offerta sanitarie del Lazio ai livelli di eccellenza si rende indispensabile attivare nuovi finanziamenti per l'ammodernamento delle tecnologie e dei Reparti.

INTRAMOENIA L. 254/00

Il Decreto legislativo del 28 luglio 2000, n. 254, integrativo del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, ha previsto la predisposizione da parte delle Regioni di un programma per la realizzazione di spazi destinati allo svolgimento dell'attività libero professionale intramuraria. Il 26.05.2000 sulla G.U.R.I. è stato pubblicato il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri – atto d'indirizzo e coordinamento concernente l'attività intramuraria – con il quale sono stati fissati i principi ed i criteri direttivi per le specifiche iniziative.

In data 18.10.2001 sulla Gazzetta Ufficiale è stato pubblicato il Decreto con il quale sono ripartite le risorse finanziarie destinate alla realizzazione delle strutture per l'intramoenia ai sensi dell'art.1 del D. Lgs. N. 254/2000. Alla regione Lazio sono stati assegnati, quali importi a carico dello Stato, € 102.661.209,05 per la realizzazione di 49 interventi, in corso di completamento.

Gli interventi proposti dalle Aziende, e approvati dalla Regione Lazio, riguardano essenzialmente la creazione di spazi di attesa, ambulatori per le visite e sale per l'accoglimento di tecnologie sanitarie per effettuare esami diagnostici.

HOSPICE L. 39/99

Come già accennato nel capitolo precedente, con la legge n. 39 del 1999 il Ministro della Sanità, d'intesa con la conferenza permanente dei rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, ha adottato un programma su base nazionale per la realizzazione, in ciascuna regione e provincia autonoma ed in coerenza con gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale, di una o più strutture ubicate nel territorio in modo da consentire un'agevole accessibilità da parte dei pazienti e delle loro famiglie per l'assistenza al malato terminale, la somministrazione di cure palliative e l'applicazione di terapie per il sollievo del dolore.

Tale normativa permette la realizzazione di ambienti dedicati attraverso l'adeguamento e la riconversione di presidi inutilizzati, di proprietà di Aziende Sanitarie Locali o di Aziende Ospedaliere.

Allo stato attuale sono finanziate sei strutture per un totale di € 17.465.442,89 di onere finanziario. I progetti sono in corso di completamento.

ART. 71 L. 448/98 AREE METROPOLITANE: S. ANDREA E UMBERTO I

L'art. 71 della legge 448/98: "Riqualficazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani" ha indicato come prioritario per il rafforzamento delle Aree Metropolitane principali del Paese, provvedere ad interventi di riorganizzazione e riqualficazione dell'assistenza sanitaria, da realizzarsi, specificamente, allo scopo di favorire quell'effettivo passaggio da conurbazione ad "Area Metropolitana", così come definita dalla L. 142/90 e s.m.i..

Su proposta del Ministero della Sanità, la Conferenza Unificata Stato-Regioni, ai sensi dell'art. 8 del D.lgs. 28 agosto 1997, n. 281, ha assegnato le risorse per interventi, ritenuti prioritari, in Presidi ubicati nelle Aree Metropolitane individuate dalla succitata L. 142/90 e s.m.i., tenendo in particolare considerazione le Aree centro meridionali.

Gli interventi individuati devono perseguire obiettivi di:

- standard di salute, qualità ed efficienza dei servizi così come indicato nel Piano Sanitario Nazionale;
- riqualficazione, riorganizzazione e miglioramento degli strumenti di coordinamento della rete dei servizi ai cittadini, anche attraverso la sperimentazione di modelli gestionali innovativi;
- potenziamento qualitativo e quantitativo delle dotazioni sanitarie strutturali e tecnologiche, con particolare riguardo alla accessibilità, alla sicurezza ed alla umanizzazione dell'assistenza;
- riqualficazione delle strutture sanitarie;
- equa distribuzione dei servizi.

Pertanto, nell'ambito del disposto normativo di cui all'art. 71 della legge 448/1998, con D.D. 05/04/2001 è stato assegnato alla costituenda Città Metropolitana di Roma un importo a carico dello Stato pari a € 208.287.067,40, di cui € 104.995.687,58 all'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea ed € 103.291.379,82 all'Azienda Policlinico Umberto I, successivamente integrato con l'importo, in prima istanza destinato al Sant'Andrea, di € 204.418,96 assegnato con D.D. 19/04/2007.

Tenuto conto, che ai sensi del comma 2 dell'art. 71 L. 448/98, le Regioni sono obbligate alla predisposizione di progetti per importi costituiti "per non meno del 30% da altre risorse pubbliche o private" e per il 70% dal finanziamento stesso, l'ammontare complessivo a carico dello Stato - risultante dalle somme degli importi di cui al D.M. 05/04/2001 e dalla disponibilità della quota assegnata con D.D. 19/04/2007 - ammonta a € 208.491.486,36. Conseguentemente il 30% del cofinanziamento risulta essere pari a € 89.353.494,15, a carico di altre "risorse pubbliche o private".

Nel caso specifico dell'Umberto I, si è reso disponibile un ulteriore finanziamento privato che un'Azienda di servizi ha concesso quale cofinanziamento della ristrutturazione del Reparto di Oncologia Pediatrica.

Sui presidi Sant'Andrea ed Umberto I, pertanto, sono attivi finanziamenti i cui importi sono articolati secondo la seguente ripartizione:

□ Sant'Andrea: € 104.995.687,58 finalizzati alla realizzazione di lavori edili di completamento del Presidio, ristrutturazione ed adeguamento normativo, acquisto attrezzature e arredi ed implementazione del sistema informatico, di cui € 100.539.784,37 sono già stati utilizzati ed erogati dal Ministero della Salute, e l'importo residuo a carico dello Stato, pari a € 4.455.903,21, è in corso di utilizzazione;

□ Umberto I: € 103.495.798,78 quale quota parte a carico dello Stato (di cui erogati € 5.164.568,99), oltre ai finanziamenti su fondi regionali e a carico di privati, pari ai suddetti € 89.353.494,15 (di cui erogati € 16.113.107,90) che la Regione ha ritenuto opportuno destinare integralmente all'Umberto I - per le motivazioni che saranno esplicitate nei seguenti paragrafi - per il totale di € 192.849.292,93.

Con DCA U00187 del 28/05/2014 è stato approvato il progetto preliminare di riqualificazione complessivo del Policlinico Umberto I che ha finalmente visto la luce dopo anni di difficoltà procedurali e progettuali: il valore complessivo del piano di riqualificazione è di € 241.879.844,46 e si articola oltre che sui fondi ex art. 71 della L. 488/98 così come indicato nel punto precedente, anche su fondi della terza fase dell'art. 20 L. 67/88, oggetto del presente accordo di programma. Il quadro complessivo dell'intervento è di seguito riportato:

2.3 - FONDI STANZIATI CON LEGGI REGIONALI

2.3.1 - GLI ALTRI INVESTIMENTI REGIONALI: IL POTENZIAMENTO DELLA RETE DI HUB & SPOKE

Oltre al filone di finanziamenti relativo all'acquisizione delle attrezzature sono in corso di realizzazione interventi di nuova costruzione, rinnovamento ed ammodernamento di strutture sanitarie interamente finanziati con fondi regionali per un ammontare complessivo di € 460.199.018,55.

A compendio di questo sforzo di ammodernamento e razionalizzazione dell'offerta sanitaria nel Lazio, è prevista anche la realizzazione di nuovi ospedali di dimensioni mediograndi, in sostituzione di più strutture piccole ed obsolete allo scopo di proseguire la necessaria riduzione di posti letto già avviata negli ultimi anni e di non concentrare attività simili in ospedali dello stesso polo.

I NUOVI OSPEDALI

Gli atti del Governo Regionale che definiscono le linee guida e le linee attuative per la nuova definizione delle reti dell'assistenza e dell'emergenza-urgenza, stabiliscono di fatto i criteri di organizzazione dei futuri interventi sull'edilizia sanitaria, identificando i nodi di tipo hub e di tipo spoke e le possibili direttrici di messa in rete dei nodi stessi, dettando anche le direttive legate allo sviluppo delle attività sul territorio.

Ossatura portante del riordino delle reti, già a partire dal 2009, è la politica di dismissione di piccoli ospedali destinati, salvo alcuni casi per i quali la particolare ubicazione non lo consenta, ad essere riconvertiti in strutture che erogano servizi al territorio – Le Case della Salute – e l'accorpamento delle funzioni in Ospedali di maggiori dimensioni, in cui si accentrano le funzioni di assistenza per acuti articolando le alte specialità secondo livelli elevati di eccellenza, che si sostituiscono alla duplicazione delle funzioni assistenziali di livello inferiore, così come previsto dai Programmi Operativi ex DCA U00247/22014 e dal DCA U00412/2014 che sono stati messi a punto in linea con il percorso strategico avviato dagli atti programmatori precedenti, con il caposaldo definito dal DCA U0080/2010. L'ubicazione dei nuovi presidi, nel complesso, è stata definita da specifici provvedimenti regionali sulla base del riordino delle reti.

Al momento gli interventi di innovazione dell'"hardware" strutturale di importanza strategica sono quelli di cui ai paragrafi seguenti.

IL NUOVO OSPEDALE DEI CASTELLI AD ARICCIA

Il territorio della ASL RMH (ora ASL Roma 6) ha una popolazione di circa 500.000 abitanti ed è suddiviso in 6 distretti, cinque dei quali ospitano presidi ospedalieri a gestione diretta ubicati nei centri storici più importanti, lungo le grandi vie di collegamento con Roma e localizzati molto vicino tra di loro.

Nel Distretto H2 insistono gli ospedali di Albano, Genzano e Ariccia collocati lungo un tratto di Via Appia di soli 6 Km. La stima del fabbisogno di posti letto nel Distretto registra, per le discipline considerate dal DCA U00412/2014, un fabbisogno di 16 di posti letto esistenti (316 posti letto ordinari e 43 di day hospital) rispetto agli attesi (340 ordinari e 35 day hospital) a seguito della riconversione dello Spolverini di Ariccia. Il sistema dei presidi ospedalieri si presenta in ogni caso eccessivamente frammentato e dispersivo; inoltre, le strutture non garantiscono standard di sicurezza ottimali per l'assistenza ai pazienti acuti.

Già dal 2007, si era compresa la necessità di procedere alla riorganizzazione della rete ospedaliera pubblica di quel quadrante della provincia romana al fine di permettere l'accorpamento di reparti omologhi, la riqualificazione dell'offerta assistenziale, e un recupero di efficienza operativa e manageriale.

A partire dal 2010, gli Ospedali del Distretto H2, sono stati convertiti, accorpati e ottimizzati nelle funzioni prestazionali in attesa della effettiva attivazione del Nuovo Ospedale dei Castelli a Fontana di Papa, nel comune di Ariccia. I lavori sono in corso e la copertura finanziaria per la realizzazione del corpo di fabbrica è a carico della Regione Lazio che ha accantonato le somme già con la D.G.R. 1059 del 28/12/07.

Il nuovo ospedale multispecialistico di 330 posti letto andrà a soddisfare il fabbisogno di letti per acuti nella zona, caratterizzata da un aumento della popolazione negli ultimi 10 anni e sostituirà, a regime, i presidi di Albano e Genzano, Marino e Frascati. Per la definitiva attivazione, nel 2016 si rendono indispensabili fondi aggiuntivi per l'acquisizione delle attrezzature sanitarie e l'allestimento delle reti informatiche, oltre alla sistemazione della viabilità esterna che riveste particolare importanza per il buon esito della realizzazione.

IL RAFFORZAMENTO DELL'OFFERTA NELLE ALTRE PROVINCIE DEL LAZIO: LA MESSA IN ESERCIZIO DEL NUOVO OSPEDALE DI FROSINONE E IL COORDINAMENTO DEL NODO DI RETE CON L'OSPEDALE DI LATINA

Dal 2011 il Nuovo Ospedale di Frosinone "Fabrizio Spaziani", nel Distretto Sanitario di Via Armando Fabi, è entrato in funzione al posto del Presidio Umberto I. Il Progetto di realizzazione, pianificato già a partire dal 2000 era finalizzato a meglio contenere le attività presenti nel vecchio Ospedale Umberto I, situato nel centro storico, obsoleto e difficilmente raggiungibile.

Per la realizzazione è stato stanziato l'importo complessivo di € 61.974.827,91 con fondi assegnati congiuntamente in Prima Fase, per € 21.691.189,81, in Seconda Fase, per € 20.658.275,95 e come anticipazione per adeguamento a norma e messa in sicurezza ai sensi della L. 450/98 – per € 19.625.362,15.

Al fine di consentire l'attivazione completa dell'Ospedale in tempi brevi, con D.G.R. 788 del 22.10.2009 è stato assegnato all'ASL di Frosinone un finanziamento di ulteriori 10 milioni di Euro finalizzati all'acquisizione di nuove attrezzature ed al trasferimento di attrezzature provenienti dal Vecchio Presidio Umberto I. In prima istanza tali fondi avrebbero dovuto essere reperiti dalla vendita del vecchio presidio, ormai dismesso ed in attesa di nuova destinazione d'uso, la cui procedura di alienazione non ha avuto esito.

Nel solco del riequilibrio dell'offerta tra Roma e le altre provincie del Lazio, la programmazione regionale prevede la trasformazione del DEA di I livello di Latina – Ospedale S. Maria Goretti – in DEA di II livello, come riferimento anche per la Provincia di Frosinone.

L'ospedale Fabrizio Spaziani di via Fabi si configura pertanto in spoke di I livello che afferirà all'HUB Santa Maria Goretti.

POTENZIAMENTO DELL'OFFERTA NEL QUADRANTE NORD DEL LAZIO E SISTEMAZIONE DEFINITIVA DELL'OSPEDALE DI BELCOLLE

La Provincia di Viterbo registra carenze croniche in termini di offerta di salute rispetto ai fabbisogni.

Al fine di equilibrare l'offerta sanitaria complessiva del viterbese, sia l'esigenza di adeguamento rispetto alla generale vetustà di alcune strutture, sia la necessità di avere un polo di riferimento per il quadrante nord del Lazio, diviene improrogabile giungere al completamento dell'Ospedale di Belcolle, che da circa venti anni presenta un'ala dello stabile allo stato di rustico. I fondi per il definitivo completamento sono in parte stati rimodulati da precedenti finanziamenti ed in parte afferiscono al presente Accordo di Programma, con particolare riferimento all'adeguamento normativo di tutto il polo Ospedaliero.

In termini di adeguamento delle strutture obsolete, sono in fase avanzata gli interventi di manutenzione straordinaria e modernizzazione strutturale e tecnologica a Tarquinia e a Civita Castellana, ospedali che tuttavia subiscono un ulteriore ridimensionamento all'interno della rete ospedaliera della provincia. Pertanto il Presidio Ospedaliero di Belcolle si pone quale unico riferimento per tutta la zona con l'ipotesi di rafforzare il DEA di I Livello per rendere la struttura un HUB di Rete e garantire così una offerta sanitaria di eccellenza nel nord del Lazio.

Il Presidio Ospedaliero di Acquapendente, individuato in prima istanza tra gli Ospedali da riconvertire in Case della Salute, ha visto riconoscersi, per la propria ubicazione territoriale, il ruolo di "Presidio Ospedaliero di Area particolarmente disagiata". Il Ministero della Salute ha preso atto del ruolo di Presidio di Area particolarmente disagiata attribuito all'Ospedale di Acquapendente con la definitiva ratifica all'interno dei Programmi Operativi Ex DCA U00247/2014.

2.3.2. - CASE DELLA SALUTE

La maggior parte delle Regioni hanno adottato nel tempo diversi modelli organizzativi per garantire i servizi, le prestazioni e le attività dell'assistenza primaria territoriale: uno di questi è rappresentato dalle Case della Salute, diffuso soprattutto in Emilia Romagna, in Toscana, nelle Marche, ma che si sta estendendo in tutto il Paese, seppure con grandi diversità in termini di tipologia e quantità delle funzioni allocate, per rispondere al fabbisogno delle specifiche realtà territoriali.

Con l'introduzione del Decreto Legge 13 settembre 2012 n.158: "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute" convertito in Legge n.189 del 2012, si delinea una profonda riorganizzazione delle attività territoriali attraverso il potenziamento delle prestazioni assistenziali garantite dai Medici di Medicina Generale e da altre figure professionali del Servizio Sanitario Nazionale.

Il modello della Casa della Salute è stato sostanzialmente rivisitato da tutte le Regioni ma tutte concordano nell'interpretarle come articolazioni del distretto in rapporto con le altre attività da esso garantite (tutela salute mentale, dipendenze, consultori). Le linee guida ministeriali del 2007 le definiscono, come: "Strutture polivalenti e funzionali in grado di erogare materialmente l'insieme delle cure primarie, di garantire la continuità assistenziale e le attività di prevenzione; sedi pubbliche dove trovano allocazione, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie e sociali; luogo di prevenzione e promozione della salute e del benessere sociale".

La Regione Lazio ha costituito un Gruppo di Lavoro che, in accordo e a sviluppo di quanto indicato nelle linee guida ministeriali ha elaborato il documento "Raccomandazioni per la stesura degli Atti aziendali di cui al D.C.A. n. 206 del 2013, relativamente all'organizzazione delle Case della salute", nel quale, tra l'altro, si prefigura la possibilità di individuare, come sedi di Case della Salute, poliambulatori pubblici o altre strutture territoriali già operative, al fine di garantire la realizzazione di tali strutture presso ciascun distretto in tempi brevi.

Il DCA U00428 del 04/10/2013 ha approvato il documento "Raccomandazioni per la stesura degli Atti aziendali di cui al D.C.A. U0206 del 2013, relativamente all'organizzazione delle Case della Salute", che definisce le Linee Guida regionali per la realizzazione delle Case della Salute;

Con la DGR 25 del 21/01/2014 sono stati assegnati i fondi per l'attivazione delle prime tre Case della Salute, alle ASL Roma 6 (Ex Roma H), Latina e Frosinone, rispettivamente per i Presidi di Rocca Priora, Sezze e Pontecorvo.

La Regione Lazio sta proseguendo il percorso di riorganizzazione dell'offerta territoriale del Lazio, in ottemperanza al citato DCA n. U00428/2013, attivando, in prima istanza, una Casa della Salute nel territorio di ciascuna Azienda Sanitaria Locale del Lazio, con l'obiettivo di arrivare, a regime, all'apertura di una Casa della Salute in ciascun Distretto territoriale.

Nei limiti delle risorse disponibili, la DGR 289 del 27/05/2014, ha stanziato ulteriori € 4.000.000,00 per l'avvio del programma di attivazione di una Casa della Salute nel territorio di ciascuna Azienda Sanitaria Locale del Lazio da attivare entro il 2016.

L'importo assegnato consente di dare avvio al programma di attivazione delle Case della Salute, nella misura di un Presidio per ogni Azienda Sanitaria Locale in prima istanza, con l'obiettivo di realizzare, con successivi provvedimenti, nel corso del triennio 2016 - 2018, l'attivazione completa dei moduli di base e di quelli aggiuntivi, a seconda delle potenzialità funzionali e tecniche di ciascun Presidio, e contestualmente, procedere all'attivazione di una Casa della Salute per ciascun Distretto Aziendale.

2.3.3. – MANUTENZIONE STRAORDINARIA PRESIDI OSPEDALIERI E TERRITORIALI

Il costante monitoraggio sui presidi sanitari, attuata dagli uffici regionali competenti, ha evidenziato che, continuativamente, all'interno dei Reparti delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere e negli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici del Lazio è indispensabile procedere ad interventi di manutenzione straordinaria urgenti ed indifferibili, per eventi non previsti e imprevedibili, al fine di mantenere i livelli prestazionali nei reparti in cui si svolgono attività sanitarie.

Per lavori di manutenzione straordinaria si intendono, ai sensi della normativa vigente: “le opere e le modifiche necessarie per rinnovare e sostituire parti anche strutturali degli edifici, nonché per realizzare ed integrare i servizi igienico-sanitari e tecnologici, sempre che non alterino i volumi e le superfici delle singole unità immobiliari e non comportino modifiche delle destinazioni di uso”.

Il primo livello di gestione e controllo degli investimenti per interventi di manutenzione straordinaria, al fine di evitare l'utilizzo improprio dei fondi di spesa corrente si riferisce al controllo programmatico degli effetti operativi conseguenti all'applicazione delle disposizioni normative di cui al D. Lgs. 118/2011 e alle prescrizioni disposte alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere pubbliche con la nota 217121 del 22/11/2012.

A tal fine, a partire dal 2012, con la DGR 385 del 06/06/2012, la Regione Lazio ha istituito un fondo di accantonamento in conto capitale per ottemperare alle esigenze di somma urgenza - per la presente annualità, a copertura dei lavori, così come precedentemente definiti, conclusi e collaudati entro l'anno finanziario dello stanziamento, al fine di procedere alla liquidazione delle somme entro l'esercizio finanziario corrente come previsto dalla normativa. Le risorse sono state assegnate anche negli anni 2013, con la DGR 136, e nel 2014, con la DGR 79.

Per superare, tuttavia, l'ambito legato a manutenzioni straordinarie urgenti ed indifferibili e pervenire alla allocazione programmata delle risorse, nel quadro complessivo degli interventi relativi alla terza fase dell'art. 20 L. 67/88 sono inseriti interventi di manutenzione straordinaria previsti e programmati dalle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere del Lazio in un quadro sistematico ed in linea con la programmazione regionale, dando priorità, in tale ottica, alla manutenzione straordinaria degli ambiti legati al rafforzamento ed adeguamento delle reti. In particolare si è avviata, in prima istanza, la manutenzione straordinaria degli ambiti legati alla rete dell'emergenza e delle reti tempo dipendenti in visione del Giubileo Straordinario.

2.3.4. - PIANI PER L'ACQUISIZIONE DI ATTREZZATURE E STRUMENTAZIONI SANITARIE ED INFORMATICHE E ATTIVITÀ DI RICERCA

La Regione Lazio concorre con proprie risorse alla realizzazione di un programma straordinario triennale di ammodernamento tecnologico del patrimonio delle aziende sanitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (I.R.C.C.S) pubblici, sin dal 2007.

Per le esigenze di riordino della rete ospedaliera i finanziamenti per le annualità 2009 e 2010 non sono state attivate. Dal 2011 si è provveduto ad assegnare nuovamente risorse a tutte le Aziende pubbliche:

- nel 2011, con la DGR 499/2011, sono stati stanziati complessivamente € 38.000.000,00;
- nel 2012, è stato attivato il piano di acquisizione biennale 2012/2013, che ha impegnato somme per € 37.234.800,00;
- nel 2014, compatibilmente con le risorse disponibili, sono stati attivati finanziamenti per ulteriori € 21.000.000,00, con la DGR 695/2014.

IL MONITORAGGIO PATRIMONIO TECNOLOGICO

NB

Si rinvia alla lettura integrale del testo

ALLEGATI

1. - IL QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

Si rinvia alla lettura integrale del testo

2 - L'ANALISI SOCIO SANITARIA

2.1- IL CONTESTO DEMOGRAFICO

La Regione Lazio (5 Province e 378 Comuni) ha raggiunto al 1 gennaio 2014 5.870.451 residenti (di cui 52% femmine) rispetto ai 5.140.371 residenti del 1991. La quota di popolazione straniera è pari a 616.406 unità, corrispondenti al 10,5% della popolazione totale, a fronte del 8,1% di stranieri residenti su tutto il territorio nazionale (Fonte: demo.istat.it).

Gli indicatori demografici stimati dall'ISTAT (vedi tabelle in Allegato) non mostrano sostanziali differenze tra il Lazio e l'Italia: il tasso di natalità è in diminuzione (dal 9,9x1.000 del 2010 all'8,6x1.000 del 2014, come pure diminuisce il tasso di mortalità (dal 9,8 al 9.3), la speranza di vita alla nascita (80,0 anni nei maschi e 84,7 anni nelle femmine nel Lazio) e a 65 anni (18,8 anni nei maschi e 22,2 anni nelle femmine nel Lazio) è in aumento per entrambi i generi. Solo nel Lazio si nota un forte decremento del saldo migratorio totale (attribuibile in buona parte alle variazioni avvenute nella Provincia di Roma) e un indice di crescita naturale in diminuzione e da tre anni divenuto negativo (-0,8x1.000). Quest'ultimo indicatore è comunque eterogeneo tra le Province del Lazio con valori positivi solo nella Provincia di Latina. Per gli indici di dipendenza e di vecchiaia non si osservano differenze tra il Lazio e l'Italia né nei valori assoluti né nei trend. Nelle Province del Lazio i valori più bassi si registrano nella Provincia di Latina e i più alti nella Provincia di Rieti; l'indice di vecchiaia, nel 2014, è 136% e 197% rispettivamente. L'età media della popolazione (43,9 anni) è inferiore al valore medio nazionale (44,2), sostanzialmente stabile negli anni. L'indicatore varia tra 42,9 anni a Latina a 46 anni a Rieti.

La struttura per età della popolazione della Regione Lazio, censita dall'Istat al 1/1/2011, mostra una proporzione di maschi maggiore rispetto alle femmine dalla nascita fino a circa 34 anni di età, nelle età successive tale differenziale si inverte fino a raggiungere il suo massimo dopo gli 80 anni. Non si evidenziano differenze sostanziali tra la popolazione della Regione Lazio e del Comune di Roma. Il Lazio si caratterizza per una percentuale di popolazione di età 0-14 anni pari al 13,8%, tra i 15-64 anni pari al 65,7% e oltre i 65 anni pari al 20,5%, in linea con la distribuzione per età a livello nazionale. Sia nei maschi che nelle femmine le Province con più giovani sono Roma e Latina mentre quella con popolazione più anziana è Rieti.

La Regione è suddivisa, amministrativamente, in 5 province e 378 comuni, di cui 121 appartenenti alla provincia di Roma. La principale particolarità del Lazio è che la Capitale, suddivisa in 15 municipi dal 2013, comprende circa la metà della popolazione della regione e ha una estensione - 1.290 km² - che la connota come il Comune più vasto d'Europa. Il Servizio Sanitario del Lazio è dunque caratterizzato da una marcata prevalenza della componente ospedaliera, concentrata nell'area metropolitana, rispetto ai servizi territoriali e ad un generale squilibrio tra l'offerta romana e quelle delle altre province susseguente alla distribuzione della popolazione che vi risiede.

Va considerato, a tal proposito, che la Legge 5 maggio 2009, n. 42, riguardante il federalismo fiscale, riconosce all'art. 24 l'ordinamento transitorio di Roma Capitale che manterrà le sue funzioni anche quando saranno istituite le città metropolitane. Se il territorio metropolitano includerà Roma e la Provincia di Roma, vi risiederà circa il 73% della popolazione della Regione, una situazione unica in Italia che non può non avere ripercussioni sull'assistenza sanitaria. A tutto

questo si aggiungono, inoltre, le annose questioni legate all'appropriatezza dei trattamenti prestati in ambito ospedaliero. I tre livelli essenziali di assistenza sono scarsamente integrati tra loro e con i servizi sociali, con conseguente carenza e discontinuità di offerta assistenziale.

Indicatori statistici

- IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO

L'analisi della mortalità proporzionale per grandi gruppi di cause nel Lazio nel 2011 non mostra sostanziali differenze rispetto al dato nazionale. I tumori sono la causa più frequente nei maschi, a seguire le malattie del sistema circolatorio entrambe con frequenza intorno al 36%.

Nelle femmine le malattie del sistema circolatorio sono la prima causa di decesso (42%) seguite dai tumori (27%).

Non si osservano differenze tra il dato regionale e quello delle singole Province eccetto nella Provincia di Viterbo e di Frosinone dove le malattie del sistema circolatorio nei maschi sono presenti in proporzione maggiore (35,9% e 41,0% rispettivamente). Nella popolazione in età pediatrica, più del 70% dei decessi è attribuibile a condizioni morbose di origine perinatale (40,0% nei maschi e 31,2% nelle femmine), alle malformazioni congenite (16,8% nei maschi e 21,6% nelle femmine) e ai tumori (circa 12,5%).

Le cause di mortalità

I tassi di mortalità per tutte le cause per 100.000 residenti nelle ASL della Regione Lazio per genere evidenziano un'eterogeneità tra le ASL e tra i due generi, con i tassi di mortalità più elevati nelle ASL RM F, RM G e nella Provincia di Frosinone nei maschi, e nelle ASL RM F, RM G e RM H nelle femmine.

Il numero di decessi nel 2011 è di 52.962 di cui il 48,8% nei maschi. Il tasso standardizzato per 100.000 residenti è 596,0 nei maschi e 378,4 nelle femmine. Rispetto al tasso regionale si osservano tassi più elevati nei maschi nella ASL RM B, RM F, RM G e nella Provincia di Frosinone; nelle femmine i RR sono maggiori di 1 nelle ASL RM F, RM G, RM H.

Tumori maligni

Il numero di decessi nel 2011 è di 15.937 di cui il 56,1% nei maschi. Il tasso standardizzato per 100.000 residenti è 211,3 nei maschi e 125,8 nelle femmine. Rispetto al tasso regionale si osservano i tassi più elevati nei maschi nella ASL RM F, RM G, e nelle femmine nella ASL RM D e nella Provincia di Roma.

Malattie del sistema circolatorio

Il numero di decessi nel 2011 è di 20.275 di cui il 44,3% nei maschi. Il tasso standardizzato per 100.000 residenti è 197,3 nei Maschi e 133,1 nelle femmine. Rispetto al tasso regionale si osservano tassi più elevati nei maschi nella ASL RM B, RM G e nella Provincia di Frosinone, e per le femmine nelle ASL RM F, RM G, RM H e nella Province di Frosinone e Latina.

Malattie dell'apparato respiratorio

Il numero di decessi nel 2011 è di 3.158 di cui il 53,2% nei maschi. Il tasso standardizzato per 100.000 residenti è 35,4 nei Maschi e 18,1 nelle femmine. Rispetto al tasso regionale si osservano tassi più elevati nei maschi nella RM H e nella Provincia di Frosinone, e nelle femmine nella ASL RM H.

2.3 - I LIVELLI DI OSPEDALIZZAZIONE

Popolazione adulta

I tassi di ospedalizzazione per tutte le cause mostrano un'evidente eterogeneità tra le ASL con valori più elevati nelle ASL RM E, RM F e nella Provincia di Rieti tanto nei maschi che nelle femmine.

Il numero di ricoveri ordinari nel 2011 è 539.303 di cui il 44,1% nei maschi. I tassi di ospedalizzazione per 1.000 residenti sono maggiori nelle femmine (105,9) rispetto ai maschi (89,0). Si osservano tassi di ospedalizzazione più elevati del tasso regionale nei maschi nella ASL RM E, RM F, RM H e nelle Province di Rieti e Frosinone, e nelle femmine nella ASL RM E, RM F, RM H e nelle Province di Roma e Rieti.

Per quanto riguarda i **tumori maligni** Il numero di ricoveri ordinari nel 2011 è 64.158 di cui il 47,9% nei maschi. I tassi di ospedalizzazione per 1.000 residenti sono simili nei maschi e nelle femmine (circa 11). Si osservano tassi di ospedalizzazione più elevati del tasso regionale nella ASL RM E, nel Comune di Roma, nella ASL RM F, nelle Province di Roma e di Rieti e, nelle femmine anche nel Comune e in diverse ASL di Roma (ASL RM A, RM C, RM E), nella ASL RM F e nella Provincia di Roma.

Nel caso delle **malattie del sistema nervoso, ed organi di senso** il numero di ricoveri ordinari nel 2011 è di 19.361 di cui il 47,8% nei maschi. I tassi di ospedalizzazione per 1.000 residenti sono simili nei maschi (3,5) e nelle femmine (3,3). Si osservano tassi di ospedalizzazione più elevati del tasso regionale nel Comune di Roma, nelle ASL RM A, RM E e nella Provincia di Roma nei maschi e nelle ASL RM A, RM B, RM E, nel Comune e nella Provincia di Roma e di Rieti nelle femmine.

Per le **malattie del sistema circolatorio** il numero di ricoveri ordinari nel 2011 è di 98.220 di cui il 57,2% nei maschi. I tassi di ospedalizzazione per 1.000 residenti sono maggiori nei maschi (19,0) rispetto alle femmine (9,8). Si osservano tassi di ospedalizzazione più elevati del tasso regionale nelle ASL RM F, RM G, RM H e nelle Province di Rieti e Latina nei maschi, e nelle ASL RM F, RM H, e nelle Province di Rieti, Frosinone e Latina nelle femmine.

Per le **malattie dell'apparato respiratorio** il numero di ricoveri ordinari nel 2011 è di 34.281 di cui il 56,0% nei maschi. I tassi di ospedalizzazione per 1.000 residenti sono maggiori nei maschi (7,0) rispetto alle femmine (4,4). Si osservano tassi di ospedalizzazione più elevati del tasso regionale nella ASL RM E, RM H e nella Provincia di Rieti sia nei maschi che nelle femmine, e nelle femmine anche nella ASL RM B e nella Provincia di Roma.

Il numero di ricoveri in **day hospital** per tutte le cause nel 2011 è di 228.040, di cui 45,3% nei maschi. I tassi di ospedalizzazione per 1.000 residenti sono maggiori nelle femmine (49,3) rispetto ai maschi (43,3). Si osservano tassi di ospedalizzazione più elevati del tasso regionale nel Comune e nella Provincia di Roma e nelle rispettive ASL sia nei maschi che nelle femmine.

Popolazione in età pediatrica (0-14)

Il numero di ricoveri ordinari nel 2011 è di 34.978 di cui il 57,5% nei maschi. I tassi di ospedalizzazione per 1.000 residenti di età 0-14 anni sono maggiori nei maschi (53,8) rispetto alle femmine (42,2). Si osservano tassi di ospedalizzazione più elevati del tasso regionale nelle ASL RM F e RM H e nella Provincia di Rieti e Frosinone e nelle femmine nella ASL RM F e RM H e nelle Province di Rieti, Frosinone e Latina.

Il numero di ricoveri ordinari nel 2011 a causa di **malattie infettive e parassitarie** è di 1.994 di cui il 56,6% nei maschi. I tassi di ospedalizzazione per 1.000 residenti di età 0-14 anni sono simili nei maschi (3,1) e nelle femmine (2,6). Si osservano tassi di ospedalizzazione più elevati del tasso regionale nella ASL RM H, nelle Province di Frosinone e Latina nei maschi e nella ASL RM H, nelle Province di Rieti, Frosinone e Latina nelle femmine.

Nel caso dei **tumori maligni** Il numero di ricoveri ordinari nel 2011 è di 864 di cui il 50% nei maschi. I tassi di ospedalizzazione dei residenti per 1.000 residenti di età 0-14 anni sono simili nei maschi e nelle femmine (circa 1). Si osservano tassi di ospedalizzazione più elevati del tasso regionale solo nelle femmine nella ASL RM D, RM F e nella Provincia di Frosinone.

Il numero di ricoveri in **day hospital** per tutte le cause nel 2011 è di 58.309 di cui il 58,6% nei maschi. I tassi di ospedalizzazione per 1.000 residenti di età 0-14 anni sono maggiori nei maschi (88,7) rispetto alle femmine (66,6). Si osservano tassi di ospedalizzazione più elevati del tasso regionale solo in alcune ASL del Comune e della Provincia di Roma sia nei maschi che nelle femmine.

Prevalenza e incidenza di alcune patologie croniche di particolare interesse

Nel 2008 sono stati individuati 265.283 casi prevalenti di **broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO)** nella popolazione di età maggiore o uguale a 45 anni. I tassi standardizzati regionali per 1.000 residenti risultano, rispettivamente per i maschi e per le femmine, pari a 100,9 e 71,9. Nei maschi, i tassi del Comune di Roma sono inferiori alla media regionale con valori pari a 96,7,

mentre nelle femmine i tassi sono leggermente superiori alla media regionale e pari a 72,2. Si osservano tassi di prevalenza più elevati del tasso regionale nelle ASL RM B, RM F, RM H, e nelle Province di Rieti, Frosinone e Latina nei maschi e nelle ASL RM B, nel Comune di Roma, nella ASL RM F e RM H e nella Provincia di Latina nelle femmine.

Nel 2008 sono stati individuati 313.853 **casì di diabete** nella popolazione di età maggiore o uguale a 35 anni. I tassi standardizzati regionali per 1.000 residenti risultano, rispettivamente per i maschi e le femmine, pari a 87,2 e 67,6. La prevalenza nel Comune di Roma risulta inferiore alla media regionale con valori pari a 83,6 per i maschi e 61,3 per le femmine. Si osservano tassi di prevalenza più elevati del tasso regionale nelle ASL RM B, RM F, RM G, RM H, e nelle Province di Rieti, Frosinone e Latina sia nei maschi che nelle femmine.

Nel periodo 2006-2009 sono stati individuati 34.809 **primi eventi coronarici** attribuibili a residenti nella Regione Lazio con età compresa tra 35 e 84 anni. I tassi standardizzati regionali per 100.000 residenti risultano, rispettivamente per i maschi e per le femmine, pari a 331,1 e 109,7. I tassi di incidenza relativi all'area del Comune di Roma sono risultati, per i maschi, simili ai valori regionali con incidenze pari a 328,6, mentre per le femmine si osservano tassi inferiori ai valori regionali con valori pari a 103,5. Si osservano tassi di prevalenza più elevati del tasso regionale nelle ASL RM F, RM G, RM H, e nelle Province di Viterbo e Latina nei maschi e nelle ASL RM F, RM G, RM H nelle femmine.

Nel periodo 2006-2009 sono stati individuati 27.030 **primi eventi cerebrovascolari** attribuibili a residenti nella Regione Lazio con età compresa tra 35 e 84 anni (Tab.25). I tassi standardizzati regionali per 100.000 residenti risultano, rispettivamente per i maschi e le femmine, pari a 182,8 e 115,3. I tassi di incidenza relativi all'area del Comune di Roma sono risultati simili ai valori regionali con incidenze pari rispettivamente a 171,2 per i maschi e 106,1 per le femmine. Si osservano tassi di prevalenza più elevati del tasso regionale nella ASL RM G e nelle Province di Viterbo e Frosinone nei maschi e nella ASL RM G e nelle Province di Viterbo, Frosinone e Latina nelle femmine.

ALLEGATO 2

ELENCO INTERVENTI STRALCIO I

ALLEGATO 3

Stralcio I.a - Suddivisione finanziamento per Aziende Sanitarie e Ospedaliere del Lazio

Decreto del Commissario ad acta 193 del 31 maggio 2016. Rettifica ed integrazioni.

LIGURIA

DGR 6.5.16, n. 403 - Approvazione rinnovo Protocollo d'Intesa tra INAIL e Regione Liguria per l'erogazione di prestazioni di assistenza sanitaria da parte dell'INAIL approvato con D.G.R. 248/2013. (BUR n. 20 dell.6.16)

Note

Viene approvato il rinnovo per ulteriori tre anni del Protocollo di Intesa tra la Regione Liguria e l'INAIL, approvato con DGR 248 dell'8/3/2013, scaduto in data 26 marzo 2016, allegato alla presente deliberazione di cui fa parte integrante e sostanziale.

MOLISE

DGR 16.5.16 n. 203 - Legge regionale del 20 dicembre 1989, n 25, "norme per la istituzione e la disciplina dei servizi regionali di diabetologia". comitato regionale diabetologico. Provvedimenti. (BUR n. 22 del 16.5.16)

Note

Vengono nominati, ai sensi dell'art. 12 della Legge Regionale n. 25 del 20.12.1989, Componenti del Comitato Regionale Diabetologico (di seguito Comitato) i sanitari di seguito evidenziati:

- Dott. Antimo Aiello - Direttore UOC Endocrinologia PO “Cardarelli” di Campobasso, Componente
- Dott.ssa Celeste Vitale - Dirigente Medico specialista in Diabetologia PO “San Timoteo” di Termoli, Componente
- Dott. Antonio Antonelli - Dirigente Medico Diabetologia SO “Caracciolo” di Agnone, nonché Presidente AMD Regione Molise, Componente;
- Dott. Alberto Falanga – Dirigente Medico specialista in Diabetologia S.O. “SS. Rosario” di Venafro;
- Dott. Giuseppe Berardi - MMG Ordine dei medici di CB, Componente;
- Dott. Francesco Di Zazzo - MMG Ordine dei medici di IS, Componente;
- Sig. Lorenzo Greco - in rappresentanza delle Associazioni Diabetici del Molise, Componente;
- Dott.ssa Giuseppina Trofa, Responsabile Ufficio “Assistenza e Indennizzi a Particolari Tipologie di Utenza”, segretario;

DGR 17.5.16, n. 213 - Proposta di legge regionale "interventi in favore dei soggetti affetti da malattia celiaca, compresa la variante clinica della dermatite erpetiforme". (BUR n. 22 del 1.6.16)

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

VISTO il D.M. 18 maggio 2001 n. 279;

VISTA la Legge 4 luglio 2005 n. 123;

VISTO il D.M. 4 maggio 2006 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 17 maggio 2006 n. 113;

VISTI gli Accordi sanciti dalla Conferenza tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 20 dicembre 2007 e del 30 luglio 2015, relativi alla disciplina di interventi di diagnosi e cura a favore dei soggetti celiaci e all'erogazione dei prodotti senza glutine;

RAVVISATA la necessità di dare vita ad uno strumento legislativo che, oltre a registrare le innovazioni normative, tenga conto delle nuove motivazioni non solo sanitarie ma anche agricole che spingono verso l'incentivazione della produzione del grano saraceno e di altri cereali senza glutine;

CONSIDERATO che la presente proposta di legge è stata predisposta dal Servizio Coordinamento e Gestione delle Politiche europee per Agricoltura, Acquacoltura e Pesca – Attività Venatoria, in collaborazione con la Direzione Generale per la Salute e che la stessa è stata, inoltre, sottoposta alle osservazioni dei soggetti con competenza sulla specifica materia – Comitato Imprenditoria Femminile della Camera di Commercio Molise e Associazione Italiana Celiachia Molise Onlus - sia via email che in specifici incontri;

RITENUTO che:

- il presente provvedimento è sottoposto al controllo di regolarità amministrativa;
- il presente provvedimento è sottoposto agli obblighi di pubblicità degli atti ai sensi della normativa vigente, nonché da quanto stabilito dall'art. 4 del regolamento interno per l'esercizio delle funzioni della Giunta Regionale;

CONSIDERATO che, ai sensi dell' art. 6 Legge Regionale 7 maggio 2002, n. 4, le proposte di legge devono essere accompagnate da una relazione tecnica, che si riporta di seguito:

RELAZIONE TECNICA DEL SERVIZIO PROPONENTE

(Art. 6 Legge Regionale 7 maggio 2002, n. 4 “Nuovo ordinamento contabile della Regione Molise”) - ex D.G.R. n. 172 del 13 maggio 2014 –

1. Descrizione degli obiettivi della proposta di legge

La Regione Molise nell'ambito delle competenze legislative in materia di assistenza sanitaria, con la presente legge intende disciplinare le azioni e gli interventi finalizzati a:

- migliorare le modalità di presa in carico delle strutture sanitarie e dell'accesso alle cure sul territorio regionale dei cittadini molisani celiaci individuando un Centro di Riferimento regionale e una rete assistenziale che assicuri al paziente celiaco in età pediatrica o adulta la diagnosi precoce, il follow up e la prevenzione delle complicanze;

- incentivare la formazione e l'aggiornamento professionale degli operatori coinvolti, predisponendo anche gli opportuni strumenti con la collaborazione di professionisti dell'A.I.C. (Associazione Italiana Celiachia);
- istituire il Registro Molisano dei celiaci;
- favorire l'educazione sanitaria del cittadino celiaco, della sua famiglia e dell'intera popolazione regionale;
- definire modalità di erogazione del contributo previsto dalla normativa in materia nell'ambito della quota di finanziamento destinato all'ASReM;
- incentivare la produzione di grano saraceno e altri cereali privi di glutine e favorire nell'ambito delle proprie competenze e di intesa con il Sistema camerale regionale e le Associazioni di settore, la produzione agricola e la trasformazione di prodotti senza glutine;
- ampliare le modalità di erogazione dei prodotti senza glutine anche alla grande distribuzione oltre che agli esercizi già autorizzati.

2. Articolazione della proposta di legge

La proposta di legge è articolata in un Titolo e 9 articoli:

- **Art. 1** - Finalità
- **Art. 2** - Assistenza sanitaria
- **Art. 3** - Istituzione del registro molisano dei celiaci e disposizioni su formazione e aggiornamento di operatori e pazienti
- **Art. 4** - Erogazione del contributo per l'acquisto dei prodotti senza glutine ai soggetti affetti da malattia celiaca
- **Art. 5** - Disposizioni per la ristorazione collettiva e la formazione per gli operatori del settore e nelle scuole
- **Art. 6** - Modalità operative per gli esercenti il commercio di prodotti alimentari
- **Art. 7** - Contributi nel settore agricolo DGR N. 213 DEL 17-05-2016 3/10
- **Art. 8** - Norma finanziaria
- **Art. 9** - Norma finale

Proposta di Legge Regionale sulla CELIACHIA e DERMATITE ERPETIFORME

RELAZIONE ILLUSTRATIVA

La Celiachia, o Sprue Celiaca o Malattia Celiaca (MC) è una intolleranza permanente al glutine su base genetica, riconosciuta come malattia sociale.

Il glutine è una proteina di alcuni cereali di uso comune; alimenti come la pasta, i biscotti e la pizza, sono tossici per il celiaco se prodotti con il grano, il farro, il frumento, l'orzo, la segale, l'avena e il kamut, tutti cereali contenenti glutine.

Anche alimenti che sono naturalmente privi di glutine, diventano tossici per il celiaco se trattati con conservanti a base di glutine o anche se, nel processo di confezionamento o di preparazione, l'alimento è venuto anche solo a contatto con il glutine.

Il celiaco deve escludere il glutine dalla dieta per tutta la vita.

I soggetti geneticamente predisposti alla celiachia che consumano alimenti contenenti glutine, hanno una risposta immunitaria abnorme a livello dell'intestino tenue, da cui deriva prima l'infiammazione e poi la scomparsa dei villi intestinali con conseguente malassorbimento di sostanze nutrienti che comportano carenze-deficit nell'organismo. Le carenze di nutrienti, se protratte nel tempo, causano una ampia e variegata gamma di malattie, anche degenerative, la cui manifestazione varia da soggetto a soggetto. Esse incidono sull'accrescimento, sull'integrità ossea, sull'attività riproduttiva maschile e femminile, sulla sfera dell'umore, possono causare l'osteoporosi precoce, alcune malattie autoimmuni come il diabete mellito insulino-dipendente, la tiroide di Hashimoto, il linfoma intestinale, alcune neoplasie, ecc. Non è possibile elencare tutte le malattie che potrebbero derivare dall'assunzione di glutine per il celiaco, in quanto possono coinvolgere vari organi e apparati e manifestarsi con quadri clinici diversi da soggetto a soggetto. Ne consegue che la celiachia è una malattia subdola e di difficile diagnosi.

Pertanto, la MC rappresenta una malattia di ampia rilevanza sociale che, se non diagnosticata precocemente o non diagnosticata affatto, comporta nel tempo un peggioramento delle condizioni generali di salute e di vita dei celiaci e la comparsa di complicanze con conseguenti costi a carico del SSN.

Il fatto che la MC sia così diffusa e che possa compromettere la salute del soggetto, probabilmente in modo proporzionale al tempo di esposizione di glutine (mentre l'allontanamento dal glutine virtualmente ripristina la normalità), impone una diagnosi precoce e puntuale al fine di evitare le complicanze. La terapia della malattia celiaca è data dalla somministrazione di alimenti glutinati. La Regione Molise nel prevedere la corretta diagnosi precoce, regolamentare la produzione, la preparazione, la somministrazione nelle mense degli alimenti privi di glutine compie un percorso virtuoso che porterà nel medio termine ad una riduzione della spesa sanitaria legata alla diagnostica e alla terapia delle complicanze della malattia celiaca.

I dati ufficiali diffusi proprio da A.I.C. e confermati dalla relazione al Parlamento del Ministro della Salute, parlano di 172.197 celiaci nel 2014, 7.705 in più rispetto al 2013. La prevalenza della celiachia calcolata in Italia sulla base del censimento dei soggetti affetti del 2014 risulta essere intorno allo 0,28%, mentre analizzando i dati all'interno delle singole popolazioni, maschile e femminile, la prevalenza nei maschi risulta essere mediamente dello 0.17% mentre nelle femmine è risultata intorno allo 0.39%. (relazione del Ministro della Salute). I dati riguardanti la popolazione molisana, rilevati da ASREM relativi all'anno 2014 rilevano 853 pazienti malati di Celiachia, 237 maschi, 616 femmine, di cui 724 in età adulta.

La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, in data 30 luglio 2015 ha regolamentato, con emissione di linee guida, il percorso diagnostico della malattia celiaca al fine di uniformare il comportamento diagnostico e l'atteggiamento dei medici nei confronti della patologia e delle sue complicanze.

Con questa proposta di Legge si intende rendere operative alcune indicazioni del legislatore nazionale previste dai provvedimenti sopra citati.

In particolare, in applicazione dei disposti normativi previsti già a livello nazionale:

- si riconosce un Centro di Riferimento Regionale in possesso di documentata esperienza in attività diagnostica o terapeutica specifica per la malattia;
- si favorisce l'educazione sanitaria e l'aggiornamento professionale del personale sanitario e di quello deputato alla preparazione e alla distribuzione degli alimenti aglutinati;
- si prevede la formazione degli operatori addetti alla preparazione e commercializzazione degli alimenti destinati ai celiaci.

Le linee guida per la diagnosi e la terapia, le modalità di interconnessione tra Centro di Riferimento e Pediatria, e le linee guida per il controllo ufficiale delle imprese alimentari che producono e/o somministrano e/o vendono alimenti non confezionati senza glutine destinati direttamente al consumatore finale saranno definite da atto successivo.

Con la proposta di legge in oggetto, inoltre, si intende operare sul diverso fronte della produzione agricola, al fine di incentivare in particolare la produzione di grano saraceno e altri cereali privi di glutine e favorire nell'ambito delle proprie competenze e di intesa con il Sistema camerale regionale e le Associazioni di settore, la produzione agricola e la trasformazione di prodotti senza glutine.

Pertanto, agli oneri derivanti dall'applicazione della presente legge relativi alle prestazioni sanitarie e farmaceutiche in favore dei soggetti affetti da malattia celiaca e variante dermatite erpetiforme, la Regione Molise fa fronte attraverso le risorse erogate ad ASREM nell'ambito del FSR, attualmente e fino a quando previsti quali livelli essenziali di assistenza. A tal proposito è previsto sul capitolo 34100 "Spesa corrente indistinta per il funzionamento del Servizio Sanitario", Missione 13 "Tutela della Salute", Programma 1 "Servizio Sanitario Regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA, Titolo 1 "Spese correnti" Macroaggregato 104 "Trasferimenti correnti", uno stanziamento di euro 1.100.000 sulla base del costo storico riferito all'annualità 2014.

Sono previsti, inoltre, specifici contributi ad hoc per la produzione, trasformazione e commercializzazione di grano saraceno e altri cereali privi di glutine sul territorio regionale che

trovano copertura secondo le disponibilità finanziarie dello stanziamento della missione 16 "Agricoltura, politiche agroalimentari e pesca"; Programma 1 "Sviluppo del sistema agricolo e del sistema agroalimentare"; Titolo 1 "Spese correnti" del bilancio regionale 2016-2018; macroaggregato 104 "Trasferimenti correnti", capitolo 27503 "Interventi a sostegno della produzione agricola di cereali senza glutine". Tali contributi devono favorire la coltivazione del grano saraceno e di altri cereali privi di glutine e la loro trasformazione e commercializzazione.

L'obiettivo è quello di coinvolgere più aziende agricole possibili e di ottenere, entro un arco temporale di tre anni, almeno 100 ettari investiti a tali cereali ed almeno cinque imprese (agricole e non) che li trasformano e commercializzano. Per tale motivazione si intende agire su molteplici azioni:

- incentivo diretto alle superfici (premio ad ettaro) investite a grano saraceno e altri cereali privi di glutine. Tale premio si intende aggiuntivo anche rispetto agli aiuti previsti dalle misure 10 e 11 del PSR Molise 2014-2020. La garanzia di non duplicazione dei premi sarà garantita dall'Assessorato regionale alle Politiche Agricole che provvederà, con proprio atto, ad elaborare le disposizioni per la concessione e il dimensionamento dell'aiuto sulla base degli stanziamenti di cui sopra;
- creazione di un punteggio specifico, nell'ambito dei criteri di selezione delle misure ad investimento del PSR Molise 2014-2020, in favore degli agricoltori o delle imprese agroalimentari che investiranno nella trasformazione e commercializzazione del grano saraceno
- incentivi agli investimenti finalizzati alla trasformazione e commercializzazione del grano saraceno e dei cereali privi di glutine.

Agli oneri derivanti dalla erogazione di prodotti senza glutine nelle mense delle strutture scolastiche e ospedaliere e nelle mense delle strutture pubbliche e a quelli derivanti dall'inserimento di appositi moduli formativi sulla celiachia nell'ambito delle attività di formazione ed aggiornamento professionali rivolti ad operatori sanitari ed alimentari si fa fronte nel limite delle risorse finanziarie assegnate alla Regione Molise secondo quanto stabilito dalla Legge 4 luglio 2005, n. 123 a valere sulla Missione 13 "Tutela della Salute", Programma 1 "Servizio Sanitario Regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA, Titolo 1 "Spese correnti" Macroaggregato 104 "Trasferimenti correnti", capitolo 35508 "Trasferimenti statali per somministrazione pasti senza glutine e moduli formativi".

Allegato 1

INTERVENTI IN FAVORE DEI SOGGETTI AFFETTI DA MALATTIA CELIACA, COMPRESA LA VARIANTE CLINICA DELLA DERMATITE ERPETIFORME.

Titolo I

Art. 1

Finalità

In conformità ed ottemperanza a quanto disposto dal D.M. 18 maggio 2001 n. 279, dalla Legge 4 luglio 2005 n. 123, dal D.M. 4 maggio 2006 pubblicato nella Gazz. Uff. 17 maggio 2006 n. 113, dagli Accordi sanciti dalla Conferenza tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 20 dicembre 2007 e del 30 luglio 2015, relativi alla disciplina di interventi di diagnosi e cura a favore dei soggetti celiaci e all'erogazione dei prodotti senza glutine, la Regione Molise nell'ambito delle competenze legislative in materia di assistenza sanitaria, con la presente legge disciplina le azioni e gli interventi finalizzati a:

- migliorare le modalità di presa in carico delle strutture sanitarie e dell'accesso alle cure sul territorio regionale dei cittadini molisani celiaci individuando un Centro di Riferimento regionale e una rete assistenziale che assicuri al paziente celiaco in età pediatrica o adulta la diagnosi precoce, il follow up e la prevenzione delle complicanze;
- incentivare la formazione e l'aggiornamento professionale degli operatori coinvolti, predisponendo anche gli opportuni strumenti con la collaborazione di professionisti dell'A.I.C. (Associazione Italiana Celiachia);
- istituire il Registro Molisano dei celiaci;

- favorire l'educazione sanitaria del cittadino celiaco, della sua famiglia e dell'intera popolazione regionale;
- definire modalità di erogazione del contributo previsto dalla normativa in materia nell'ambito della quota di finanziamento destinato all'ASReM;
- incentivare la produzione di grano saraceno e altri cereali privi di glutine e favorire nell'ambito delle proprie competenze e di intesa con il Sistema camerale regionale e le Associazioni di settore, la produzione agricola e la trasformazione e commercializzazione di prodotti senza glutine;
- ampliare le modalità di erogazione dei prodotti senza glutine anche alla grande distribuzione oltre che agli esercizi già autorizzati.

Le disposizioni della presente legge si applicano a tutti i soggetti residenti nel territorio della Regione.

Art.2

Assistenza sanitaria

E' istituito un Centro regionale di riferimento, integrato dalle U.O. di Endoscopia Digestiva di Campobasso cui affidare il percorso diagnostico per l'adulto e il raccordo con le pediatrie.

I pazienti in età pediatrica sono seguiti presso le UO di Pediatria degli ospedali di Campobasso, Termoli ed Isernia fino all'età di 16 anni.

Presso il centro di riferimento sono effettuati gli esami endoscopici per gli adulti e, limitatamente ai casi richiesti dalle pediatrie di riferimento, le endoscopie pediatriche avvalendosi della collaborazione di un pediatra endoscopista esperto anche utilizzando protocolli di intesa con strutture sanitarie extraregionali.

Ai centri pediatrici e al Centro di Riferimento è affidata l'attività di certificazione di malattia necessaria agli adempimenti successivi alla diagnosi.

La regolamentazione dell'attività e dell'integrazione del Centro di riferimento, della interfaccia con i centri pediatrici per la presa in carico dei pazienti che abbiano compiuto i 16 anni di età, e l'emanazione e l'aggiornamento di linee guida cliniche condivise è regolamentata da provvedimento amministrativo successivo.

Gli accertamenti diagnostici relativi ai pazienti e ai parenti di primo grado, nonché le indagini relative alla diagnosi di malattia e alla identificazione delle complicanze, sono erogati secondo i criteri stabiliti dalla disciplina statale e regionale di settore nonché nel rispetto di provvedimenti amministrativi regionali sulla materia.

Art. 3

Istituzione del registro molisano dei celiaci e disposizioni su formazione e aggiornamento di operatori e pazienti

Il centro di riferimento tiene un registro con i dati dei pazienti residenti sul territorio regionale, gestendolo nel rispetto della normativa sulla privacy e mettendo a disposizione della Regione-Direzione Generale per la Salute- annualmente le informazioni e i dati statistici sulle nuove diagnosi di malattia celiaca, compresi trasferimenti e decessi, entità delle fasce di età e distribuzione sul territorio della popolazione celiaca necessarie alla programmazione sanitaria in merito e alla trasmissione al Ministero della Salute ai sensi della vigente normativa.

Per l'attività di educazione sanitaria e di informazione a pazienti e familiari le strutture cliniche individuate all'articolo 2 potranno avvalersi della figura professionale del dietista e dello psicologo, con documentata esperienza specifica.

I Corsi di formazione per medici di medicina generale e pediatri di libera scelta in materia di diagnostica e prevenzione della Malattia Celiaca sono inseriti nei programmi formativi annuali ad essi dedicati.

Art. 4

Erogazione del contributo per l'acquisto dei prodotti senza glutine ai soggetti affetti da malattia celiaca

Ai sensi dell'art. 4 della legge 4 luglio 2005 n. 123, la Regione Molise assicura ai soggetti affetti da malattia celiaca, compresa la variante clinica della dermatite erpetiforme, un contributo mensile,

che sarà erogato da ASReM nell'ambito delle risorse assegnate da riparto del FSR, spendibile negli esercizi commerciali abilitati oltre che nelle farmacie e parafarmacie, nei limiti di quanto disposto dalla vigente normativa, e con le modalità di cui ai successivi articoli 5 e 6.

Ai fini dell'erogazione del contributo la malattia è regolarmente certificata ai sensi della vigente normativa statale e regionale dai centri di cui all'articolo 2.

Il contributo per i buoni pasto viene erogato su tessera magnetica d'acquisto o mediante altri documenti di credito spendibili anche separatamente.

Art. 5

Disposizioni per la ristorazione collettiva e la formazione per gli operatori del settore e nelle scuole

I finanziamenti attribuiti alla Regione Molise ai sensi della Legge 123/2005, finalizzati ai pasti senza glutine somministrati nelle mense delle strutture scolastiche e ospedaliere e nelle mense delle strutture pubbliche, alla relativa formazione dei ristoratori ed albergatori, sono assegnati con deliberazione per il tramite del Dipartimento di Prevenzione tenendo conto del numero di soggetti affetti da malattia celiaca appartenenti al Distretto sanitario in cui territorialmente è presente la struttura richiedente, con le modalità che saranno stabilite in apposita direttiva aziendale della ASReM.

La Regione Molise promuove specifiche iniziative formative attuate in collaborazione con i soggetti che operano nell'ambito del sistema scolastico regionale, con particolare riferimento agli Istituti Alberghieri, per la realizzazione di programmi di formazione diretti ad aumentare le conoscenze sulle corrette procedure di preparazione e somministrazione di alimenti senza glutine. I corsi sono organizzati e tenuti dalla Regione Molise con la collaborazione del Dipartimento di Prevenzione e Sanità pubblica della ASReM - Servizi di igiene degli alimenti e della Nutrizione (SIAN) e dell'A.I.C. Molise Onlus.

Con provvedimento della ASREM, da adottarsi entro 120 giorni dalla pubblicazione della presente legge, sono emanate le Linee guida rivolte agli Operatori Sanitari del Settore Alimentare, alle quali è allegato lo schema di domanda di cui al successivo art. 6.

Art. 6

Modalità operative per gli esercenti il commercio di prodotti alimentari

Il contributo per i buoni pasto erogato su tessera magnetica d'acquisto di cui all'art.4 è spendibile anche separatamente presso parafarmacie, farmacie o altri esercizi commerciali che abbiano dichiarato alla ASReM la propria disponibilità ad erogare, con onere a carico del servizio sanitario, i prodotti senza glutine inseriti nel Registro Nazionale di cui all'art. 7 del D.M. 8 giugno 2001, e successive modificazioni.

Il titolare ovvero il legale rappresentante dell'esercizio commerciale autorizzato all'attività di commercio nel settore merceologico alimentare che intende erogare a carico del Servizio Sanitario Nazionale i prodotti senza glutine presenta richiesta alla ASREM, nella quale siano indicati gli elementi identificativi dell'esercizio commerciale e la dichiarazione della sussistenza dei requisiti previsti per l'attività di vendita di prodotti appartenenti al settore merceologico alimentare previsti dalla normativa vigente, nonché la dichiarazione di accettazione e di impegno al rispetto delle condizioni indicate nel modello di domanda elaborato dalla ASREM unitamente alle Linee Guida di cui all'art. 5 ultimo comma.

La ASReM autorizza parafarmacie, farmacie o altri esercizi commerciali che ne abbiano fatto richiesta, alla erogazione dei prodotti senza glutine rimborsabili dal SSN, qualora in possesso dei requisiti di cui al comma precedente.

E' istituito presso l'Azienda Sanitaria Regionale del Molise – Servizio Farmaceutico Territoriale- di un registro degli esercenti autorizzati aggiornato periodicamente e pubblicato sul sito ASReM.

Nell'ambito delle finalità e degli interventi di cui alla presente legge, la ASReM:, inoltre:

a) rende noti, attraverso pubblicazione sul sito istituzionale, gli esercizi commerciali in cui è spendibile il contributo per i buoni pasto di cui all'art. 4;

b) invia alla Giunta Regionale annuale relazione sull'applicazione della presente Legge, indicando, in particolare, il numero dei soggetti che hanno beneficiato del contributo per i buoni pasto erogato su tessera magnetica d'acquisto o mediante altri documenti di credito di cui all'art.4;

c) in attuazione di quanto previsto dall'art. 5, co. 1, comunica periodicamente alla Giunta regionale i dati relativi al contributo per i buoni pasto somministrati nella ristorazione;

d) Il Dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica della ASReM annualmente comunica alla Direzione Generale per la Salute, per la loro trasmissione al Ministero della Salute (art.6 della L.123/2005), i dati statistici circa il numero delle mense scolastiche, ospedaliere e delle strutture pubbliche presenti sul territorio di competenza e i dati statistici sull'attività formativa (numero corsi, numero partecipanti, numero ore, numero "edizioni").

La Giunta Regionale è autorizzata a stipulare accordi con altre Regioni per facilitare l'utilizzo della tessera magnetica fuori dal territorio regionale da parte dei soggetti affetti da patologia celiaca.

Art. 7

Contributi nel settore agricolo

Per il raggiungimento delle finalità di cui all'art. 1 e nell'ambito delle proprie competenze la Regione Molise incentiva la produzione, trasformazione e commercializzazione del grano saraceno e di altri cereali senza glutine attraverso misure ed incentivi dedicati, così come disciplinato dal successivo art. 8 della presente Legge.

Art.8

Norma finanziaria

Agli oneri derivanti dalle prestazioni sanitarie e farmaceutiche in favore dei soggetti affetti da malattia celiaca e variante dermatite erpetiforme derivanti dall'applicazione della presente legge, purché previsti quali livelli essenziali di assistenza, si fa fronte nell'ambito delle risorse del FSR. erogate ad ASREM.

Per il triennio 2016-2018 le risorse finanziarie, pari ad euro 1.100.000,00, gravano sul capitolo 34100 "Spesa corrente indistinta per il funzionamento del Servizio Sanitario", Missione 13 "Tutela della Salute", Programma 1 "Servizio Sanitario Regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA, Titolo 1 "Spese correnti" Macroaggregato 104 "Trasferimenti correnti".

Per le finalità di cui all'art. 7 della presente legge, l'erogazione degli incentivi alla produzione, trasformazione e commercializzazione del grano saraceno e di altri cereali senza glutine, lo stanziamento annuale è pari ad euro 50.000 a valere sulla missione 16 "Agricoltura, politiche agroalimentari e pesca"; Programma 1 "Sviluppo del sistema agricolo e del sistema agroalimentare"; Titolo 1 "Spese correnti" del bilancio regionale 2016-2018. L'erogazione di tali incentivi avverrà mediante bando pubblico e sulla base di un programma specifico di intervento redatto dall'Assessorato regionale alle Politiche Agricole, in coerenza con il PSR Molise 2014-2020, e previa, laddove necessario, notifica alle competenti autorità comunitarie e nazionali in materia di aiuti di stato.

Agli oneri derivanti dalla erogazione di prodotti senza glutine nelle mense delle strutture scolastiche e ospedaliere e nelle mense delle strutture pubbliche e a quelli derivanti dall'inserimento di appositi moduli formativi sulla celiachia nell'ambito delle attività di formazione ed aggiornamento professionali rivolti ad operatori sanitari ed alimentari si fa fronte nel limite delle risorse finanziarie assegnate alla Regione Molise secondo quanto stabilito dalla Legge 4 luglio 2005, n. 123 a valere sulla Missione 13 "Tutela della Salute", Programma 1 "Servizio Sanitario Regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA, Titolo 1 "Spese correnti" Macroaggregato 104 "Trasferimenti correnti", capitolo 35508 "Trasferimenti statali per somministrazione pasti senza glutine e moduli formativi".

.Per tutto quanto non previsto dalla presente Legge, si applicano le disposizioni già intervenute in materia.

Art.9

Norma finale

Per quanto non espressamente previsto dalla presente legge, la Giunta Regionale, sentita la commissione consiliare competente, è delegata a emanare entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, un atto di indirizzo in ordine agli aspetti procedurali attuativi.

SICILIA

DASS 25.5.16 - Dialisi domiciliare nei pazienti affetti da insufficienza renale terminale. Proroga contributo. (GURS n. 25 del 10.6.16)

Art. 1

Per quanto esposto in premessa, nella Regione siciliana, il contributo istituito con D.A. 12 maggio 2011, n. 834 "Potenziamento delle cure domiciliari nei pazienti affetti da insufficienza renale terminale" viene erogato fino al 31 dicembre 2017.

L'importo del contributo è rideterminato, come di seguito riportato:

1. Per i pazienti che si sottopongono ad emodialisi extracorporea domiciliare (HD) e a dialisi peritoneale automatizzata (APD) il contributo è pari a:

- 160 euro mensili se completamente autonomi e/o a bassa intensità di assistenza;
- 280 euro mensili se parzialmente non autonomi e/o a media intensità di assistenza;
- 360 euro mensili se non autonomi e/o ad alta intensità di assistenza.

2. Per i pazienti che si sottopongono a dialisi peritoneale continua (CAPD) il contributo è pari a:

- 160 euro mensili se completamente autonomi e/o a bassa intensità di assistenza;
- 240 euro mensili se parzialmente non autonomi c/o a media intensità di assistenza;
- 280 euro mensili se non autonomi e/o ad alta intensità di assistenza.

Art. 2

L'erogazione del suddetto contributo economico è a totale carico delle ASP di residenza dei pazienti, nell'ambito della quota indistinta ad esse assegnata.

Art. 3

A conclusione del periodo fissato all'articolo 1, il presente provvedimento sarà oggetto di valutazione al fine di verificare l'efficacia delle azioni intraprese e di procedere ad una rivisitazione del sistema alla luce di una attenta analisi costi-benefici.

DASS 30.5.16 - Termine di validità delle prescrizioni di prestazioni specialistiche. (GURS n. 25 del 10.6.16)

Art. 1

A modifica dell'articolo 8, comma 4, del decreto assessoriale 6 settembre 2010 citato in premessa, la validità delle prescrizioni di visite e prestazioni specialistiche, di cui al Catalogo unico regionale adottato con decreto assessoriale n. 799/2015, è stabilita in 180 giorni dalla data della prescrizione. Visite e prestazioni specialistiche prenotate entro tale periodo restano valide fino alla data di esecuzione presso le strutture sia pubbliche che private accreditate. Relativamente alle prescrizioni in modalità "dematerializzata", la prenotazione per essere valida deve essere regolarmente registrata direttamente o tramite web service sul sistema TS (tramite la funzione di presa in carico).

Art. 2

Le disposizioni di cui all'articolo 1 si applicano anche alle prescrizioni effettuate nel corso del 2016 e non ancora scadute alla data di pubblicazione del presente decreto.

TOSCANA

MOZIONE 18 maggio 2016, n. 294 - In merito alle prospettive dei servizi offerti dal sistema sanitario regionale in ambito montano. (BUR n. 22 del 1.6.16)

IL CONSIGLIO REGIONALE

Premesso che con l'introduzione, nell'anno 2012, di politiche sanitarie nazionali di "spending review" incentrate sui tagli lineari, la Regione Toscana, nel mutato quadro di riferimento, ha proceduto ad un ripensamento profondo della maggior parte dei servizi, proprio al fine di

scongiurare la logica tipica dei tagli lineari e mirando, quindi, a garantire intatta la qualità di erogazione dei servizi anche nella prospettiva di migliorarne le prestazioni;

Ricordato che:

- con la deliberazione della Giunta regionale 10 agosto 2012, n. 754 (Azioni di indirizzo alle Aziende e agli Enti del SSR attuative del DL 95/2012 e azioni di riordino del Sistema Sanitario Regionale), si è inteso procedere ad impostare interventi strutturali finalizzati alla tenuta del sistema stesso, al fine di non comprometterne le prospettive di lungo periodo;

- la sanità toscana, consapevole del carattere strutturale della crisi economico-finanziaria e sociale in atto dal 2008, ha affrontato la sfida con un'iniziativa di riorganizzazione del sistema avviando, alla luce delle migliori evidenze ed esperienze nazionali ed internazionali, con la deliberazione della Giunta regionale 28 dicembre 2012, n. 1235 (DGR 754/2012, allegato B "Azioni di riordino dei servizi del Sistema Sanitario Regionale". Approvazione linee di indirizzo alle aziende sanitarie ed alle Aree vaste e relativo piano operativo), un percorso di attualizzazione del profilo dei propri servizi;

Richiamata l'intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 (Disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3), siglata il 10 luglio 2014 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, concernente il nuovo patto per la salute per gli anni 2014-2016, in virtù della quale: "L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari (AGENAS) realizza uno specifico sistema di monitoraggio, analisi e controllo dell'andamento dei singoli sistemi sanitari regionali, che consenta di rilevare in via preventiva, attraverso un apposito meccanismo di allerta, eventuali e significativi scostamenti delle performance delle aziende sanitarie e dei sistemi sanitari regionali, in termini di qualità, quantità, sicurezza, efficacia, efficienza, appropriatezza ed equità dei servizi erogati";

Rilevato che

l'OCSE, Divisione salute, all'inizio dell'anno 2015 ha terminato la stesura della "Revisione sulla qualità dell'assistenza sanitaria in Italia" condotta con la collaborazione di AGENAS e della Direzione generale della Programmazione sanitaria del Ministero della salute, in base alla quale è emerso che l'Italia si trova ad affrontare due sfide principali: garantire che gli sforzi in atto per contenere la spesa in campo sanitario non vadano ad intaccare la qualità quale principio fondamentale di governance; sostenere le regioni e le province autonome caratterizzate da una infrastruttura più debole, affinché possano erogare servizi di qualità pari alle regioni con le performance migliori;

Richiamata

la classifica elaborata dal tavolo ministeriale relativa ai livelli essenziali di assistenza (LEA) 2014 e basata su trentuno indicatori raggruppati in tre grandi aree: assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro, assistenza sul territorio ed assistenza ospedaliera; classifica che vede ancora la Toscana al primo posto con 217 punti su 225 totali;

Ricordato

che il Piano sanitario e sociale integrato regionale (PSSIR) 2012-2015, approvato con deliberazione del Consiglio regionale 5 novembre 2014, n. 91, contempla come l'evoluzione della rete territoriale debba portare alcuni risultati fondanti, tra i quali la capacità di esprimere una nuova e rivisitata governance "in grado di coniugare in maniera stringente il bisogno di salute espresso dai territori attraverso i profili di salute, gli obiettivi specifici con la definizione sulla base di scale di priorità, la ottimale allocazione delle risorse in un sistema dinamico e vincolante";

Considerato

che con legge regionale 28 dicembre 2015, n. 84 (Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale. Modifiche alla l.r. 40/2005), si è inteso portare a compimento il processo di riorganizzazione del servizio sanitario regionale avviato con legge regionale 16 marzo 2015, n. 28 (Disposizioni urgenti per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale), attraverso l'accorpamento delle attuali dodici aziende in tre aziende usl ed il rafforzamento dell'area vasta quale sede di attuazione della programmazione strategica

regionale e procedere alla definizione del nuovo assetto organizzativo delle aziende usl ed alla ridefinizione complessiva delle funzioni della zona distretto e del sistema delle conferenze, al fine di rendere più efficaci l'organizzazione del processo territoriale di governance multilivello;

Considerata

l'importanza di proseguire sulla strada tracciata dal Programma regionale di sviluppo 2011- 2015, il quale recita che: "La rimozione degli ostacoli di ordine sociale ed economico per lo sviluppo della persona umana, sancita dall'articolo 3 della Costituzione italiana, dovrà essere il riferimento principe dell'azione regionale a favore dei territori montani per garantire servizi efficienti alla persona (quali: scuola, formazione, assistenza socio-sanitaria), l'accessibilità dei territori sia alle infrastrutture viarie (comprese quelle rurali e secondarie) che a quelle ferroviarie e telematiche ed il mantenimento e la funzionalità dei servizi pubblici locali";

Considerato che la normativa regionale vigente (l.r. 40/2005, articolo 19, comma1) prevede che sia il PSSIR a delineare le strategie di sviluppo e le linee di governo del servizio sanitario, definendo, all'articolo 19, comma 2, lettere b e d), della l.r. 40/2005, tra l'altro: " i criteri di riparto delle risorse finanziarie alle aziende unità sanitarie locali, avuto riguardo specifici catamente alle zone montane e insulari", ed ancora "gli indirizzi per la valorizzazione e qualificazione dell'assistenza nelle zone insulari e montane e le risorse regionali ad esse destinate";

Considerato

che obiettivo primario di ogni servizio sanitario è quello di fornire assistenza continua, tempestiva ed appropriata in grado di offrire interventi efficienti e sicuri nell'ambito della rete ospedaliera regionale, al fine di affermare il principio universalmente riconosciuto della centralità dell'utente nel sistema sanitario toscano;

IMPEGNA

LA GIUNTA REGIONALE

1. a proseguire nella politica di attenzione alle zone disagiate, montane ed insulari, implementando il processo di valorizzazione e qualificazione dell'assistenza sanitaria in dette realtà, oltre alle necessarie risorse regionali destinate allo scopo, al fine di garantire, agli utenti resi denti o soggiornanti in tali aree, servizi ospedalieri e territoriali qualitativamente e quantitativamente adeguati, oltretutto non penalizzanti nel confronto con altri territori;
2. a rendere ancor più stringente il confronto con le amministrazioni dei comuni montani, allo scopo di monitorare l'adeguatezza dei servizi in rapporto all'articolazione dei dati demografici, alla infrastrutturazione viaria ed alla qualità del servizio di trasporto pubblico delle aree montane;
3. ad armonizzare sempre le politiche in ambito sociosanitario con quelle infrastrutturali, al fine di valutare e di attuare, ove considerato opportuno, azioni compensative nella direzione dell'ammodernamento e dell'adeguamento del sistema viario e del trasporto pubblico, a fronte di ogni futuro intervento di razionalizzazione dei servizi che alteri lo status quo dell'offerta socio-sanitaria destinata alle popolazioni montane.

DGR 24.5.16, n. 482 - Prezzo di rimborso dei medicinali: modifica deliberazione GRT n. 339 del 18-04-2016. (BUR n. 22 del 1.6.16)

DGR 24.5.16, n. 484 - Individuazione dei Centri per la prescrizione e la somministrazione con onere a carico del SSN del medicinale Xofigo (223 Radio dicloruro). (BUR n. 22 del 1.6.16)

Note

La prescrizione del medicinale Xofigo deve avvenire nell'ambito dell'attività del GOM dell'azienda sanitaria che ha in carico il paziente con tracciabilità, nel verbale della riunione del GOM, che diventa parte integrante e sostanziale della documentazione sanitaria del paziente, della presenza almeno del medico di medicina nucleare e/o del radioterapista unitamente all'oncologo medico aziendali;

Le strutture sanitarie indicate nell'allegato "A", parte integrante e sostanziale della presente delibera, sono autorizzate al ricevimento, alla conservazione, alla somministrazione, al trasferimento, allo smaltimento del medicinale Xofi go e alla gestione del relativo Registro di monitoraggio AIFA;

MOZIONE 18 maggio 2016, n. 284 - In merito al diritto al risarcimento economico di venticinque euro in caso di ritardo sulla prenotazione di visite specialistiche. Dati sulle richieste di rimborso. Modifica della direttiva esistente: automazione del rimborso ed informazioni ai cittadini. (BUR n.23 del 10.8.16)

IL CONSIGLIO REGIONALE

Visto il rapporto 2015 dell'"Osservatorio regionale Carta dei servizi pubblici sanitari 2015", che, al punto 2.2., "Osservatorio reclami", indica che, per le prime visite di cardiologia, ginecologia, oculistica, neurologia, dermatologia, ortopedia e otorinolaringoiatria, è previsto che sia garantita l'erogazione della visita entro il termine massimo di quindici giorni dalla prenotazione, in almeno uno dei punti di offerta del territorio di competenza dell'Azienda Usl. La previsione deriva dalla deliberazione della Giunta regionale 27 febbraio 2006 (Disposizioni in materia di erogazione di prestazioni sanitarie specialistiche).

Al punto a) del dispositivo, in ripetizione del punto a) della premessa di tale atto, è previsto "diritto dell'utente di effettuare entro il tempo massimo di quindici giorni una delle seguenti visite specialistiche, visita cardiologica, ginecologica, oculistica, neurologica, dermatologica, ortopedica e otorinolaringoiatria, previste nel Progetto speciale di interesse regionale "Visite specialistiche: un obiettivo di qualità", si intende soddisfatto ove l'azienda unità sanitaria locale garantisca, entro il tempo massimo di quindici giorni dalla prenotazione, l'erogazione della prestazione stessa, intesa quale prima visita, in almeno un punto di offerta, ospedaliero o territoriale, pubblico o privato accreditato, compresa l'azienda ospedaliero - universitaria ubicata nel proprio territorio, in qualsiasi zona-distretto in cui è suddiviso il territorio di competenza aziendale, indipendentemente dalla specifica residenza distrettuale dell'utente. Nel rispetto della titolarità della programmazione delle attività specialistiche ambulatoriali, attribuito dal Piano sanitario regionale all'azienda unità sanitaria locale, il diritto dell'utente ad ottenere la prestazione visita specialistica entro quindici giorni dalla data di prenotazione è esigibile nella sola azienda unità sanitaria locale di residenza";

Preso atto che:

- a tale diritto corrisponde un'azionabilità non automatica (su istanza) di diritto a rimborso. Infatti, il punto b) della deliberazione prevede, sia in dispositivo che in premessa, come "nell'eventualità in cui l'azienda unità sanitaria non renda disponibile la visita specialistica, nelle branche specialistiche di cui al punto precedente, entro il tempo massimo previsto di quindici giorni in almeno uno dei presidi o punti di erogazione costituenti l'offerta complessiva sul territorio aziendale, l'azienda unità sanitaria riconoscerà all'utente un risarcimento economico di venticinque euro";
- dal rapporto sopracitato emerge come in tutte le aziende è stato attivato il meccanismo che prevede il rimborso di venticinque euro da parte dell'azienda sanitaria nel caso in cui l'utente abbia un tempo di attesa superiore ai quindici giorni per le prime visite specialistiche di cardiologia, ginecologia, oculistica, neurologia, dermatologia, ortopedia e otorinolaringoiatria;
- per alcuni esami radiologici di primo accesso (alcuni tipi di ecografi a e di radiografi e) è poi previsto un tempo massimo di attesa di trenta giorni dalla prenotazione;

Valutato che:

- in una logica di solidarietà a "doppio senso" è a regime il meccanismo per cui, qualora l'utente non si presenti ad una qualsiasi visita specialistica o prestazione diagnostica-terapeutica e non lo comunichi al CUP almeno quarantotto ore prima della data prenotata, deve comunque pagare il ticket. Infatti, la deliberazione regionale citata, che declina entrambe le misure, specifica, al punto g) in premessa, come "L'utente che dopo aver prenotato, ed accettato, la prestazione specialistica o

diagnostico-strumentale compresa nel Nomenclatore tariffario regionale, indipendentemente dal tempo di attesa previsto, non si presenti, non preannunciando la rinuncia o l'impossibilità di fruire la prestazione almeno quarantotto ore prima della data prenotata, è tenuto, ove non esente dalla compartecipazione alla spesa sanitaria, al versamento della quota di compartecipazione al costo della prestazione". Concetto ribadito nello stesso atto, punto g) del dispositivo;

- i meccanismi di rimborso e di pagamento, in caso di mancata presentazione, furono, peraltro, già previsti dal Piano sanitario regionale 2005 - 2007 con il progetto speciale "Visite specialistiche: un obiettivo di qualità" e sono stati successivamente normati dalla citata del. gr. 143/2006, tuttora in vigore;

Considerato che

appare "prima facie" un notevole squilibrio, a favore del contraente "forte", nel rapporto Regione Toscana-sanità/cittadino-paziente. Infatti, mentre, in caso di mancata presentazione, la "sanzione" viene attivata automaticamente, senza alcuna discrezionalità, coincidendo l'atto d'impulso da parte della pubblica amministrazione (intesa come Regione Toscana) con la verifica automatica della mancata presentazione del cittadino (o, addirittura, con il mancato ritiro del referto medico), non così funziona in caso di prenotazione con tempi previsti oltre i quindici giorni. Infatti, la citata deliberazione prevede, al punto e) in premessa, ribadito in identico punto del dispositivo, che "il personale del Centro Unico di Prenotazione attiverà immediatamente, ove l'utente intenda avvalersi di questa possibilità, la procedura di rimborso per l'utente, certificando la mancata prenotazione della prestazione, sia direttamente, con il rilascio di opportuna modulistica, sia tramite in via postale al domicilio dell'utente, nell'eventualità di prenotazione telefonica";

Valutato che,

di fatto, al momento del verificarsi delle condizioni che pongono il cittadino nella possibilità e nel diritto di usufruire del rimborso di venticinque euro, non è prevista, né in delibera, né in altri atti successivi, alcuna attività di pubblicizzazione della possibilità di rimborso. Si presume che il cittadino debba essere già informato della possibilità, al punto che, nel caso in cui lo stesso non faccia esplicita richiesta di rimborso (unica ipotesi in cui gli uffici della Asl si attiveranno), il silenzio da parte della pubblica amministrazione è previsto ed avallato. Ciò, oltretutto, anche in violazione dei principi di tutela del contraente debole in sede di asimmetria contrattuale, ampiamente tratteggiati all'interno del nostro ordinamento, all'interno dei quali potrebbe essere inquadrato, comunque, il diritto al risarcimento quale clausola del negozio giuridico intercorso fra cittadino e Asl;

Tenuto conto che:

- l'impostazione della del. gr. 143/2006, così concepita, viola gravemente, già dal punto di vista formale, i doveri di trasparenza amministrativa come previsti dalla legge 7 agosto 1990, n. 241 e successive modifiche che, laddove la trasparenza amministrativa, nella sua accezione più ampia, consiste nell'assicurare la massima circolazione possibile delle informazioni sia all'interno del sistema amministrativo che fra tale sistema ed il mondo esterno;

- l'articolo 1 della l. 241/90 prevede che "l'attività amministrativa persegue i fini determinati dalla legge ed è retta da criteri di economicità, di efficienza e di pubblicità e di trasparenza, secondo le modalità previste dalla legge, nonché dai principi dell'ordinamento comunitario". Si ricorda che, in base a quanto ribadito dall'articolo 3, comma 1 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), laddove le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale, la loro personalità giuridica le rende, nei rapporti con i cittadini, pubbliche amministrazioni.

Innumerevole è poi la normativa nazionale e regionale posta a tutela dei diritti del malato;

Visto che,

alla luce di questi principi declinati in un'innumerevole serie di atti, e resi maggiormente cogenti dal rapporto di disequilibrio fra l'azienda sanitaria ed i cittadini-pazienti (che, in quanto bisognosi di cure, risultano parte ancora più debole e, quindi, bisognosa di informazione accurata, precisa e

comprensibile da parte dell'azienda sanitaria), in tutti i passi del loro percorso, ivi inclusi quelli relativi alla prenotazione delle visite ed al diritto ad essere informati sulla possibilità di chiedere un rimborso, emerge una grave incompletezza della deliberazione in oggetto, laddove non prevede:

1) l'automatismo nel rimborso al cittadino dei venticinque euro in caso di ritardata prestazione, senza che debba occorrere, a tale scopo, l'attivazione da parte dello

stesso. Automatismo che rispecchierebbe quello già esistente nella richiesta al cittadino, non presentatosi all'appuntamento, del pagamento della quota.

E,

solo in seconda istanza,

2) la fornitura al cittadino di informazioni circa la possibilità di esercitare il diritto a richiedere tale rimborso; fornitura che, per essere efficace ed effettiva, deve essere comunicata contestualmente alla prenotazione della visita che risulti fissabile oltre i quindici giorni dal momento del contatto fra cittadino e centro di prenotazione;

Considerato che:

- la totale assenza di informazione fra i cittadini sulla possibilità di usufruire del rimborso per prenotazioni oltre i quindici giorni è facilmente rilevabile incrociando i dati sul numero di tali prenotazioni "dilatate" con il numero di richieste di rimborso. Visto che il punto e) in premessa e nel dispositivo della citata deliberazione recita, in terzo paragrafo, che "il risarcimento sarà erogato, a carico del bilancio aziendale, nel tempo massimo di sei mesi dal giorno del rilascio dell'attestato; le procedure di certificazione e di rilascio, saranno definite con apposito atto di indirizzo della Giunta regionale", è sufficiente, a scopo di verifica, acquisire, almeno per l'ultimo quinquennio (risalendo la del. gr. 143/2006 a dieci anni fa), i dati sugli esami per "visite specialistiche, visita cardiologica, ginecologica, oculistica, neurologica, dermatologica, ortopedica e otorinolaringoiatria" prescritti con un ritardo di oltre quindici giorni, incrociandoli con i dati relativi alle richieste di rimborso;

- in nessun caso, si ricorda, esigenze di bilancio possono risultare sopravvenienti ed oggettivamente violare il dovere di informare il cittadino, a maggior ragione se malato e, quindi, in posizione di incrementata debolezza, sui propri diritti, facilitandogli l'esercizio degli stessi.

IMPEGNA

LA GIUNTA REGIONALE

ad acquisire, almeno per l'ultimo quinquennio, i dati sugli esami per "visite specialistiche, visita cardiologica, ginecologica, oculistica, neurologica, dermatologica, ortopedica e otorinolaringoiatria" prescritti con un ritardo di oltre quindici giorni, incrociandoli con i dati relativi alle richieste di rimborso; ad auspicare l'automatismo nel rimborso al cittadino dei venticinque euro in caso di ritardata prestazione, senza che debba occorrere, a tale scopo, l'attivazione da parte del cittadino. Automatismo che rispecchierebbe quello già esistente nella richiesta al cittadino, non presentatosi all'appuntamento, del pagamento della quota; a prevedere, con effetto immediato, la disseminazione al cittadino di informazioni circa la possibilità di esercitare il diritto a richiedere tale rimborso; il usso informativo che, per essere efficace ed effettivo, deve essere comunicato dall'incaricato del centro di prenotazioni (o dal sistema automatico) automaticamente e contestualmente alla prenotazione della visita che risulti fissabile oltre i quindici giorni dal momento del contatto fra cittadino e centro di prenotazione.

a pubblicizzare, nel frattempo, nei modi e con gli strumenti più efficaci e mirati, presso i cittadini, l'esistenza e l'azionabilità del diritto di cui in oggetto.

MOZIONE 17 maggio 2016, n. 361 - In merito all'organizzazione dei servizi di diagnosi e cura della sindrome fibromialgica. (BUR n.23 del 10.8.16)

IL CONSIGLIO REGIONALE

Premesso che:

- la sindrome fibromialgica è caratterizzata da dolore muscoloscheletrico diffuso e da affaticamento, con una
incidenza della malattia sulla popolazione italiana stimata intorno al 3,7 per cento (circa due milioni di persone);

- la fibromialgia è una condizione clinica diffusa, molto spesso identificata tardivamente, anche se si tratta di una malattia invalidante;

Considerato che

la sindrome fibromialgica è una malattia riconosciuta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) dal 1992, anno in cui venne inclusa nella decima revisione dell'International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICDIO, codice M79-7), entrata in vigore il primo gennaio 1993. Le più recenti linee guida diagnostiche pubblicate dall'American College of Rheumatology (ACR), frutto dell'aggiornamento operato nel 2011 dei primi criteri diagnostici elaborati nel 1990, pongono l'accento esclusivamente sui sintomi di malattia multiformi, non richiedendo più la palpazione dei "tender points" per porre diagnosi;

Tenuto conto che

tre mozioni del Consiglio regionale (29 luglio 2014, n. 844, 24 settembre 2014, n. 911 e 1° dicembre 2015, n. 138), di grande sensibilità, avevano ricevuto il consenso unanime dell'aula e che, nello specifico, dette mozioni impegnavano la Giunta a:

- intraprendere un percorso di riconoscimento, individuazione e cura per la sindrome della fibromialgia in Toscana (mozione n. 844/14);

- organizzare percorsi condivisi per il riconoscimento, l'individuazione e la cura della sindrome fibromialgica ed attivare un coordinamento regionale per la definizione e realizzazione di percorsi terapeutici dedicati (mozione n. 911/14);

- a riferire in aula in merito allo stato di avanzamento del riconoscimento della fibromialgia come malattia invalidante (mozione n. 138/15);

Valutato che:

- il Consiglio sanitario regionale, con parere n. 65/2015, ha approvato il documento "Aggiornamento e percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) sulla sindrome fibromialgica", con il quale sono definite le modalità diagnostiche ed il percorso terapeutico per la presa in carico del paziente affetto da fibromialgia, tenuto conto che si tratta di una malattia non omogenea sia per i sintomi, sia per la risposta al trattamento e che non esiste, al momento attuale, una terapia ideale;

- appare, pertanto, necessario stabilire degli obiettivi realistici da raggiungere con tutte le possibilità terapeutiche disponibili;

Considerato che:

- la malattia ha come sintomo principale il dolore diffuso; la sede di maggior attenzione a tale sintomatologia è senz'altro rappresentata dai centri di terapia del dolore e cure palliative distribuiti in tutte le province toscane (ex-ASL) e che tali centri rientrano a pieno titolo nei PDTA della malattia;

- nei centri sopra citati sono disponibili trattamenti integrati e multidisciplinari nonché sperimentali, che sappiamo essere, al momento, i più efficaci per tale sindrome;

- il modello proposto è quello del Chronic Care Model (CCM) e di una struttura stellare con presidi ospedalieri/ territorio del tipo HubSpoke;

- tale organizzazione ricalca e si iscrive perfettamente nel modello della rete di terapia del dolore e cure palliative già operante in Toscana. Tale modello è ormai convalidato e vive e si sviluppa sulle linee guida dettate dalla legge 15 marzo 2010, n. 38 (Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore);

Premesso che:

- in questo campo il Consiglio regionale e la Giunta hanno mostrato una sensibilità specifica nei confronti del problema fibromialgia, mostrando più volte l'intenzione di affrontarlo;

- ricordate le mozioni già approvate, ma disattese;

IMPEGNA

LA GIUNTA REGIONALE

alla realizzazione, nell'ambito dei PDTA della sindrome fibromialgica, della presa in carico del paziente fibromialgico da parte dei centri di terapia del dolore e cure palliative presenti nel territorio regionale, tramite aggiornamento e condivisione dei protocolli esistenti.

TUTELA DEI DIRITTI

CAMPANIA

DGR 24.5.16, n. 242 - Approvazione dello schema di protocollo sperimentale contro il caporalato e lo sfruttamento lavorativo in agricoltura "cura - legalita' - uscita dal ghetto". (BUR n.34 del 30.5.16)

Note

PREMESSA

La Regione Campania, a norma dell'art. 8, comma 1, lettera o) dello Statuto regionale, promuove ogni utile iniziativa per favorire la realizzazione di un elevato livello delle prestazioni concernenti i diritti sociali nonché il godimento dei diritti politici e sociali degli immigrati, degli stranieri profughi rifugiati e degli apolidi .

La legge regionale 8 febbraio 2010, n. 6 “Norme per l’inclusione sociale, economica e culturale delle persone straniere presenti in Campania” prevede la programmazione e gestione delle attività regionali e locali in materia di immigrazione, misure specifiche di intervento in favore delle persone straniere attraverso il Programma regionale triennale e il Piano regionale per l’immigrazione.

La Direttiva 2009/52/Ce del Parlamento europeo e del Consiglio del 18 giugno 2009 introduce norme minime relative a sanzioni e a provvedimenti nei confronti di datori di lavoro che impiegano cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare.

L'art. 6 del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 91, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 116 prevede l'istituto della Rete del lavoro agricolo di qualità.

Il D.Lgs. 14 settembre 2015, n. 149 reca disposizioni per razionalizzare e semplificare l'attività ispettiva in materia di lavoro e legislazione sociale in attuazione della legge 10 dicembre 2014, n. 183.

La legge regionale 29 marzo 2006, n. 9, "Promozione e valorizzazione dell'agricoltura integrata in Campania" e la legge regionale 30 marzo 2012, n. 5, “Norme in materia di agricoltura sociale e disciplina delle fattorie e degli orti sociali [...]” promuovono presupposti etici e organizzativi che incidono sulla qualità dei processi valorizzando i prodotti e la crescita dei territori.

In Campania la presenza di migliaia di migranti impiegati nei lavori agricoli stagionali è un fenomeno strutturale continuativo con picchi nella stagione estiva.

Tale fenomeno determina un potenziale rischio per l’ordine pubblico e per i profili sanitari correlati alle condizioni di vita e di lavoro cui sono esposti i lavoratori agricoli in maggioranza stranieri.

La lotta allo sfruttamento del lavoro in agricoltura ed al connesso fenomeno del caporalato è centrale nella politica regionale che investe i temi della sicurezza, della salute, della legalità, del trasporto, dell’insediamento sociale e abitativo dei lavoratori.

La nascita e lo sviluppo di insediamenti informali, in alcuni casi veri e propri ghetti, ha creato un terreno fertile alla possibilità di infiltrazione di gruppi criminali che hanno reso profondamente vulnerabili le condizioni dei migranti coinvolti nel lavoro stagionale.

Ogni strategia di lotta al caporalato deve favorire una rete di interventi da parte di tutti i soggetti interessati.

Con nota prot. n. 2270/C9Lav/C10 Agr/Cr del 5 maggio 2016 il Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha trasmesso schema di protocollo di intesa volto all'avvio, in sede sperimentale, di una collaborazione istituzionale contro il caporalato e lo sfruttamento lavorativo in agricoltura denominato “Cura – legalità – uscita dal ghetto”;

LA DISPOSIZIONE

Viene approvato lo schema di protocollo di intesa sperimentale contro il caporalato e lo sfruttamento lavorativo in agricoltura “Cura – legalità – uscita dal ghetto”, riportato in allegato, tra Ministero del Lavoro e della Politiche Sociali, Ministero dell'Interno, Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali, Regione Basilicata, Regione Calabria, Regione Puglia, Regione Siciliana e altri soggetti istituzionali;

LOMBARDIA

DD 3.6.16 - n. 5086 - Determinazione in ordine alla composizione e al funzionamento dell'organismo tecnico multidisciplinare, istituito con d.c.r. n. 894 del 10 novembre 2015. (BUR n. 23 dell'8.6.16)

Note

Viene approvato l'allegato A parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, riguardante la composizione e il funzionamento dell'organismo tecnico multidisciplinare, istituito con d.c.r. n. 894 del 10 novembre 2015, di cui all'A parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

ALLEGATO A COMPOSIZIONE E FUNZIONAMENTO DELL' ORGANISMO TECNICO MULTIDISCIPLINARE, ISTITUITO CON DCR N. 894 DEL 10 NOVEMBRE 2015.

Premessa

Il piano quadriennale per le politiche di parità e di prevenzione e contrasto alla violenza contro le donne 2015-2018, approvato con DCR n. 894 del 10 novembre 2015, ha istituito l' “Organismo tecnico multidisciplinare di valutazione del sistema regionale di accoglienza, sostegno, protezione e accompagnamento all'autonomia delle donne vittime di violenza”, finalizzato ad attivare uno specifico sistema di valutazione dei servizi esistenti, quale elemento essenziale per lo sviluppo di una politica basata sull'evidenza scientifica.

Art. 1

Organismo tecnico multidisciplinare, istituito con D.C.R n. 894 del 10 novembre 2015.

E' costituito, presso la Direzione Generale Reddito di Autonomia ed Inclusione Sociale, l' Organismo tecnico multidisciplinare con caratteristiche di terzietà, indipendenza e autorevolezza, quale organo di supporto per la valutazione dell'efficacia e sostenibilità dei servizi e delle attività poste in essere che consenta di analizzare e valutare gli interventi messi in campo e finalizzato a dare contributi significativi per una migliore programmazione degli interventi e delle risorse, nonché per valutare l'efficacia e la appropriatezza nella risposta al bisogno.

Art. 2

Composizione dell'Organismo tecnico multidisciplinare

1. L'Organismo Tecnico è composto da 8 componenti, così come stabilito nella D.C.R n.894 del 10 novembre 2015 che durano in carica fino alla durata del Piano quadriennale antiviolenza, come di seguito:
 - due in rappresentanza dagli enti non profit che gestiscono case rifugio o centri antiviolenza, indicati dai loro rappresentanti facenti parte del Tavolo antiviolenza;
 - uno in rappresenta degli Enti Locali, nominato da Anci Lombardia;
 - due nominati dalla Direzione Generale Reddito di Autonomia ed Inclusione Sociale, di cui uno appartenente al mondo accademico lombardo e uno appartenente al sistema sanitario;
 - **uno in rappresentanza delle forze dell'ordine, nominato dal Prefetto di Milano**
 - uno in rappresentante del sistema giudiziario, nominato dal Presidente del Tribunale di Milano;
 - uno in rappresentanza del sistema scolastico, nominato dall'Ufficio Scolastico regionale per la Lombardia.

Gli 8 componenti eleggono, in sede di insediamento, al loro interno un coordinatore con compiti organizzativi (rapporti con la Direzione Generale Reddito di Autonomia ed Inclusione Sociale, rapporti con il personale di segreteria, convocazione riunioni, responsabilità di trasmissione dei documenti alla Direzione Generale Reddito di Autonomia ed Inclusione Sociale, ecc...)

2. I componenti devono essere in possesso di comprovata esperienza di studio e attività, in materia di prevenzione e contrasto alla violenza nei confronti delle donne.
3. Nei casi di impedimento e dimissioni dei componenti dell' "Organismo tecnico multidisciplinare", il soggetto nominante provvede alla sostituzione entro 30 giorni dall'acquisizione della relativa comunicazione da parte del componente interessato. Il sostituto rimarrà in carica fino alla scadenza prefissata di cui al comma 1.
4. Con successivo decreto del Direttore Generale Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale, si provvede alla costituzione e all'insediamento dell' "Organismo tecnico multidisciplinare".
5. L' "Organismo Tecnico multidisciplinare", per l'espletamento delle attività di cui all'articolo art. 3 e per le attività di segreteria, si avvale del personale della Unità organizzativa Azioni e misure per l'autonomia e l'inclusione sociale.
6. L' "Organismo tecnico multidisciplinare" si riunisce almeno sei volte all'anno presso la sede della Direzione Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale, previa convocazione da parte del coordinatore, tramite l'ufficio di segreteria;
7. Il funzionamento dell' "Organismo Tecnico multidisciplinare" non comporta oneri aggiuntivi per la Regione e non è previsto alcun gettone di presenza e rimborso spese per nessun componente.
8. Il Dirigente dell'Unità organizzativa competente assicura il coordinamento delle attività dell'Organismo tecnico multidisciplinare e partecipa alle sedute eventualmente anche tramite suo delegato.

Art. 3

Funzioni

1. Per il perseguimento degli obiettivi di cui all'articolo 1, all' "Organismo tecnico multidisciplinare", competono le seguenti funzioni:
 - analisi e supporto nel monitoraggio degli elementi conoscitivi del funzionamento della rete e dei servizi dedicati, al fine di validare scientificamente i percorsi di accesso, accoglienza, presa in carico e protezione, e propone adeguamenti al fine di migliorarne l'efficacia e l'appropriatezza nella risposta al bisogno;
 - individuazione delle sperimentazioni e delle buone prassi meritevoli di essere tradotte in nuovi modelli gestionali e in unità di offerta da proporre su tutto il territorio lombardo, mediante una relazione da trasmettere alla Direzione Generale Reddito di Autonomia ed Inclusione Sociale;
 - ferme restando le competenze in termini di accertamento delle responsabilità da parte dell'Autorità Giudiziaria, nei casi di omicidio di donne maturati nell'ambito delle relazioni familiari e comunque all'interno della coppia, analisi delle accertate cause che hanno determinato l'evento finale per consentire l'individuazione di ulteriori strumenti efficaci ed appropriati per migliorare il funzionamento dei servizi delle reti territoriali.
2. L' "Organismo tecnico multidisciplinare", in particolare, nell'ambito della attività di valutazione e supporto al monitoraggio di cui al comma 1, dovrà tener conto dell'impatto e dei risultati che le attività e gli interventi avranno in ambito locale o regionale, in termini di risposte ai bisogni della donna vittima di violenza e di prevenzione.
3. Le funzioni di cui ai commi 1 e 2 comportano l'espletamento delle seguenti attività:
 - ricognizione delle azioni e degli interventi in atto in Lombardia;
 - supporto nella definizione ed implementazione di un sistema di indicatori razionali misurabili relativamente ad aspetti economico-finanziari, sociali, sociosanitari, legali e gestionali nei riguardi delle attività svolte, finalizzati a consentire un concreto e costante monitoraggio sistematico del grado di raggiungimento degli obiettivi di prevenzione e contrasto alla violenza;
 - proposta di possibili soluzioni e individuazione di percorsi di miglioramento, tramite una visione polivalente dei diversi aspetti e criticità che possono caratterizzare le azioni e gli interventi (economico-finanziari, qualità, giuridici, sanitari, etc.) per la prevenzione e il contrasto della violenza;
 - osservazioni sistematiche delle azioni e degli interventi per verificarne il grado di raggiungimento degli obiettivi e la loro coerenza con le finalità istituzionali;

- presentazione di una relazione annuale sull'esito dell'attività svolta e sui risultati conseguiti da presentare alla Direzione Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale competente e al Tavolo regionale antiviolenza.

TOSCANA

RISOLUZIONE 17 maggio 2016, n. 42 - Difensore civico regionale. Relazione sull'attività svolta nell'anno 2015. (BUR n. 22 del 1.6.16)

IL CONSIGLIO REGIONALE

Visto l'articolo 56 dello Statuto;

Vista la legge regionale 27 aprile 2009, n. 19 (Disciplina del Difensore civico regionale);

Visto, in particolare, l'articolo 28 della l.r. 19/2009, che prevede che il Difensore civico regionale invii ogni anno al Presidente del Consiglio regionale, al Presidente della Giunta regionale, ai Presidenti del Senato e della Camera dei deputati la relazione sull'attività svolta, completa degli eventuali suggerimenti idonei a prevenire i casi di cattiva amministrazione;

Esaminata la relazione del Difensore civico regionale per l'anno 2015 (Allegato A) nella quale:

- viene evidenziato un aumento della complessità dell'attività della difesa civica;
- viene sottolineata l'attività di conciliazione che il Difensore civico della Regione Toscana sta svolgendo sia nel settore del servizio idrico, presiedendo le commissioni conciliative del servizio idrico, sia nell'esame della casistica relativa a responsabilità tecnico professionali in ambito sanitario intervenendo su richiesta degli utenti nella fase di gestione diretta delle richieste risarcitorie da parte delle aziende sanitarie ed ospedaliere, attività che sta per ottenere, a livello nazionale, il riconoscimento legislativo nell'attribuzione del ruolo di Garante regionale della sanità al Difensore civico e rispetto al quale la Toscana costituisce già un esempio avanzato anche per le altre Regioni italiane;
- si sottolinea il ruolo di mediazione che il Tribunale dei minori per la Toscana sta affidando al Difensore civico nominandolo curatore speciale nei procedimenti penali ove sono coinvolti minori, riconoscendo il ruolo di garanzia e terzietà del Difensore civico regionale;
- si sottolinea il ruolo che il Difensore civico svolge come Garante del contribuente;
- si apprezza la complessa e ampia attività nella promozione della trasparenza e dell'accesso agli atti della pubblica amministrazione;
- viene evidenziata la centralità della difesa civica regionale toscana per la presidenza del coordinamento dei difensori civici regionali e delle province autonome e per l'attività che il Difensore civico sta portando avanti a livello istituzionale in raccordo con il Mediatore europeo, con l'Agenzia per i diritti fondamentali dell'Unione europea, e per la riconferma del Difensore civico della Regione Toscana nel Consiglio esecutivo dell'Istituto europeo dell'ombudsman (EOI) e la recente nomina nel 2016 del Difensore civico della Toscana nel Consiglio direttivo della sezione europea dell'Istituto internazionale dell'ombudsman (IOI), dando piena attuazione al disposto di cui all'articolo 21 della l.r. 19/2009;

Rilevato come a livello locale la rete della difesa civica locale sulla quale si fondava la l.r. 19/2009 è ormai ridotta alla presenza di due soli difensori civici territoriali

e ritenuto quindi importante tornare a promuovere la presenza del Difensore civico negli enti locali;

Preso atto della circostanza che la difesa civica è una realtà consolidata in Toscana, ma ritenuto necessario che sia garantito a tutti i cittadini il diritto di accedere al servizio di difesa civica a prescindere dal loro luogo di residenza;

Preso atto che nel quadro protocollo d'intesa con il Centro servizi volontariato toscana (CESVOT) che ha prodotto interessanti risultati solo limitatamente ad alcune zone della Toscana è necessario dare nuovo impulso al ruolo che la società civile può svolgere nei territori in rapporto al Difensore civico;

Ricordando l'importante ruolo che il Difensore civico della Toscana sta svolgendo nella propria attività di Presidente del Coordinamento nazionale dei difensori civici delle regioni e province

autonome, attività oggetto di specifica relazione presentata ufficialmente al Parlamento nell'ottobre 2015;

Su proposta della Prima commissione consiliare

ESPRIME

apprezzamento per i risultati conseguiti dal Difensore civico regionale nel corso dell'anno 2015;

SI IMPEGNA

a sostenere ogni iniziativa volta a riconoscere il ruolo di tutela e promozione svolto dal Difensore civico regionale a salvaguardia dei diritti dei cittadini nei confronti delle pubbliche amministrazioni e degli enti che gestiscono servizi pubblici, e a valutare intese con Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI) e con gli enti locali per rafforzare la presenza diretta o indiretta della difesa civica sul territorio regionale;

a promuovere l'attività istituzionale del Difensore civico nella sua attività di Presidente del Coordinamento dei difensori civici e a valorizzare gli sforzi tesi a sviluppare l'attività che l'ufficio sta portando avanti a livello europeo ed internazionale, che costituisce un concreto esempio dell'azione della Regione Toscana a tutela dei diritti fondamentali che, con la Festa della Toscana, ogni anno il Consiglio regionale celebra; ad adottare misure idonee a sostenere e rafforzare la capacità di azione dell'ufficio del Difensore civico regionale, con riconoscimento in capo a quest'ultimo di piena autonomia di determinazione e di gestione nel perseguimento degli obiettivi programmati, con allocazione di idonee risorse economiche, umane e strumentali e con valorizzazione delle professionalità esistenti, in coerenza con la prevista unificazione delle figure di tutela;

a rafforzare l'attività di comunicazione posta in essere dal Difensore civico regionale per accrescere la sua attività soprattutto in relazione a quella fascia di cittadini che per ragioni economiche, sociali e culturali sono maggiormente svantaggiati e più necessitati di supporto e ausilio;

ad approfondire, nelle commissioni consiliari competenti, le materie emergenti dalla relazione del Difensore civico regionale per l'anno 2015 (Allegato A), anche con riferimento agli sviluppi alla luce dell'attività più recente e a stabilire con misure da adottare un maggior collegamento con la Presidenza del Consiglio regionale nell'ottica di una costante e proficua interrelazione anche nella previsione di rivisitazione di dettati legislativi e regolamentari.

VENETO

DGR 17.5.16, n. 674 - Approvazione dell'articolazione organizzativa di un nuovo centro antiviolenza per donne vittime di violenza operante nel territorio della regione del veneto. l.r. n. 5 del 23.04.2013 "interventi regionali per prevenire e contrastare la violenza contro le donne", articolo 7, comma 1. (BUR n. 51 del 27.5.16)

Note

La Legge Regionale 23 aprile 2013, n. 5 promuove interventi di sostegno a favore di donne vittime di violenza attraverso l'attivazione di strutture di accoglienza individuate nei Centri antiviolenza, nelle Case rifugio e nelle Case di secondo livello, volte ad ospitare donne vittime di violenza e loro figlie e figli minori. Gli articoli 3, 4 e 5 della legge provvedono a definire le singole strutture di sostegno, disciplinandone altresì l'operatività e le funzioni. L'articolo 7, comma 1 della stessa legge prevede, inoltre, che le strutture citate comunichino la loro articolazione organizzativa alla Giunta Regionale, che la approva.

Con DGR n. 1254 del 16.07.2013 è stata approvata e avviata la procedura di rilevazione delle strutture di sostegno e accoglienza di cui ai citati articoli 3, 4 e 5 della L.R. n. 5/2013, presenti nel Veneto, prevedendo la stesura di appositi elenchi distinti per tipologia.

In particolare, per quanto riguarda i Centri antiviolenza la Giunta Regionale con delibere n. 2546 del 20.12.2013, n. 932 del 10.06.2014 e n. 1355 del 28.07.2014 e n. 147 del 16.02.2016 ha approvato l'articolazione organizzativa di n. 20 Centri antiviolenza il cui elenco è pubblicato nel sito web istituzionale.

Le disposizioni operative per la rilevazione della articolazione organizzativa delle strutture di sostegno alle donne vittime di violenza (allegato D alla DGR n. 1254/2013), prevedono al punto 3 che "in caso di nuova attivazione, successivamente alla ricognizione iniziale, il responsabile della Struttura provveda a comunicare i dati relativi alla Regione per l'approvazione prevista dall'articolo 7, comma 1 della L.R. n. 5/2013".

Con riferimento ai Centri antiviolenza, si rileva che con DPCM del 24 luglio 2014 sono state assegnate al Veneto risorse per potenziare l'assistenza e il sostegno alle donne vittime di violenza e ai loro figli, parte delle quali da destinare alla costituzione di nuovi Centri antiviolenza. La Giunta regionale con DDR n. 1992 del 28.10.2014 ha disposto di assegnare tali risorse ai Comuni e alle Aziende ULSS del Veneto per la realizzazione di progetti finalizzati alla costituzione di nuovi Centri antiviolenza, approvando lo schema di Bando e i moduli per la presentazione delle richieste di finanziamento.

Le domande pervenute sono state esaminate dagli Uffici competenti e con decreto del Direttore della Sezione Relazioni Internazionali n. 24 del 25.02.2015 sono stati ripartiti i contributi per la realizzazione dei progetti finalizzati all'istituzione di n. 6 nuovi centri antiviolenza indicati nell'allegato A del provvedimento stesso. La Giunta regionale con provvedimento n. 147 del 16.02.2016 ha approvato l'articolazione organizzativa di 5 nuovi Centri.

Il Comune di Chioggia, promotore del sesto Centro denominato "Civico Donna" con sede a Chioggia, ha trasmesso alla Sezione Relazioni Internazionali, con nota n. 19459 del 21.04.2016 acquisita agli atti al prot. n. 157052 del 21.04.2016, la scheda di rilevazione per l'approvazione, da parte della Giunta regionale, dell'articolazione organizzativa della struttura ai sensi dell'articolo 7, comma 1 della L.R. n. 5/2013 e per il contestuale inserimento negli elenchi pubblicati nel sito istituzionale della Regione.

LA DISPOISIZIONE

Viene approvata l'articolazione organizzativa del nuovo Centro antiviolenza "Civico Donna" con sede a Chioggia corrispondente alla scheda i cui dati sono indicati nell'**Allegato A** "L.R. n. 5/2013- Nuovo Centro antiviolenza operante nella Regione del Veneto" (a cui si rinvia).