

INDICE N. 210

PANORAMA STATALE

ENTI LOCALI

CORTE DEI CONTI

DELIBERA 30 maggio 2016 -Linee guida e relativo questionario per gli organi di revisione economico finanziaria degli enti locali per l'attuazione dell'articolo 1, commi 166 e seguenti della legge 23 dicembre 2005, n. 266. Rendiconto della gestione 2015. (Delibera n. 22/SEZAUT/2016/INPR). (GU n. 161 del 12.7.16 S.O.)

DELIBERA 9 giugno 2016 - Linee guida e relativo questionario per gli organi di revisione economico finanziaria degli enti locali per l'attuazione dell'articolo 1, commi 166 e seguenti della legge 23 dicembre 2005, n. 266. Bilancio di previsione 2016-2018. (Delibera n. 24/SEZAUT/2016/INPR). (GU n. 161 del 12.7.16 S.O.)

MINORI

MINISTERO DELLA GIUSTIZIA

DECRETO 23 giugno 2016 .- Avvio delle comunicazioni e notificazioni per via telematica presso il Tribunale per i minorenni di Caltanissetta e il Tribunale per i minorenni di Messina - settore

INTERVENTI ASSISTENZIALI

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA

DECRETO 27 giugno 2016 - Disposizioni ai fini della fornitura dei libri di testo in favore degli alunni meno abbienti delle scuole dell'obbligo e secondarie superiori, per il corrente esercizio finanziario 2016. (GU n. 156 del 6.7.16)

PREVIDENZA

MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

Approvazione della delibera adottata dall'Ente nazionale di previdenza e di assistenza farmacisti in data 24 novembre 2015. (GU n. 164 del 15.7.16)

Approvazione della delibera n. 17 adottata dall'Ente nazionale di previdenza ed assistenza per gli psicologi in data 28 novembre 2015. (GU n. 164 del 15.7.16)

PRIVATO SOCIALE

MINISTERO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

DECRETO 31 maggio 2016 - Liquidazione coatta amministrativa della «Cooperativa sociale cultura e solidarietà per lo sviluppo - in sigla C.C.S.», in Torremaggiore e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 162 del 13.7.16)

SANITÀ

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

Comunicato relativo all'Intesa del 17 dicembre 2015, ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sullo schema di Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, psicologi e chimici) ex articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (Rep. atti n. 227/CSR). (GU n. 164 del 15.7.16)

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 21 giugno 2016 - Piani di cui all'articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, per le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici. (GU n. 164 del 15.7.16)

PANORAMA REGIONALE

AGRICOLTURA SOCIALE

EMILIA ROMAGNA

DGR 13.6.16, n. 892 - Reg. (UE) N. 1305/2013 - PSR 2014/2020 - Misura 6 - Tipo di operazione 6.4.01 "Creazione e sviluppo di agriturismi e fattorie didattiche" - Approvazione avviso pubblico regionale anno 2016. (BUR n. 189 del 28.6.16)

ANZIANI

ABRUZZO

L.R. 9. 6.16, n. 16 - Promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo. (BUR n. 91 del 24.6.16)

LAZIO

Determinazione 6 giugno 2016, n. G06369 - Determinazione n. B09207 del 01.12.2011 Attuazione D.G.R. 6 Maggio 2011, n. 202, lettera D.1 – Strutture residenziali per anziani. Impegno euro 1.200.000,00 - Cap. H41504 e euro 1.200.000,00 – Cap. H41131 – E.F. 2011 - Conferma Impegno 13907/2016 Cap H41131 di € 38.932,94 in favore del Comune di Ventotene. (BUR n. 51 del 28.6.16)

ASSISTENZA PENITENZIARIA

LAZIO

DCR 15.6.16, n. 7 - Nomina del garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale. (BUR n. 53 del 5.7.16)

DCR 15.6.16, n. 8 - Nomina dei due Coadiutori del Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale. (BUR n. 53 del 5.7.16)

SARDEGNA

DASS 17.6.16, n. 30 - Decreto Legislativo n. 140 del 18 luglio 2011 concernente “Norme di attuazione dello Statuto Speciale della Regione Autonoma della Sardegna in materia di Sanità Penitenziaria”. Rinnovo dell’Osservatorio Regionale Permanente sulla Sanità Penitenziaria. (BUR n. 32 del 7.7.16)

TOSCANA

RISOLUZIONE 21 giugno 2016, n. 44 - Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale. Relazione annuale 2015. (BUR n. 26 del 29.6.16)

UMBRIA

DAL 21.6.16, n. 90 - *Risoluzione* - “Attuale situazione degli Istituti penitenziari della regione e criticità emerse dall’audizione del Garante delle persone sottoposte a misure restrittive o limitative della libertà personale e dall’audizione delle rappresentanze sindacali della Polizia penitenziaria - Adozione di iniziative da parte della Giunta regionale”. (BUR n. 31 del 6.7.16)

EDILIZIA

LOMBARDIA

L.R. 8.7.16 - n. 16 - Disciplina regionale dei servizi abitativi (BUR n. 28 dell’8.7.16)

ENTI LOCALI

CALABRIA

L.R. 23.6.16, n. 14 - Primi interventi per favorire la costituzione della città metropolitana di Reggio Calabria. (BUR n. 71 del 29.6.16)

SARDEGNA

L.R. 29.6.16, n. 15 - Composizione del Consiglio delle autonomie locali. Modifiche alla legge regionale 17 gennaio 2005, n. 1 (Istituzione del Consiglio delle autonomie locali e della Conferenza permanente Regione-enti locali). (BUR n. 32 del 7.7.16)

FAMIGLIA

FRIULI V.G.

DGR 10.6.16, n. 1042 - LR 11/2006 - Art. 9bis - Aggiornamento Isee anno 2016. (BUR n. 26 del 29.6.16)

UMBRIA

DD 30.6.16, n. 5875 - Avviso pubblico “Elenco family helper” per la presentazione delle domande per la iscrizione nell’elenco regionale ‘Family helper’ - POR Umbria FSE 2014-2020. Asse 2

“Inclusione sociale e lotta alla povertà”. Priorità d’investimento: 9.4 - RA: 9.3 Azione 2). Intervento specifico: Buoni servizio, tramite INPS, per agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro: approvazione. (BUR n. 31 del 6.7.16)

GIOVANI

BASILICATA

DGR 14.6.16, n. 648 - L.R. n. 11/2000, art. 5 - D.G.R. n. 189 dell’1 marzo 2016 - Avviso Pubblico per il rinnovo dell’Assemblea del Forum Regionale dei Giovani, ai sensi degli artt. 3 e 7 del Regolamento di attuazione approvato con la D.G.R. n. 1178/2008 - Riapertura termini.

CAMPANIA

DGR 28.6.16, n. 315 - garanzia giovani- piano di attuazione regione campania periodo 2014_2020. terza riprogrammazione (BUR n. 43 del 29.6.16)

EMILIA ROMAGNA

DGR 6.6.16, n. 827 - Attuazione dell'Accordo in materia di politiche giovanili GECO 5 (Giovani Evoluti e Consapevoli) anno 2015: assegnazione risorse per la realizzazione degli interventi e approvazione schema di convenzione con i soggetti attuatori. (BUR n. 192 del 29.6.16)

IMMIGRATI

TOSCANA

RISOLUZIONE 21 giugno 2016, n. 48 - Collegata alla comunicazione della Giunta regionale n. 9 (Il sistema integrato di accoglienza ed integrazione ed il modello di governance). (BUR n. 26 del 29.6.16)

RISOLUZIONE 21 giugno 2016, n. 49 - Collegata alla comunicazione della Giunta regionale n. 9 (Il sistema integrato di accoglienza ed integrazione ed il modello di governance). (BUR n. 26 del 29.6.16)

MINORI

CAMPANIA

DGR 7.6.16, n. 263 - Modifica alla delibera di giunta regionale n. 41 del 15/02/2016 avente ad oggetto "Costituzione dell'Osservatorio regionale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in regione Campania" (BUR n. 42 del 27.6.16)

DPGR 11.7.16, n. 152 - Osservatorio regionale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in regione Campania - nomina componenti. (BUR n. 46 dell’11.7.16)

LAZIO

DGR 28.6.16, n. 357 - Articolo 19 del decreto legislativo 18 agosto 2015, n. 142. Accoglienza minori stranieri non accompagnati. Definizione dei requisiti strutturali e organizzativi delle strutture di prima e di seconda accoglienza. (BUR n. 55 del 12.7.16)

DCR 15.6.16, n. 9 - Nomina del Garante dell'infanzia e dell'adolescenza. (BUR n. 53 del 5.7.16)

LOMBARDIA

DGR 27.6.16 - n. X/5342 - Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2016: terzo provvedimento. (BUR n. 26 del 29.6.16)

PIEMONTE

DGR 6.6.16, n. 54-3452 - Approvazione requisiti strutturali e gestionali delle strutture per la prima accoglienza di minori stranieri non accompagnati (MSNA) di cui all'Avviso pubblico "Qualificazione del sistema nazionale di prima accoglienza dei minori stranieri non accompagnati" (Decreto del Ministero dell'Interno n. 6715 del 22/04/2016). (BUR n. 26 del 30.6.16)

PUGLIA

DGR 28.6.16, n. 934 - Accoglienza dei minori stranieri non accompagnati. (BUR n. 80 dell'11.7.16)

NON AUTOSUFFICIENTI

ABRUZZO

DECRETO 04.04.2016, n. 34 - **Determinazione** delle tariffe e delle relative quote di compartecipazione per prestazioni residenziali e semiresidenziali - Area assistenziale degli Anziani non autosufficienti. (BUR n. 94 del 1.7.16)

LAZIO

IPAB - ISTITUTO ROMANO DI SAN MICHELE

AVVISO PER L'INDIVIDUAZIONE DI UN MEDICO RESPONSABILE PER LA RSA E CASA DI RIPOSO ISTITUTO ROMANO DI SAN MICHELE

PIEMONTE

DD 30 giugno 2016, n. 384 - D.G.R. n. 34-3309 del 16 maggio 2016 "Modulazione dell'offerta di interventi sanitari domiciliari a favore degli anziani non autosufficienti con progetto residenziale e definizione del percorso di attivazione e valutazione dell'Unita' di Valutazione Geriatrica" – Approvazione dello Schema contrattuale. (BUR n. 27 del 7.7.16)

DD 30.6.16, n. 381 - D.G.R. n. 34-3309 del 16 maggio 2016 "Modulazione dell'offerta di interventi sanitari domiciliari a favore degli anziani non autosufficienti con progetto residenziale e definizione del percorso di attivazione e valutazione dell'Unita' di Valutazione Geriatrica" – Adozione della nuova Cartella Geriatrica dell'Unita' di Valutazione Geriatrica. (BUR n. 27 del 7.7.16)

DD 30.6.16, n. 382- D.G.R. n. 34-3309 del 16 maggio 2016 "Modulazione dell'offerta di interventi sanitari domiciliari a favore degli anziani non autosufficienti con progetto residenziale e definizione del percorso di attivazione e valutazione dell'Unita' di Valutazione Geriatrica". Adozione nuova "Scheda Informativa Sanitaria". (BUR n. 27 del 7.7.16)

DD 30.6.16, n. 383 - D.G.R. n. 34-3309 del 16 maggio 2016 "Modulazione dell'offerta di interventi sanitari domiciliari a favore degli anziani non autosufficienti con progetto residenziale e definizione del percorso di attivazione e valutazione dell'Unita' di Valutazione Geriatrica". Adozione nuovo modulo "Richiesta di valutazione/rivalutazione". (BUR n. 27 del 7.7.16)

PARI OPPORTUNITÀ

ABRUZZO

L.R. 23.6.16, n. 17 - Istituzione e regolamentazione del "Codice Rosa" all'interno dei pronti soccorsi abruzzesi. (BUR n. 95 del 1.7.16)

PARTECIPAZIONE

EMILIA ROMAGNA

DGR 27.6.16, n. 979 - Bando 2016 per l'erogazione dei contributi regionali a sostegno dei processi di partecipazione (L.R. 3/2010, art. 6). Criteri e modalità. (BUR n. 194 del 30.6.16)

DAL 21.6.16, n. 77 - Programma di iniziative per la partecipazione della Giunta regionale 2016 contenuto nella relazione annuale 2015 sui processi partecipativi in Emilia-Romagna. (Proposta della Giunta regionale in data 16 maggio 2016, n. 684) (BUR n. 196 del 1.7.16)

PERSONE CON DISABILITÀ

BASILICATA

DGR 22.6.16, n. 699 - Legge 28 dicembre 2015, n. 208 – comma 947 - Gestione Servizi di trasporto e assistenza in favore degli alunni disabili delle scuole secondarie di secondo grado - Affidamento alle Province anni scolastici 2015/2016 - 2016/2017.

LOMBARDIA

DCR 21.6.16 - n. X/1089 - Ordine del giorno concernente l'integrazione scolastica e sociale dei bambini/ragazzi con disturbi dello spettro autistico e disabilità complessa e formazione del personale docente (BUR n. 26 del 1.7.16)

DCR 21.6.16 - n. X/1090 - Ordine del giorno concernente i disturbi dello spettro autistico: sostegno alla ricerca e alle famiglie. (BUR n. 26 del 1.7.16)

MOLISE

DGR 10.6.16, N. 270 - deliberazione di giunta regionale del 26.04.2016, n. 163 "fna 2015 – programma attuativo azioni ed interventi in favore delle persone in condizioni di disabilità grave e gravissime e disciplinare: approvazione". modifica ed integrazione

PUGLIA

REG.REG.LE 8.7.16, n. 9 - Rete assistenziale territoriale sanitaria e sociosanitaria per i Disturbi dello Spettro Autistico. Definizione del fabbisogno e dei requisiti organizzativi, tecnologici e strutturali. (BUR n. 81 del 12.7.16)

POLITICHE SOCIALI

MOLISE

DGR 31.5.16, n. 248 - modifiche ed integrazioni al regolamento regionale 27 febbraio 2015, n. 1 "riordino del sistema regionale integrato degli interventi e servizi sociali". (BUR n. 23 del 16.6.16)

PIEMONTE

DGR 13.6.16, n. 17-3470 - Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza Casa di Riposo "Ospedale Santa Croce", con sede in San Salvatore Monferrato (AL). Proroga Commissario straordinario. (BUR n. 27 del 7.7.16)

SARDEGNA

DPGR 6.6.16, n. 32 - Estinzione I.P.A.B. - "Fondazione San Giovanni Battista" di Ploaghe - Art. 44 della L.R. 23 dicembre 2005 n. 23 e artt. 17 e 18 del Decreto del Presidente della Regione 22 luglio 2008 n. 3. (BUR n. 30 del 23.6.16)

POVERTÀ INCLUSIONE SOCIALE
BASILICATA

DGR 22.6.16, n. 685 - DGR n. 120 del 10.2.2016 recante Linee Guida attuative della Legge Regionale 11 agosto 2015, n. 26 "Contrasto al disagio sociale, mediante l'utilizzo di eccedenze alimentari e non" - Artt. 7 e 11 delle Linee Guida: Costituzione Cabina di Regia.

LAZIO

Determinazione 22 giugno 2016, n. G07099 - POR FSE 2014/2020 - Approvazione dell'Avviso pubblico "Candidatura per i servizi del Contratto di ricollocazione per le donne con figli minori". Impegno di spesa complessivo di 2.500.000,00 destinati all'attuazione del Contratto di Ricollocazione a valere sui capitoli A41143, A41144 e A41145 per l'esercizio finanziario 2016. (BUR n. 53 del 5.7.16)

LOMBARDIA

Comunicato regionale 28 giugno 2016 - n. 112 - Avviso pubblico per manifestazione di interesse «Associata» a realizzare interventi, nel secondo semestre 2016, secondo quanto disposto dal piano triennale di interventi contro la povertà di cui alla d.g.r. 1992 del 2014. (BUR n. 26 del 1.7.16)

PUGLIA

DGR 28.6.16, n. 928 - Legge Regionale 14 marzo 2016, n. 3 recante la disciplina della "Reddito dignità reg.le e politiche per l'inclusione sociale attiva". R.R. n. 8 del 23 giugno 2016. Approvazione avviso pubblico per le manifestazioni di interesse ad ospitare tirocini dei beneficiari del reddito di dignità. (BUR n. 80 dell'11.7.16)

DGR 7.7.16, n. 1014 - Legge Regionale 14 marzo 2016, n. 3 recante la disciplina della "Reddito di dignità regionale e politiche per l'inclusione sociale attiva". R.R. n. 8 del 23 giugno 2016. Approvazione avviso pubblico per la domanda di accesso al Reddito di Dignità da parte dei cittadini. (BUR n. 80 dell'11.7.16)

VALLE D'AOSTA

L.R. 10.11.15, n. 18 - Misure di inclusione attiva e di sostegno al reddito. (BUR 24.11.15, n. 47) Pervenuta il 26.6.16)

PRIVATO SOCIALE
BASILICATA

DGR 14.6.16, n. 639 - L.R. n. 39/1993 e s.m.i. “Norme di attuazione per la disciplina delle cooperative sociali”. Approvazione Bando per la concessione di contributi destinati alle cooperative sociali di tipo A e B di cui all’art. 13 della L.R. n. 39/93 e s.m.i. - Anno 2016.

LOMBARDIA

DGR 27.6.16 - n. X/5343 - Determinazioni in ordine alla modalità di valutazione dei progetti di servizio civile nazionale tramite l’adozione di criteri aggiuntivi regionali (BUR n. 26 del 30.6.16)

PUGLIA

L.R. 5.7.16, n. 17 - Riconoscimento, valorizzazione e sostegno della funzione socioeducativa delle attività di oratorio. (BUR n. 78 del 5.7.16)

PSICOLOGI

LOMBARDIA

DCR 21.6.16 - n. X/1085 - Ordine del giorno concernente la diffusione della figura dello psicologo negli istituti comprensivi della Regione Lombardia. (BUR n. 27 del 4.7.16)

SANITÀ

ABRUZZO

DECRETO 23.05.2016, n. 48 - Avvio procedimento di negoziazione con le strutture private titolari di accreditamento pre-definitivo per l’erogazione di prestazioni sanitarie in regime residenziale e psicoriabilitativo. biennio 2016/2017. (BUR n. 96 dell’8.7.16)

DECRETO 23.05.2016, n. 49 - Avvio procedimento di negoziazione con le strutture private titolari di accreditamento predefinitivo per l’erogazione di prestazioni sanitarie a carattere riabilitativo. biennio 2016/2017. (BUR n. 96 dell’8.7.16)

DECRETO 06.06.2016, n. 52 - Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (pdta) del tumore del colon – retto. (BUR n. 96 dell’8.7.16)

DECRETO 10.06.2016, n. 55 - Piano di riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale 2016 – 2018. (BUR n. 96 dell’8.7.16)

. BASILICATA

DGR 14.6.16, n. 641 - Art. 63 della L.R. 4 marzo 2016, n. 5, di modifica dell’art. 20, comma 4 della L.R. 8.8.2012, n. 16. Individuazione provvisoria limite di spesa per il personale delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale di Basilicata

CAMPANIA

DGR 28.6.16, n. 308 - Approvazione del piano annuale 2016 dell’attività ispettiva sanitaria e socio-sanitaria. (BUR n. 44 del 4.6.16)

DGR 6.7.16, n. 329 - DM 02 nov 2011- Avvio delle prescrizioni dematerializzate per l’assistenza specialistica su tutto il territorio della regione Campania (BUR n. 46 dell’11.7.16)

EMILIA-ROMAGNA

DGR 27.6.16, n. 990 - Aggiornamento del progetto regionale demenze (DGR 2581/99) e recepimento del "Piano Nazionale Demenze" (BUR n. 197 del 4.7.16)

DGR 28.6.16, n. 1003 - Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario regionale per l'anno 2016. (BUR n. 205 dell'11.7.16)

LAZIO

Decreto del Commissario ad Acta 1 luglio 2016, n. U00234 - Decreto del Commissario ad Acta 3 marzo 2016, n. U00062 "DCA 562/2015: Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie; prestazioni terapeutiche e socio riabilitative in strutture ad alta, media e bassa intensità assistenziale socio-sanitaria. Compartecipazione alla spesa ai sensi del DPCM 29 novembre 2001. Differimento termini." (BUR n. 55 del 12.7.16)

LOMBARDIA

L.R. 29.6.16 - n. 15 - Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche ai titoli V e VIII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (testo unico delle leggi regionali in materia di sanità). (BUR n. 27 del 4.7.16)

DGR 5.7.16 - n. X/5364 - Approvazione della proposta esecutiva dell'Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo (AFSSL) ai sensi dell'art. 17 bis della l.r. 33/2009 (BUR n. 28 dell'11.7.16)

MARCHE

DGR 27.6.16, n. 648 - Legge nazionale 662/96, art. 1 comma 34 e 34bis - Approvazione dei progetti della Regione Marche per il perseguimento degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2016, individuati nell'Accordo del 14 aprile 2016 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n. 65/CSR). (BUR n. 75 dell'8.7.16)

PIEMONTE

DGR 6.6.16, n. 49-3449 - Articolo 1 punto 2.5 dell'Allegato al Decreto Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70. Disposizioni in merito agli strumenti giuridici validi ai fini dei processi di aggregazione fra strutture private accreditate. (BUR n. 26 del 30.6.16)

D.D. 1 giugno 2016, n. 309 - Piano regionale di prevenzione 2016: approvazione della programmazione annuale (DGR n. 25-1513 del 3/06/2015 e s.m.i.). (BUR n. 26 del 30.6.16)

DGR 13.6.16, n. 22-3475 - Programma regionale per la copertura dei rischi di responsabilita' civile RCT/O delle ASR. Disposizioni in merito agli elementi costitutivi del programma.

PUGLIA

DGR 21.6.16, n. 881 - Autorizzazione all'anticipazione straordinaria per gli Enti del SSR. (BUR n. 77 del 1.7.16)

DGR 22.6.16, n. 895 - Trasferimento di funzioni di competenza oncologica e relative Unità Operative dalla ASL di Bari all'IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari. (BUR n. 77 del 1.7.16)

SARDEGNA

L.R. 29.6.16, n. 13 - Proroga del commissariamento di cui all'articolo 9 della legge regionale 17 novembre 2014, n. 23 (Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario. Modifiche alle leggi regionali n. 23 del 2005, n. 10 del 2006 e n. 21 del 2012). (BUR n. 32 del 7.7.16)

SICILIA

DD 17 giugno 2016 - Protocollo d'intesa su promozione della salute tra l'Assessorato regionale della salute e l'Ufficio scolastico regionale "Una nuova alleanza per la salute dei bambini e dei giovani". (GURS n. 26 dell'8.7.16)

TOSCANA

DPGR 22.6.16, n. 38/R Regolamento di attuazione della legge regionale 9 ottobre 2015, n. 68 (Disposizioni per la diffusione dei defibrillatori semiautomatici esterni nell'ambito della pratica fisica e sportiva (BUR n. 25 del 29.6.16)

RISOLUZIONE 22 giugno 2016, n. 46 - In merito alla prevenzione e diagnosi precoce della celiachia. (BUR n. 26 del 29.6.16)

DGR 14.6.16, n. 560 - Accordo di collaborazione tra Regione Toscana, Unione Regionale Toscana Titolari di Farmacia (U.R.TO.FAR) e Confederazione Italiana Servizi Pubblici Enti Locali (CISPEL TOSCANA) per l'erogazione di alcuni servizi al pubblico attraverso le farmacie convenzionate. (BUR n. 26 del 29.6.16)

DGR 14.6.16, n. 561 - Approvazione per l'anno 2016 dei requisiti, criteri e modalità per l'ottenimento del contributo previsto a favore delle farmacie disagiate ubicate nella Regione Toscana. (BUR n. 26 del 29.6.16)

DGR 21.6.16, n. 592 - Prezzo di rimborso dei medicinali: modifica deliberazione GRT n. 482 del 24-05-2016. (BUR n. 26 del 29.6.16)

DCR 22.6.16, n. 54 - Agenzia regionale di sanità (ARS). Bilancio di esercizio 2014. Approvazione ai sensi della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del Servizio sanitario regionale), articolo 82 septies decies. (BUR n. 27 del 6.7.16)

MOZIONE 22 giugno 2016, n. 339 - In merito al nuovo atto di indirizzo per il rinnovo della convenzione della Medicina generale. (BUR n. 27 del 6.7.16)

VENETO

DGR N. 926 22.6.16 - Formalizzazione ed implementazione dei gruppi regionali di lavoro specialistici all'interno dei programmi di screening oncologici e recepimento dei documenti da essi prodotti. (BUR n. 66 dell'8.7.16)

DGR 22.6.16, n. 930 - progetti relativi agli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel piano sanitario nazionale ex art. 1, commi 34 e 34 bis, della legge n. 662/96. anno 2016. - accordo rep. atti n. 65/csr del 14 aprile 2016 tra governo, regioni e province autonome di trento e bolzano, ai sensi dell'art. 4 del d.lgs. n. 28 agosto 1997, n. 281. (BUR n. 66 dell'8.7.16)

TRENTO

DGP 24.6.16, n. 1095 - Modifica delle direttive in materia di compartecipazione alla spesa (ticket) nell'ambito del Pronto Soccorso e altre disposizioni in ordine alla compartecipazione alla spesa sanitaria. (BUR n. 27 del 5.7.16)

TUTELA DEL DIRITTI

BASILICATA

DGR 14.6.16, n. 637 - DGR n. 1484/2015 - DGR n. 1728/2015 - “Piano regionale di prevenzione e contrasto alla violenza di genere” 2015-2017 - Approvazione ripartizione risorse finanziarie e modalità di accesso. (BUR n. 24 del 1.7.16)

LAZIO

DCR 15.6.16, n. 10 - Nomina del Difensore civico

LOMBARDIA

DD 30.6.16 - n. 6189 - Attivazione della d.g.r. n. 4955 del 21 marzo 2016 ‘Determinazione in ordine alla prosecuzione dei servizi e delle azioni per la prevenzione, il sostegno e il contrasto del fenomeno della violenza nei confronti delle donne - V provvedimento attuativo del «Piano quadriennale regionale per le politiche di parità e di prevenzione e contrasto alla violenza contro le donne 2015/2018» - Programma 2016’ (BUR n. 27 del 5.7.16)

PUGLIA

DGR 28.6.6, n. 929 - Presa d’atto adesione al “Protocollo sperimentale contro il caporalato e lo sfruttamento lavorativo in agricoltura. Piano 2016”. (BUR n. 80 dell’11.7.16)

TOSCANA

MOZIONE 22 giugno 2016, n. 414 - In merito al contrasto alla pratica del caporalato in Toscana con particolare riferimento all’istituzione di uno sportello di collocamento pubblico contro l’illegalità. (BUR n. 26 del 29.6.16)

PANORAMA STATALE

ENTI LOCALI

CORTE DEI CONTI

DELIBERA 30 maggio 2016 -Linee guida e relativo questionario per gli organi di revisione economico finanziaria degli enti locali per l'attuazione dell'articolo 1, commi 166 e seguenti della legge 23 dicembre 2005, n. 266. Rendiconto della gestione 2015. (Delibera n. 22/SEZAUT/2016/INPR). (GU n. 161 del 12.7.16 S.O.)

DELIBERA 9 giugno 2016 - Linee guida e relativo questionario per gli organi di revisione economico finanziaria degli enti locali per l'attuazione dell'articolo 1, commi 166 e seguenti della legge 23 dicembre 2005, n. 266. Bilancio di previsione 2016-2018. (Delibera n. 24/SEZAUT/2016/INPR). (GU n. 161 del 12.7.16 S.O.)

MINORI

MINISTERO DELLA GIUSTIZIA

DECRETO 23 giugno 2016 .- Avvio delle comunicazioni e notificazioni per via telematica presso il Tribunale per i minorenni di Caltanissetta e il Tribunale per i minorenni di Messina - settore penale. (GU n. 160 dell'11.7.16)

IL MINISTRO DELLA GIUSTIZIA

Visto l'art. 16 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, recante «Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese», convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, come modificato dall'art. 1, comma 19, della legge 24 dicembre 2012, n. 228, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2013)», il quale demanda ad uno o più decreti del Ministro della giustizia la fissazione della data a decorrere dalla quale le notificazioni a persona diversa dall'imputato a norma degli articoli 148, comma 2 -bis , 149, 150 e 151, comma 2, del Codice di procedura penale, nei procedimenti dinanzi ai Tribunali e alle Corti di appello, debbano avvenire esclusivamente per via telematica all'indirizzo di Posta elettronica certificata risultante da pubblici elenchi o comunque accessibili alle pubbliche amministrazioni, secondo la normativa, anche regolamentare, concernente la sottoscrizione, la trasmissione e la ricezione dei documenti informatici;

Visto il decreto del Ministro della giustizia in data 21 febbraio 2011, n. 44, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 89 del 18 aprile 2011, recante «Regolamento concernente le regole tecniche per l'adozione nel processo civile e nel processo penale delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, in attuazione dei principi previsti dal decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, e successive modificazioni, ai sensi dell'art. 4, commi 1 e 2, del decreto-legge 29 dicembre 2009, n. 193, convertito nella legge 22 febbraio 2010, n. 24»;

Verificata la funzionalità dei servizi di comunicazione dei documenti informatici degli uffici giudiziari nel Tribunale per i minorenni di Caltanissetta e nel Tribunale per i minorenni di Messina, come da comunicazione del responsabile per i sistemi informativi automatizzati;

Rilevata la necessità di dare attuazione a quanto previsto dall'art. 16 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, recante «Ulteriori misure urgenti per la crescita

del Paese», convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, come modificato dall'art. 1, comma 19, della legge 24 dicembre 2012, n. 228, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2013)» per il Tribunale per i minorenni di Caltanissetta e il Tribunale per i minorenni di Messina, limitatamente al settore penale; sentiti l'Avvocatura generale dello Stato, il Consiglio nazionale forense e i Consigli dell'ordine degli avvocati di Caltanissetta, Enna, Gela, Barcellona Pozzo di Gotto, Messina e Patti;

E M A N A

il seguente decreto:

Art. 1.

1. È accertata la funzionalità dei servizi di comunicazione di cui all'art. 16, comma 10, del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, recante «Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese», convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, come modificato dall'art. 1, comma 19, della legge 24 dicembre 2012, n. 228, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2013)» presso il Tribunale per i minorenni di Caltanissetta e il Tribunale per i minorenni di Messina.

2. Negli uffici giudiziari di cui al comma 1, le notificazioni a persona diversa dall'imputato a norma degli articoli 148, comma 2 -bis , 149, 150 e 151, comma 2, del Codice di procedura penale, sono effettuate esclusivamente per via telematica.

Art. 2.

1. Il presente decreto entra in vigore il quindicesimo giorno successivo a quello della pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 23 giugno 2016

Il Ministro: ORLANDO

INTERVENTI ASSISTENZIALI
MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA

DECRETO 27 giugno 2016 - Disposizioni ai fini della fornitura dei libri di testo in favore degli alunni meno abbienti delle scuole dell'obbligo e secondarie superiori, per il corrente esercizio finanziario 2016. (GU n. 156 del 6.7.16)

IL DIRETTORE GENERALE

PER LO STUDENTE, L'INTEGRAZIONE E LA PARTECIPAZIONE

Vista la legge 23 dicembre 1998, n. 448 ed, in particolare, l'art. 27 relativo alla fornitura gratuita, totale o parziale, dei libri di testo a favore degli alunni meno abbienti delle scuole dell'obbligo e secondarie superiori, che prevede, tra l'altro, a tali fini, un finanziamento di 200 miliardi di lire per l'anno 1999;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 5 agosto 1999, n. 320, come modificato ed integrato dal successivo decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 6 aprile 2006, n. 211, recante disposizioni di attuazione dell'art. 27 della suindicata legge n. 448/1998;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 5 dicembre 2013, n. 159, recante: «Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)»;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 11 febbraio 2014, n. 98, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 14 luglio 2014, n. 161, con il quale è stato approvato il «Regolamento di organizzazione del Ministero della istruzione, dell'università e della ricerca»;

Vista la nota prot. n. 6353 del 17 marzo 2016 con la quale l'Istituto nazionale di statistica, a seguito di richiesta da parte di questa Direzione generale in data 26 febbraio 2016 prot. n. 1595, invia la tabella aggiornata ai dati di reddito 2013 (Indagine Eu-Silc 2014);

Vista la nota prot. A00grt/79449/S.050 del 7 marzo 2016 dell'Assessore istruzione e formazione, Giunta regionale Regione Toscana con la quale, a seguito di richiesta da parte di questa Direzione generale in data 26 febbraio 2016, prot. n. 1593, viene condivisa l'esigenza di utilizzare le medesime basi di calcolo adottate nelle precedenti annualità;

Vista la nota del 5 aprile 2016 del Servizio statistico - Direzione generale per i contratti, gli acquisti e per i sistemi informativi e la statistica di questo Ministero con la quale, a seguito di richiesta da parte di questa Direzione generale prot. n. 1238 del 22 febbraio 2016, vengono trasmessi i dati aggiornati degli studenti per l'anno scolastico 2014/2015;

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

Vista la legge 28 dicembre 2015, n. 209, di approvazione del «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2016 e bilancio pluriennale per il triennio 2016-2018»;

Visto il decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, art. 23, comma 5 che, al fine di assicurare la prosecuzione degli interventi previsti dalla citata legge n. 448/1998, autorizza la spesa di € 103.000.000 a decorrere dall'anno 2013;

Visto il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 28 dicembre 2015, n. 482300, recante: «Ripartizione in capitoli delle Unità di voto parlamentare relative al bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2016 e per il triennio 2016-2018», che ha appostato per l'anno finanziario 2016, nel capitolo 7243 del Ministero citato, la somma di € 103.000.000;

Visto l'art. 2, comma 109 della legge 23 dicembre 2009, n. 191, che sancisce il venir meno di ogni erogazione a carico del bilancio dello Stato in favore delle Province autonome di Trento e Bolzano;

Decreta:

Art. 1.

Ai sensi e per gli effetti di quanto indicato nelle premesse, che si intendono integralmente richiamate nel presente dispositivo, la ripartizione tra le regioni, per l'anno scolastico 2016/2017, della somma complessiva di € 103.000.000, prevista dalle disposizioni richiamate in epigrafe, ai fini della fornitura dei libri di testo in favore degli alunni meno abbienti delle scuole dell'obbligo e secondarie superiori, per il corrente esercizio finanziario 2016, è definita secondo le unite tabelle A ed A/1, che costituiscono parte integrante del presente decreto (a cui si rinvia).

Roma, 27 giugno 2016

Il direttore generale: BODA

PREVIDENZA

MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

Approvazione della delibera adottata dall'Ente nazionale di previdenza e di assistenza farmacisti in data 24 novembre 2015. (GU n. 164 del 15.7.16)

Con decreto interministeriale in data 30 maggio 2016, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 3, comma 2, lettera *a*) , del decreto legislativo 30 giugno 1994, n. 509, è stata approvata la delibera adottata dal Consiglio Nazionale dell'ente nazionale di previdenza e di assistenza farmacisti (ENPAF) in data 24 novembre 2015 (verbale rogato dal dr. Giovanni Floridi, notaio in Roma, rep. n. 40.372 e racc. n. 27.802), recante modifiche agli articoli 8, 25 e 27 dello Statuto.

Approvazione della delibera n. 17 adottata dall'Ente nazionale di previdenza ed assistenza per gli psicologi in data 28 novembre 2015. (GU n. 164 del 15.7.16)

Con decreto interministeriale in data 30 maggio 2016, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 3, comma 2, lettera *a*) , del decreto legislativo 30 giugno 1994, n. 509, è stata approvata la delibera n. 17, adottata dal Consiglio di indirizzo generale in data 28 novembre 2015, concernente modifiche allo Statuto, nel testo di cui all'allegato «B» al rogito del dr. Antonino Privitera, notaio in Roma, in data 28 novembre 2015 (Rep. n. 57899; Racc. n. 37052).

PRIVATO SOCIALE

MINISTERO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

DECRETO 31 maggio 2016 - Liquidazione coatta amministrativa della «Cooperativa sociale cultura e solidarietà per lo sviluppo - in sigla C.C.S.», in Torremaggiore e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 162 del 13.7.16)

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 «Cooperativa sociale cultura e solidarietà per lo sviluppo - in sigla C.S.S.» con sede in Torremaggiore (Foggia), 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 al 30 giugno 2014, evidenzia una condizione di sostanziale insolvenza in quanto, a fronte di un attivo patrimoniale di € 675.073,00 si riscontra una massa debitoria di € 1.879.779,00 ed un patrimonio netto negativo pari ad € - 1.346.112,00;

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 società cooperativa «Cooperativa sociale cultura e solidarietà per lo sviluppo - in sigla C.S.S.», con sede in Torremaggiore (Foggia) (codice fi scale 02239550714), 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. Matteo Cuttano (codice fi scale CTTMTT62C30L447U), nato a Troia (Foggia) il 30 marzo 1962 ed ivi residente in Piazza Tricarico, 8.

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, 31 maggio 2016

Il Ministro: CALENDÀ

SANITÀ

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

Comunicato relativo all'Intesa del 17 dicembre 2015, ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sullo schema di Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, psicologi e chimici) ex articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (Rep. atti n. 227/CSR). (GU n. 164 del 15.7.16)

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 21 giugno 2016 - Piani di cui all'articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, per le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici. (GU n. 164 del 15.7.16)

IL MINISTRO DELLA SALUTE

DI CONCERTO CON

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, ed in particolare: l'art. 1, comma 2, laddove viene previsto che il Servizio sanitario nazionale assicura attraverso le risorse finanziarie individuate, i livelli essenziali e uniformi di assistenza, nel rispetto dei principi dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse; l'art. 4, commi 8 e 9, in materia di equilibrio di bilancio per le aziende ospedaliere e per i presidi dell'unità sanitaria locale, cui si applicano le disposizioni previste per le aziende ospedaliere, in quanto applicabili;

l'art. 8 -*sexies* in materia di remunerazione delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale, per gli erogatori pubblici e privati accreditati;

Visto il decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, e successive modificazioni, ed in particolare, l'art. 2, commi 7, 8 e 9 che, nel disciplinare la costituzione delle aziende ospedaliere universitarie, richiama quanto previsto dall'art. 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

Visto il decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288, e successive modificazioni, ed in particolare l'art. 6, che stabilisce che le Fondazioni IRCCS, così come gli IRCCS non trasformati, informano la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità e sono tenuti al rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie per specifiche attività istituzionali;

Vista la legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, ed in particolare: l'art. 1, comma 173 lettera f) , in materia di «obbligo in capo alle regioni di garantire in sede di programmazione regionale, coerentemente con gli obiettivi sull'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario delle proprie aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie ed Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico sia in sede di preventivo annuale che di conto consuntivo, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi dell'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche e prevedendo l'obbligatorietà dell'adozione di misure per la riconduzione in equilibrio della gestione ove si prospettassero situazioni di squilibrio, nonché l'ipotesi di decadenza del direttore generale»;

l'art. 1, comma 174, che detta disposizioni volte a garantire il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario da parte delle regioni;

l'art. 1, comma 180, che detta disposizioni in materia di piani di rientro dai defici sanitari secondo cui: «la regione interessata, nelle ipotesi indicate ai commi 174 e 176 nonché in caso di mancato adempimento per gli anni 2004 e precedenti, anche avvalendosi del supporto tecnico dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, procede ad una ricognizione delle cause ed elabora un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio. I Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la singola regione stipulano apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal comma 173. La sottoscrizione dell'accordo è condizione necessaria per la riattribuzione alla regione interessata del maggiore finanziamento anche in maniera parziale e graduale, subordinatamente alla verifica della effettiva attuazione del programma»;

Vista l'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in data 23 marzo 2005 (Rep. Atti n. 2271/CSR) ed in particolare: l'art. 6, che declina quanto previsto dall'art. 1, comma 173, lettera f), della legge 30 dicembre 2004, n. 311; l'art. 8, che disciplina l'accordo per il perseguimento dell'equilibrio economico in attuazione di quanto previsto dall'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;

l'art. 9, che dispone l'istituzione del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA;
l'art. 12, che dispone l'istituzione del Tavolo di verifica degli adempimenti;

Vista l'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in data 3 dicembre 2009 (Rep. Atti n. 243/CSR);

Visto l'art. 2, comma 67 -bis, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, che prevede, tra l'altro, forme premiali a valere sulle risorse ordinarie previste dalla vigente legislazione per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, applicabili a decorrere dall'anno 2012, per le regioni che tra l'altro introducano misure idonee a garantire, in materia di equilibrio di bilancio, la piena applicazione per gli erogatori pubblici di quanto previsto dall'art. 4, commi 8 e 9, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, nel rispetto del principio della remunerazione a prestazione;

Vista la normativa vigente in materia di piani di rientro dai disavanzi sanitari all'art. 2, commi da 75 a 96, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni;

Visto il decreto ministeriale 18 gennaio 2011 recante «Valutazione straordinaria delle procedure amministrative contabili necessarie ai fini della certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, anche trasformati in fondazioni, degli istituti zoo profilattici sperimentali e delle aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i policlinici universitari»;

Visto il decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, e successive modificazioni, recante «Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli artt. 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42», e in particolare il Titolo II, recante «Principi contabili generali e applicati per il settore sanitario»;

Visto il decreto ministeriale 15 giugno 2012 concernente «Nuovi modelli di rilevazione economica "Conto economico" (CE) e "Stato patrimoniale" SP delle aziende del Servizio sanitario nazionale»;

Visto l'art. 15 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e successive modificazioni, che prevede specifiche disposizioni per il settore sanitario, al fine di garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica, l'efficienza nell'uso delle risorse destinate al settore sanitario e l'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie;

Visto il decreto ministeriale 17 settembre 2012, recante «Certificabilità degli enti del Servizio sanitario nazionale»;

Visto il decreto ministeriale 18 ottobre 2012, recante «Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale»;

Visto il decreto ministeriale 1° marzo 2013 «Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità»;

Vista l'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in data 10 luglio 2014 per il nuovo Patto per la salute 2014-2016 (Rep. Atti n. 82/CSR), ed in particolare l'art. 9 che prevede l'istituzione, senza oneri a carico della finanza pubblica, presso il Ministero della salute di una commissione permanente, costituita dai rappresentanti del Ministero della salute, del Ministero dell'economia e delle finanze, della Conferenza delle Regioni e Province Autonome e dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), con il compito di provvedere, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica, alla:

a) verifica e all'aggiornamento delle tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, di assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale di cui al decreto del Ministro della salute 18 ottobre 2012, nonché di assistenza protesica di cui al decreto del Ministro della sanità 27 agosto 1999, n. 332;

b) individuazione delle funzioni assistenziali e dei relativi criteri di remunerazione massima, ai fini dell'applicazione dell'art. 8 -*sexies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

c) definizione dei criteri e parametri di riferimento per l'individuazione delle classi tariffarie;

d) promozione della sperimentazione di metodologie per la definizione di tariffe per i percorsi terapeutici assistenziali territoriali;

Tenuto conto che, in attuazione del citato art. 9 del Patto per la salute 2014-2016, è stata costituita la Commissione permanente tariffe con decreto ministeriale del 18 gennaio 2016 e considerato in particolare che, sulla base di quanto previsto dalle lettere b) e c) dell'art. 9 del citato Patto per la salute 2014-2016, la citata Commissione dovrà dettare i criteri generali per l'individuazione della remunerazione delle funzioni assistenziali e delle classi tariffarie per la successiva adozione dei decreti del Ministro della salute, sentita l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, di cui all'art. 8 -*sexies*, rispettivamente commi 3 e 5, secondo periodo, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni;

Visto il decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, recante «Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera» ed, in particolare, le disposizioni contenute nei paragrafi 4 e 5 dell'allegato 1 in materia di volumi ed esiti e di standard generali di qualità;

Vista l'Intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nella seduta del 2 luglio 2015 (Rep. Atti n. 113/CSR) e, in particolare, il punto J, lettera a) in materia di «riorganizzazione e ripensamento del sistema aziendale pubblico in una logica di valutazione e miglioramento della produttività, intesa quale rapporto tra il valore prodotto (in termini quantitativi e economici) ed i fattori produttivi utilizzati (in termini quantitativi e economici)»;

Visto l'art. 1, commi da 521 a 547, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, che detta disposizioni che disciplinano le procedure per conseguire miglioramenti nella produttività e nell'efficienza degli enti del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario e nel rispetto della garanzia dei livelli essenziali di assistenza, di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001 e successive modificazioni, da erogarsi in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza e qualità;

Visto in particolare i commi 524, 526, 528, 529 e 530, dell'art. 1, della citata legge 28 dicembre 2015, n. 208, ove si prevede che: le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici, che erogano prestazioni di ricovero e cura che presentano una o entrambe le seguenti condizioni:

a) uno scostamento tra costi rilevati dal modello di rilevazione del conto economico (CE) consuntivo e ricavi determinati come remunerazione dell'attività, ai sensi dell'art. 8 -*sexies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, pari o superiore al 10 per cento dei suddetti ricavi, o, in valore assoluto, pari ad almeno 10 milioni di euro;

b) il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure; devono presentare alla propria regione di riferimento il piano di rientro di durata non superiore al triennio, contenente le misure atte al raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario e patrimoniale e al miglioramento della qualità delle cure o all'adeguamento dell'offerta, al fine di superare ciascuno dei disallineamenti rilevati alle predette lettere a) e b) ;

la metodologia di valutazione dello scostamento di cui alla predetta lettera a) deve essere individuata con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, in coerenza con quanto disposto dall'art. 8 -*sexies* del decreto legislativo 30 dicembre

1992, n. 502, e successive modificazioni, in materia di modalità di remunerazione delle prestazioni sanitarie, tenendo conto dei diversi assetti organizzativi ed erogativi regionali, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della citata legge 28 dicembre 2015, n. 208. Con il medesimo decreto sono definiti anche gli ambiti assistenziali e i parametri di riferimento relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure di cui alla predetta lettera *b)* , anche tenendo conto di quanto previsto dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. Il decreto definisce, altresì, le linee guida per la predisposizione dei piani di rientro aziendali;

Visto il comma 525, dell'art. 1, della legge 28 dicembre 2015, n.208, che prevede, tra l'altro, che in sede di prima applicazione, per l'anno 2016, le regioni devono individuare, entro il 31 marzo 2016, gli enti del proprio Servizio sanitario che presentano una o entrambe le condizioni di cui al comma 524, lettere *a)* e *b)* ;

Visto il comma 531, dell'art. 1, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, che dispone che «Fermo restando quanto previsto dall'art. 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, e quanto previsto dall'art. 2, commi 77 e 86, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, al fine di garantire l'equilibrio del Servizio sanitario regionale nel suo complesso, la Gestione sanitaria accentrata, di cui all'art. 19, comma 2, lettera *b)* , punto *i)* , del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, iscrive nel proprio bilancio una quota di fondo sanitario regionale corrispondente alla somma degli eventuali scostamenti negativi di cui ai piani di rientro degli enti del Servizio sanitario regionale. Nel caso in cui si verificano le condizioni di cui ai commi 524 e 525, le regioni che si sono avvalse della facoltà di cui all'art. 23 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, sono tenute ad istituire la Gestione sanitaria accentrata, di cui all'art. 19, comma 2, lettera *b)* , punto *i)* , del medesimo decreto legislativo n. 118 del 2011. I Tavoli tecnici di cui agli artt. 9 e 12 dell'Intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in data 23 marzo 2005 verificano il rispetto del presente comma. A tal fine le regioni comunicano ai suddetti Tavoli tecnici l'avvenuta approvazione dei piani di rientro degli enti del proprio Servizio sanitario regionale entro cinque giorni dall'adozione del provvedimento di approvazione e l'importo degli scostamenti negativi di cui ai medesimi piani di rientro»;

Visto il comma 533, dell'art. 1, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, che dispone che «la regione, ovvero il Commissario *ad acta* ove nominato, verifica trimestralmente l'adozione e la realizzazione delle misure previste dai piani di rientro di cui ai commi 529 e 530 nel rispetto della tempistica ivi indicata. In caso di verifica trimestrale positiva,

la Gestione sanitaria accentrata può erogare a titolo di anticipazione una quota parte delle risorse iscritte, ai sensi del comma 531, nel proprio bilancio, al fine di salvaguardare l'equilibrio finanziario degli enti territoriali interessati.

In caso di verifica trimestrale negativa, la regione, ovvero il Commissario *ad acta* ove nominato, adotta le misure per la riconduzione in equilibrio della gestione, nel rispetto dei livelli di assistenza, come individuati nel piano di rientro dell'ente. Al termine di ogni esercizio la regione pubblica nel proprio sito internet i risultati economici raggiunti dai singoli enti interessati, raffrontati agli obiettivi programmati nel piano di rientro»;

Tenuto conto, da un lato, della presenza di sistemi tariffari regionali differenziati, con tariffe anche superiori a quelle massime nazionali, e della disomogenea applicazione del sistema di remunerazione delle funzioni, e dall'altro, dell'esigenza che in fase di prima applicazione della normativa sui piani di cui all'art. 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 tenga conto di tali differenze, al fine di evitare che la valutazione delle situazioni aziendali sia condizionata da situazioni di contesto diverse, è necessario che il sistema di valutazione della remunerazione tariffaria e delle funzioni consenta una omogeneizzazione delle diverse situazioni regionali;

Ritenuto che la commissione permanente tariffe deve individuare le funzioni assistenziali ed i relativi criteri di remunerazione massima, ai fini dell'applicazione dell'art. 8 –*sexies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e che devono essere operati gli opportuni aggiornamenti periodici delle soglie di volume e di esito, sulla base delle conoscenze scientifiche disponibili, di cui al paragrafo 4.6 dell'allegato 1 al decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, nella fase di avvio della procedura di cui ai commi 524 e 525, al fine di consentire una prima implementazione del metodo, sono stati individuati i seguenti criteri:

per la lettera *a*) un finanziamento a funzione pari al 30% del totale della remunerazione;

per la lettera *b*) almeno un'area rossa con peso specifico di attività > 15% o almeno un'area arancione con peso specifico di attività > 33%;

Ritenuto, altresì, opportuno ai fini dell'individuazione ai sensi del comma 525, dell'art. 1, della legge n. 208/2015, delle strutture da sottoporre al piano di cui all'art. 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, e, riconoscere la possibilità per le regioni e province autonome di sottoporre alla valutazione del Ministero della salute adeguata documentazione e, ove necessario, specifici provvedimenti regionali, che consentano di tenere conto:

i) delle specificità di remunerazione delle prestazioni di emergenza territoriale, psichiatria e medicina penitenziaria eventualmente rese da parte delle strutture ospedaliere o altre attività di rilevanza regionale, e degli investimenti a carico dei contributi in conto esercizio;

ii) delle modifiche eventualmente intervenute nel corso dell'anno 2015 sul sistema di remunerazione fissato dalle singole regioni e province autonome.

Per ciascuno dei punti *i*) e *ii*) , è richiesta adeguata analisi che evidenzi il loro impatto sui criteri di contabilizzazione nei modelli di rilevazione ministeriale dei conti economici CE degli anni 2014 e 2015 presi a riferimento per il calcolo dello scostamento di cui all'art. 1, comma 524, lettera *a*) , della legge 28 dicembre 2015, n. 208;

Ritenuto necessario che la Regione Lombardia, in virtù della peculiare organizzazione del proprio sistema sanitario regionale, per dare prima applicazione alle disposizioni di cui all'art. 1, commi da 528 a 536, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, debba sottoporre alla valutazione del Ministero della salute apposita documentazione che attesti l'assimilabilità di alcune aziende del proprio territorio alle aziende sanitarie locali, per le caratteristiche organizzative e la tipologia di attività svolta, al fine di individuare, d'intesa fra Regione e Ministero, le aziende ospedaliere da sottoporre ai piani di cui all'art. 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, nel 2016. Le dimensioni economiche e modalità attuative dei piani verranno anch'esse definite da Regione Lombardia e sottoposte al Ministero della salute;

Considerato che, per l'anno 2016, l'individuazione, da parte delle regioni, delle strutture che presentano una o entrambe le condizioni di cui al comma 524, lettere *a*) e *b*) , della più volte richiamata legge 28 dicembre 2015, n. 208, deve avvenire entro il 31 marzo 2016, le condizioni di cui ai precedenti capoversi possono essere verificate dalla Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute su richiesta motivata delle regioni interessate, corredata della necessaria documentazione per l'istruttoria.

Le risultanze dell'istruttoria saranno condivise formalmente con le regioni interessate nel corso di appositi incontri tecnici, alla presenza del Ministero dell'economia e delle finanze;

Visto l'ultimo capoverso del comma 531, dell'art. 1, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, laddove è previsto che le regioni comunicano ai Tavoli tecnici, di cui agli artt. 9 e 12 della predetta Intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in data il 23 marzo 2005, l'avvenuta approvazione dei piani di cui all'art. 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, entro cinque giorni dall'adozione del provvedimento di approvazione di cui ai commi 529 e 530 della citata legge 28 dicembre 2015, n. 208;

Ritenuto necessario che il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze possano verificare la corretta individuazione delle aziende da sottoporre al piano di cui all'art. 1,

comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, e possano prevedere un approfondimento con le regioni interessate;

Sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome nella seduta del 21 aprile 2016 (Rep. 72/CSR);

Decreta:

Art. 1.

Per le motivazioni di cui in premessa, che qui s'intendono riportate quale parte integrante e sostanziale, in attuazione dell'art. 1, comma 526, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, sono approvati l'allegato tecnico *a)*, l'allegato tecnico *b)* e le linee guida per la predisposizione dei piani di cui all'art. 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 che formano parte integrante del presente decreto (a cui si rinvia).

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

Roma, 21 giugno 2016

Il Ministro della salute: LORENZIN

Il Ministro dell'economia e delle finanze: PADOAN

PANORAMA REGIONALE

AGRICOLTURA SOCIALE

EMILIA ROMAGNA

DGR 13.6.16, n. 892 - Reg. (UE) N. 1305/2013 - PSR 2014/2020 - Misura 6 - Tipo di operazione 6.4.01 "Creazione e sviluppo di agriturismi e fattorie didattiche" - Approvazione avviso pubblico regionale anno 2016. (BUR n. 189 del 28.6.16)

Note

Viene approvato l'Avviso pubblico regionale che dà attuazione al Tipo di operazione 6.4.01 "Creazione e sviluppo di agriturismi e fattorie didattiche" del P.S.R. 2014-2020 per l'anno 2016 - comprensivo di n. 7 Allegati - nella stesura di cui all'Allegato 1 alla presente deliberazione, quale parte integrante e sostanziale.

Vengono destinate all'Avviso regionale risorse pari ad Euro 15.684.333,56.

ALLEGATO**PROGRAMMA DI SVILUPPO RURALE****(PSR 2014-2020)**

Reg. (UE) del Parlamento Europeo e del Consiglio n. 1305/2013

Operazione 6.4.01 "Creazione e sviluppo di agriturismi e fattorie didattiche"**AVVISO PUBBLICO****Regione Emilia-Romagna****PROGRAMMA DI SVILUPPO RURALE 2014-2020****AVVISO PUBBLICO****Per l' Operazione 6.4.01 "Creazione e sviluppo di agriturismi e fattorie didattiche"****Premessa**

Con il presente avviso la Regione Emilia-Romagna disciplina l'attuazione del primo avviso pubblico relativo agli interventi previsti nel Programma di Sviluppo Rurale 2014-2020 – Misura 6 "Sviluppo delle aziende agricole e delle imprese", Tipo di operazione 6.4.01 "Creazione e sviluppo di agriturismi e fattorie didattiche" secondo i contenuti definiti nel PSR medesimo.

Riferimenti Normativi

-Reg. (UE) n. 1303/2013;

-Reg. (UE) n. 1305/2013, in particolare l' art. 19, comma 1, lettera b);

-Programma di Sviluppo Rurale 2014-2020 della Regione Emilia-Romagna, approvato con Decisione della Commissione Europea C(2015) 3530 del 26 maggio 2015 (di seguito PSR), di cui si è preso atto con deliberazione della Giunta regionale n. 636 dell'8 giugno 2015 nella versione approvata con Decisione della Commissione Europea n. C(2015) 9759 del 18 dicembre 2015;

-Reg. (UE) n. 1306/2013 sul finanziamento, la gestione e sul monitoraggio della politica agricola comune;

-Reg. (UE) n. 1407/2013 relativo agli aiuti "de minimis";

-Reg. delegato (UE) n. 640/2014 per quanto riguarda il sistema integrato di gestione e di controllo e le condizioni per il rifiuto o la revoca di pagamenti nonché le sanzioni amministrative applicabili ai pagamenti diretti, al sostegno allo sviluppo rurale e alla condizionalità;

-Reg. (UE) n. 702/2014 che dichiara compatibili con il mercato interno alcune categorie di aiuti nei settori agricoli e forestale e nelle zone rurali;

-Reg. delegato (UE) n. 807/2014, che integra talune disposizioni del Reg. (UE) n. 1305/2013;

-Reg. di esecuzione (UE) n. 808/2014, recante modalità di applicazione del Reg. (UE) n. 1305/2013;

-Reg. di esecuzione (UE) n. 809/2014 recante modalità di applicazione del Regolamento (UE) n. 1306/2013 per quanto riguarda il sistema integrato di gestione e di controllo, le misure di sviluppo rurale e la condizionalità.

Obiettivi dell'operazione

L'Operazione 6.4.01 "Creazione e sviluppo di agriturismi e fattorie didattiche" risponde al fabbisogno F6 "Favorire la diversificazione delle attività agricole e agroindustriali" identificato nel PSR e alla Focus area P2A "Migliorare le prestazioni economiche di tutte le aziende agricole e incoraggiarne la ristrutturazione e l'ammodernamento, in particolare per aumentare la quota di mercato e l'orientamento al mercato nonché la diversificazione delle attività" mediante

- il sostegno alla ristrutturazione e all'ampliamento di fabbricati rurali
- alla qualificazione di spazi aperti di aziende agricole esistenti all'acquisto di attrezzature da destinare all'attività agrituristica e/o di fattoria didattica.

Beneficiari

Possono beneficiare degli aiuti di cui al presente avviso gli imprenditori agricoli ai sensi dell'art. 2135 del Codice Civile, singoli o associati.

I beneficiari persone fisiche devono possedere la cittadinanza italiana ovvero di uno degli Stati membri dell'U.E.. Le società devono avere sede legale nel territorio italiano o in uno degli Stati membri della U.E..

Le imprese agricole, inoltre, devono:

-avere quale attività o oggetto sociale l'esercizio dell'attività agricola di cui all'art. 2135 del c.c.

-essere iscritte ai registri della C.C.I.A.A. nella sezione imprese agricole;

-risultare iscritte all'Anagrafe regionale delle Aziende Agricole con posizione debitamente aggiornata e validata; a tale proposito si precisa che, anche in caso di aggiornamento di fascicolo aziendale preesistente, lo stesso dovrà essere coerente con le previsioni della determina del Servizio Aiuti alle imprese n. 15462 del 4 dicembre 2012, avente per oggetto "Regolamento regionale 17/2003 – Rideterminazione del contenuto informativo dell'Anagrafe delle aziende agricole e della fonte documentale – Ridefinizione dell'Allegato A";

-avere, in caso di società, durata del contratto societario almeno pari a quella del periodo di vincolo di destinazione delle opere;

-rientrare, per dimensioni, nella definizione di micro e piccola impresa secondo quanto stabilito dal Reg. (UE) n. 702/2014 che sinteticamente vengono così caratterizzate:

"microimprese" : un'impresa che occupa meno di 10 persone e realizza un fatturato annuo e/o un totale di bilancio annuo non superiore a 2 milioni di euro;

"piccola impresa": un'impresa che occupa meno di 50 persone e realizza un fatturato annuo e/o un totale di bilancio annuo non superiore a 10 milioni di euro.

Gli imprenditori agricoli devono essere inoltre iscritti negli elenchi di cui all'art. 30 della LR 4/2009 "Disciplina dell'agriturismo e della multifunzionalità delle aziende agricole".

Tutti i sopraindicati requisiti devono essere posseduti alla data di presentazione della domanda.

L'impresa dovrà inoltre avere una posizione previdenziale regolare (regolarità contributiva). Il requisito sarà verificato in sede di istruttoria della domanda di sostegno e in sede di liquidazione dello stesso. **Localizzazione degli interventi**

L'Operazione è applicabile su tutto il territorio regionale nelle seguenti aree rurali:

- Aree rurali con problemi di sviluppo (zone D)
- Aree rurali intermedie (zone C)
- Aree ad agricoltura intensiva e specializzata (zone B)
- Aree urbane e periurbane (zone A).

Nell'allegato A sono riportati tutti i comuni della regione Emilia-Romagna con l'indicazione dell'area rurale di appartenenza, nonché i comuni oggetto di intervento Strategia Aree Interne.

Tipologie di intervento e spese ammissibili

Tipologie di intervento

Sono ammesse al sostegno le seguenti tipologie di intervento:

1) investimenti per l'adeguamento delle aziende agricole al fine di realizzare o ampliare attività agrituristiche a cui possono accedere coloro che sono iscritti all'elenco di cui all'art. 30 della LR n. 4/2009 sezione "operatori agrituristici"

Spese ammissibili

Per tali interventi sono ammesse le seguenti spese:

- interventi di recupero, ristrutturazione e ampliamento dei fabbricati esistenti in azienda;
- realizzazione di piazzole per campeggio e relative infrastrutture di servizio comprese quelle elettriche, idriche e sanitarie, nonché ogni impiantistica necessaria;
- interventi di recupero, ristrutturazione, ampliamento ed allestimento di strutture fisse per attività ricreative, sportive, culturali, sociali, didattiche e per il tempo libero (comprese piscine e percorsi vita);
- nuove costruzioni a sé stanti da destinare esclusivamente a servizi accessori per l'attività agriturbistica, così come definiti nei criteri di attuazione della LR n. 4/2009, nel rispetto delle condizioni e dei limiti previsti dall'art. 11 della LR n. 4/2009;
- interventi di recupero o ristrutturazione di locali da destinare a laboratori o sale pluriuso per attività agrituristiche purché all'interno di essi non siano previste lavorazioni agricole o trasformazioni che abbiano come prodotto finale un prodotto agricolo di cui dell'Allegato 1 al Trattato sul funzionamento dell'Unione Europea da immettere sul mercato;
- sistemazioni esterne a servizio di fabbricati agriturbistici (con esclusione di qualsiasi impianto produttivo agricolo o di forestazione);
- allestimento di camere, sala ristorazione, cucina e locali accessori utilizzati per l'attività agriturbistica (per allestimento si intende acquisto di mobili, dotazioni e attrezzature fisse ed inventariabili, comprese quelle per la preparazione, lavorazione e conservazione dei cibi);
- recupero di locali in fabbricati esistenti e acquisti di attrezzature da destinare esclusivamente a camere e relativi bagni per Ospitalità Rurale Familiare come definita all'art. 16 della LR n. 4/2009 nel limite massimo di 15.000 Euro per ogni stanza con bagno ristrutturata a tale scopo;
- spese generali e tecniche nella misura massima del 10% della spesa ammissibile sopraindicata;
- acquisto di attrezzature informatiche e relativo software per la gestione dell'attività oggetto di sostegno. Il software può essere di base o specifico agriturbistico con esclusione dei siti web e quello destinato per la promozione;

Tutti gli interventi strutturali devono essere comunque dimensionati nel limite massimo previsto dal certificato del rapporto di connessione emesso ai sensi dell'art. 8 della LR n. 4/2009.

2) investimenti per l'adeguamento delle aziende agricole al fine di realizzare o ampliare attività di fattorie didattica a cui possono accedere coloro che sono iscritti all'elenco di cui all'art. 30 della LR n. 4/2009 sezione "operatori di fattoria didattica"

Spese ammissibili

Per tali interventi sono ammesse le seguenti spese:

- ristrutturazione e allestimento dei locali e degli spazi esterni specificatamente dedicati all'attività di fattoria didattica; i progetti saranno finanziati nel limite massimo di due locali coperti e di un bagno ad uso esclusivo degli utenti;
- acquisto di attrezzature e macchinari per l'attività didattica (solo beni inventariabili);
- spese generali e tecniche nella misura massima del 10% della spesa ammissibile sopraindicata;
- acquisto di attrezzature informatiche e relativo software per la gestione dell'attività oggetto di sostegno. Il software può essere di base o specifico per le fattorie didattiche con esclusione dei siti web e quello destinato per la promozione.

Gli operatori che risultano iscritti ad entrambi gli elenchi possono accedere ad entrambe le tipologie di intervento e di spese ammissibili compilando un'unica domanda.

Possono essere presentati progetti di qualsiasi importo di spesa ammissibile superiore ai minimi, previsti fermo restando che il contributo massimo concedibile sarà comunque calcolato nel rispetto del regime "de minimis".

Non sono ammessi al sostegno:

- gli investimenti che già beneficiano, al momento della concessione del sostegno, di altri finanziamenti pubblici, previsti a qualsiasi titolo da normative regionali, nazionali e comunitarie;
- gli investimenti non strettamente funzionali ad una realizzazione, miglioramento e/o potenziamento e/o innovazione di un servizio agrituristico o di fattoria didattica;
- manutenzioni ordinarie;
- quote di ammortamento, spese di gestione, acquisto di terreni e beni immobili, fornitura di beni e servizi senza pagamento in denaro, rendicontazioni effettuate con calcolo semplificato in materia di costi e leasing;
- progetti che comportano una spesa ammissibile complessiva inferiore a Euro 20.000. Pertanto non verranno ammessi a finanziamento i progetti il cui importo totale di spesa ammissibile risulti, anche in relazione agli esiti dell'istruttoria tecnico/amministrativa di conformità ai criteri del presente avviso, inferiore ai valori minimi previsti;
- acquisto di allestimenti o attrezzature usate;
- opere, attrezzature e materiali realizzati o acquistati prima della comunicazione di concessione del sostegno, fatto salvo il rilascio di autorizzazione espressa. A tal fine si precisa che un investimento si considera avviato nel caso risulti già pagato, anche solo parzialmente e a qualunque titolo (es. acconto, caparra confirmatoria) e nel caso di beni (macchinari, attrezzature, impianti) se consegnati antecedentemente con riferimento a DDT o fatture accompagnatorie;
- importi corrispondenti all'IVA;
- interventi sull'abitazione dell'imprenditore se non per la parte destinata esclusivamente all'attività di Ospitalità Rurale Familiare;
- prestazioni volontarie di manodopera aziendale.

Gli interventi di ristrutturazione sugli immobili rurali devono essere effettuati nel rispetto delle caratteristiche di valore storico-architettonico dell'edificio, conservando, quando possibile, l'aspetto complessivo e i singoli elementi architettonici. Gli arredi devono essere possibilmente consoni alle tradizioni locali e, in particolare, alla cultura rurale della zona in cui è collocata l'azienda.

I progetti di adeguamento dell'azienda finalizzati allo svolgimento dell'attività agrituristica devono rispettare i volumi massimi delle strutture agrituristiche previsti dalla normativa regionale in vigore. I progetti finalizzati al solo inserimento in azienda di laboratori, sale pluriuso, aule didattiche e, più in generale, locali per la valorizzazione di prodotti agricoli o artigianali a scopo agrituristico, nonché i relativi servizi igienici devono prevedere dimensioni strutturali ed attrezzature adeguate a conservare la prevalenza dell'attività agricola e possono essere realizzati nei fabbricati aziendali non più necessari alla normale conduzione dell'azienda agricola.

Il finanziamento di soli macchinari, attrezzature o dotazioni è ammissibile solo se sono presenti in azienda locali o spazi adeguati alla loro collocazione.

Nel caso di ristrutturazione di intere unità immobiliari a se stanti, il progetto edilizio di ristrutturazione deve garantire un miglioramento della prestazione energetica rispetto ai livelli minimi previsti dalla normativa vigente per le specifiche tipologie di intervento; in particolare il progettista dovrà dimostrare con una relazione tecnica che nel progetto ha migliorato l'efficienza energetica, conformemente alla deliberazione di Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 967 del 2015, rispetto al minimo previsto dalla citata normativa.

In sede di determinazione dell'ammissibilità della spesa sarà valutata la compatibilità del progetto presentato con gli obiettivi dell'Operazione nonché la corrispondenza della destinazione d'uso, prevista nel titolo abilitativo all'esecuzione dei lavori, rispetto alle tipologie di locali specificatamente previste nel presente avviso.

Per quanto non specificatamente indicato nel presente avviso, e per quanto applicabile, si fa riferimento al documento "Linee guida sull'ammissibilità delle spese relative allo sviluppo rurale 2014 -2020" oggetto dell'intesa sancita in Conferenza Stato regioni nella seduta dell'11 febbraio 2016.

Disponibilità finanziaria e massimali degli aiuti

Il presente avviso pubblico è a valere su un ammontare complessivo di Euro 15.684.333,56

Il sostegno, in forma di contributo in conto capitale, sarà pari:

-al 50 % della spesa ammissibile per gli interventi posti nella Zona D "Aree rurali con problemi di sviluppo"

-al 45% della spesa ammissibile per gli interventi posti nella zona C "Aree rurali intermedie"

-al 40% della spesa ammissibile per gli interventi nelle restanti zone del territorio regionale: zona B "Aree ad agricoltura intensiva e specializzata" e zona A "Aree urbane e periurbane"

e sarà calcolato ed erogato nel rispetto delle norme fissate per gli aiuti "de minimis" (Regolamento (UE) n.1407/2013 della Commissione del 18 dicembre 2013) che prevedono che l'importo complessivo degli aiuti concessi a un'impresa unica non può superare i 200.000 Euro nell'arco di tre esercizi finanziari (art. 3 del sopracitato Reg. (UE) n. 1407/2013).

La dichiarazione relativa ai contributi "de minimis" Allegato B, parte integrante della domanda di sostegno, dovrà essere aggiornata dal beneficiario con eventuali modifiche intercorse dopo la presentazione della domanda nel più breve tempo possibile.

Modalità di presentazione delle domande

Le domande di sostegno, pagamento e variante vanno presentate utilizzando il Sistema Informativo Agrea (SIAG), secondo le procedure, le modalità e la modulistica indicate dall'Agenzia Regionale per le Erogazioni in Agricoltura (AGREA) per l'Emilia-Romagna, disponibili sul sito <http://agrea.regione.emilia-romagna.it>, che prevedono:

-compilazione elettronica con protocollazione su SIAG presso un CAA;

-compilazione semi-elettronica con protocollazione presso il Servizio Territoriale agricoltura caccia e pesca regionale competente per territorio.

Domande di sostegno

Le domande di sostegno devono essere presentate successivamente alla data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale Telematico della Regione Emilia-Romagna ed entro il termine perentorio del 23 settembre 2016 al Servizio Territoriale agricoltura, caccia e pesca competente (Allegato C).

Nell'ipotesi di presentazione semi-elettronica, con protocollazione presso i Servizi Territoriali Agricoltura regionali, le domande dovranno pervenire al Servizio Territoriale agricoltura, caccia e pesca entro e non oltre le ore 12.00 del predetto giorno di scadenza. Le domande inviate mediante il servizio postale, corrieri privati, agenzie di recapito devono rispettare la suddetta scadenza. Tale forma di recapito è ad esclusivo rischio del mittente ove per qualsiasi motivo il plico non giungesse al predetto Servizio in tempo utile.

Le domande pervenute oltre i termini stabiliti saranno escluse dall'accesso agli aiuti di cui al presente avviso.

Qualora l'intervento sia localizzato parzialmente su più province la domanda dovrà essere presentata al Servizio Territoriale agricoltura, caccia e pesca competente per il territorio su cui vengono effettuati gli investimenti di importo maggiore.

Qualora l'intervento ricada su più di una tipologia di area rurale (A, B, C o D) con aliquota di sostegno differente (50%, 45% o 40%) dovranno essere presentate domande di sostegno distinte per ogni aliquota di sostegno applicabile.

Le domande devono essere corredate della seguente documentazione:

1.copia degli elaborati tecnici e dei disegni progettuali allegati al titolo abilitativo ad eseguire i lavori oggetto della domanda ed estremi del titolo abilitativo; Qualora per la realizzazione dell'opera non sia necessario alcun titolo abilitativo (permesso di costruire, CIL o SCIA) occorre presentare apposita dichiarazione del progettista attestante l'immediata cantierabilità del progetto.

Qualora il titolo abilitativo richiesto non risulti ancora rilasciato dal comune o non sia efficace al momento della presentazione della domanda di sostegno, la dichiarazione del progettista dovrà indicare gli estremi del protocollo della richiesta presentata al comune e sarà cura del beneficiario comunicare al Servizio Territoriale competente, entro 45 giorni dalla data di scadenza di presentazione della domanda di sostegno stabilita dal presente avviso, pena la decadenza della domanda di sostegno stessa, i dati relativi all'avvenuto rilascio o efficacia del titolo abilitativo, al

fine di permettere il perfezionamento dell'istruttoria. In tale ipotesi qualora copia degli elaborati tecnici e dei disegni progettuali allegati al titolo abilitativo ad eseguire i lavori oggetto della domanda siano stati modificati rispetto a quelli presentati, sarà cura del richiedente ripresentarli al Servizio Territoriale competente entro comunque 45 giorni dalla data di scadenza di presentazione della domanda di sostegno stabilita dal presente avviso, pena la decadenza della domanda di sostegno stessa;

2. relazione tecnica illustrativa del progetto firmata da professionista qualificato che dovrà indicare:
-conformità agli obiettivi di programmazione locale e regionale e alle previsioni degli strumenti di pianificazione territoriale e urbanistica;

-nel caso il progetto preveda opere edili, la documentazione autorizzativa che ai sensi della normativa vigente deve essere presentata al comune per la realizzazione delle opere con gli estremi di consegna;

-le soluzioni e gli interventi adottati per il miglioramento delle prestazioni energetiche rispetto a quelle minime richieste dalla normativa vigente per i progetti di ristrutturazione di intere unità immobiliari a se stanti; il valore di progetto e il valore limite da rispettare dell'indice di prestazione energetica EP globale dell'edificio, espresso in Energia primaria totale (KWh/m² anno); il miglioramento della prestazione energetica rispetto al valore limite da rispettare espresso sia in

percentuale che in valore assoluto di diminuzione dell'EP globale dell'edificio -KWh/m²; (la presente dichiarazione deve essere rilasciata da professionista abilitato alla certificazione energetica e pertanto può essere resa autonoma);

-caratteristiche storico-architettoniche dell'immobile oggetto degli interventi proposti;

-elenco delle autorizzazioni e dei provvedimenti necessari per la realizzazione degli interventi con indicazione della data del loro rilascio (compresa eventuale Valutazione di Impatto Ambientale e/o Valutazione di Incidenza Ambientale per gli interventi da attuare in zone SIC-ZPS se previste dalla normativa attuale). Per le pratiche in corso dovrà essere fornita la data di presunto rilascio;

-valutazioni economiche dell'investimento effettuato. Dati essenziali per tale valutazione dovranno essere: tabella riassuntiva delle opere e degli acquisti previsti, a computo metrico-estimativo e/o a preventivo, con relativi importi; la convenienza economica ad eseguire gli investimenti si dovrà evincere da una valutazione dei fatturati e redditi ipotizzabili che dovranno consentire di coprire i costi annuali di gestione previsti inclusi i mutui eventualmente contratti e dovrà essere rafforzata/confermata dalla verifica della formula: $RNP - RNA \geq K \cdot R + KA \cdot R1$ (Nella formula, le abbreviazioni richiamate sono da leggersi: RNA = reddito netto aziendale ante investimento; RNP = reddito netto aziendale post investimento; K = costo del miglioramento fondiario; KA = costo solo attrezzature e mobili; R = saggio di interesse pari al 2% per i miglioramenti fondiari; R1 = saggio di interesse pari al 5% per attrezzature. I valori di RNA e RNP devono essere calcolati con una relazione analitica basata sui valori storici per la RNA e sui presunti valori ottenibili dalle produzioni e dai servizi dopo l'intervento finanziato);

-diagramma dei tempi di realizzazione delle opere;

3. elaborati grafici: disegni quotati nelle opportune scale di dettaglio con evidenziazione dello stato di fatto, di progetto e degli interventi se non presenti nella documentazione di cui al punto 1;

4. documentazione fotografica degli immobili oggetto di intervento (almeno una foto per prospetto e dei più importanti dettagli oggetto di intervento);

5. computo metrico estimativo calcolato adottando i prezzi unitari previsti nel più recente prezzo della CCIAA di Bologna disponibile o, in subordine, in assenza delle voci pertinenti all'intervento, al Prezzo regionale per opere ed interventi in agricoltura approvato dalla Regione Emilia-Romagna nella sua più recente versione.

Per tutto quanto previsto nel computo metrico estimativo dovranno essere forniti almeno 2 preventivi di ditte specializzate.

Per opere, strutture, impianti e dotazioni non riconducibili ai suddetti prezzi, dovranno essere forniti almeno 3 preventivi di ditte specializzate.

Per le spese generali e tecniche devono essere presentate tre offerte per ogni tipologia di servizio o prestazione professionale identificati.

I sopraindicati preventivi devono essere richiesti dal beneficiario o suo delegato, omogenei per oggetto, riportare la data e gli estremi della ditta emittente, firmati.

Nel caso di progetti complessi (es. macchinari, attrezzature o servizi specialistici innovativi non ancora diffusi sul mercato o che richiedono adattamenti specialistici) nei quali non è possibile utilizzare il computo metrico estimativo od il raffronto tra diverse offerte, la ragionevolezza dei costi potrà essere dimostrata con una relazione tecnica predisposta e sottoscritta da uno specialista del settore o un tecnico abilitato.

L'utilizzo di un solo preventivo può altresì ricorrere nel caso di acquisizione di elementi di completamento/implementazione di impianti preesistenti, facendo ricorso al medesimo fornitore.

Lo schema da utilizzare per il raffronto dei preventivi e delle spese generali e tecniche è riportato nell'Allegato D al presente avviso;

6.stralcio della Carta Tecnica Regionale (scala 1:5.000), con evidenziati i confini dell'azienda e dei beni immobili oggetto di intervento;

7.copia delle visure catastali e dei mappali (scala 1:2.000) relativi alle aree su cui si intende eseguire le opere. Con riferimento alla posizione validata risultante dall'Anagrafe regionale delle aziende agricole, dovrà risultare posseduto al momento della domanda un idoneo titolo di proprietà, ovvero titolo di possesso delle aree con una durata residua pari almeno al vincolo di destinazione disposto dall'art. 19 della L.R. 15/1997 con riferimento alla tipologia degli interventi da realizzare ed alla data presunta di inizio del vincolo con riferimento alla data di fine lavori prevista. A tal fine potranno essere validamente considerati anche contratti la cui durata risulti inferiore al termine sopra indicato, a condizione che al momento della domanda di sostegno sia prodotta una dichiarazione del proprietario attestante l'assenso all'esecuzione degli interventi e la disponibilità a prolungare idoneamente la validità del contratto. Resta inteso che all'atto della presentazione della domanda di pagamento a saldo il titolo di possesso dovrà avere durata idonea a garantire il rispetto del vincolo di destinazione. Si precisa altresì che in caso di contratto di comodato gratuito, lo stesso dovrà risultare debitamente registrato;

8.dichiarazione sostitutiva resa ai sensi del DPR 445/2000 relativa alla condizione di essere impresa di dimensione micro o piccola in base al Reg. (UE) n. 702/2014 con i relativi dati necessari (Allegato F);

9.dichiarazione sostitutiva resa ai sensi del DPR 445/2000 (Allegato G) che attesti che l'impresa e le eventuali società controllanti e/o controllate non sono in stato di insolvenza né sottoposte a procedure concorsuali.

Le domande di sostegno prive della documentazione di cui ai punti 1-2-3-5-8 e 9 non saranno considerate ammissibili.

Qualora l'ordinamento vigente lo preveda, la documentazione tecnica da allegare alle domande dovrà essere predisposta da un professionista abilitato ed iscritto all'albo anche in assenza di una indicazione specifica.

I documenti di cui ai sopraindicati punti 4, 6 e 7 se non presentati in sede di domanda di sostegno dovranno essere presentati dal richiedente al Servizio Territoriale Agricoltura, caccia e pesca competente entro 45 giorni dalla data di scadenza di presentazione delle domande di sostegno di cui al presente avviso, pena l'inammissibilità della domanda.

Nel caso di progetto su diverse zone rurali del PSR, la documentazione potrà essere allegata alla prima domanda; nelle altre domande dovrà essere riportato specifico riferimento con gli estremi di protocollo della domanda in cui è stata allegata la documentazione.

Modalità di assegnazione delle priorità

Per l'attribuzione delle priorità verranno utilizzati gli elementi dichiarati nella domanda.

La data di riferimento per il riconoscimento dei corrispondenti punteggi è quella della scadenza di presentazione delle domande di sostegno del presente avviso.

Saranno valutati ai fini della graduatoria solo i punteggi che il beneficiario ha dichiarato di possedere in fase di domanda.

Per la formazione della graduatoria saranno applicate le seguenti priorità con relativi punteggi:

Parametri territorialiZona D

Zona C

Zona B

Zona A

Progetti realizzati nei territori appartenenti alle aree prototipali della “Strategia Nazionale Aree Interne”

ANZIANI

ABRUZZO

L.R. 9. 6.16, n. 16 - Promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo. (BUR n. 91 del 24.6.16)

Art. 1

(Oggetto e finalità)

1. La Regione riconosce e valorizza il ruolo delle persone anziane nella comunità e ne promuove la partecipazione alla vita sociale, civile, economica e culturale, favorendo la costruzione di percorsi per l'autonomia e il benessere nell'ambito dei propri abituali contesti di vita; valorizza altresì le esperienze formative, cognitive, professionali e umane conseguite dalle persone anziane nel corso della vita, nonché il loro patrimonio di relazioni personali.
2. A tal fine, la Regione promuove e sostiene politiche a favore degli anziani, volte a favorire un percorso di invecchiamento attivo atto a valorizzarne il portato di esperienze e conoscenze, visto quale importante risorsa per l'intero contesto sociale.
3. La Regione intende altresì contrastare tutti i fenomeni di esclusione, di pregiudizio e di discriminazione nei confronti delle persone anziane, sostenendo azioni ed interventi che rimuovano gli ostacoli ad una piena inclusione sociale.
4. Per la realizzazione di quanto previsto ai commi 1, 2 e 3, la Regione opera in raccordo con l'Associazione Nazionale Comuni d'Italia (ANCI), mediante stipula di appositi accordi di programma e linee di indirizzo in materia.

Art. 2

(Definizioni)

1. Ai fini della presente legge, per persone anziane si intendono coloro che hanno compiuto sessantacinque anni di età.
2. Ai fini della presente legge, per invecchiamento attivo si intende il processo che promuove la capacità continua della persona di ridefinire e modificare il proprio progetto e contesto di vita, attraverso azioni che favoriscono opportunità di autonomia, benessere, salute, sicurezza e partecipazione alle attività sociali, allo scopo di migliorare la qualità della vita e di affermare la dignità delle persone che invecchiano **Art. 3**

(Programmazione degli interventi)

1. La Regione, attraverso i necessari raccordi con le normative vigenti, persegue le finalità della presente legge mediante la programmazione, in favore delle persone anziane, di interventi coordinati ed integrati negli ambiti della salute, della protezione e promozione sociale, del lavoro, della formazione permanente, della cultura e del turismo sociale, dello sport e del tempo libero, dell'impegno civile e del volontariato valorizzando il confronto e la partecipazione con le forze sociali.

2. La Giunta regionale adotta atti di indirizzo affinché, attraverso una programmazione regionale di settore, si definiscano le azioni per l'applicazione della presente legge.

3. La Regione favorisce la programmazione degli interventi, di cui al comma 1, promuovendo le iniziative territoriali in collaborazione con i Comuni, singoli o aggregati, con le Aziende Sanitarie, nonché con i soggetti, enti ed associazioni che, a qualsiasi titolo, operano negli ambiti e per le finalità di cui alla presente legge, attraverso lo strumento del Piano sociale regionale e dei Piani di zona, di durata triennale, di cui alla legge regionale 27 marzo 1998, n. 22 (Norme per la programmazione e l'organizzazione dei servizi di assistenza sociale - Piano sociale regionale 1998/2000) e successive modifiche ed integrazioni.

4. La programmazione sanitaria regionale ricomprende, tra le sue priorità, l'invecchiamento attivo attraverso specifiche misure di prevenzione e di promozione dei corretti stili di vita.

5. La Regione promuove le politiche per l'invecchiamento attivo anche attraverso obiettivi e specifiche misure inserite all'interno della programmazione relativa ai fondi comunitari, strutturali e di investimento europei.

Art. 4

(Politiche familiari)

1. La Regione riconosce la famiglia come risorsa fondamentale nelle politiche di invecchiamento attivo. Al fine di favorire le condizioni effettive di sostenibilità delle responsabilità familiari nei confronti delle persone anziane:

- a) promuove ogni azione utile rivolta a supportare in modo integrato le famiglie per la permanenza più lunga possibile nel contesto domiciliare della persona anziana in alternativa al ricovero in strutture di cura residenziali;
- b) favorisce adeguate politiche che tengano conto dei carichi familiari, con particolare riferimento alle donne, e puntino a valorizzare le iniziative familiari di presa in cura degli anziani;
- c) sostiene l'inserimento delle famiglie all'interno di reti più ampie di auto-organizzazione dei servizi a sostegno dei compiti familiari di promozione dell'invecchiamento attivo.

Art. 5

(Formazione permanente)

1. La Regione individua nell'educazione e nella formazione permanente una modalità fondamentale per vivere da protagonisti la longevità ed in particolare:

- a) incentiva la mutua formazione inter e intra generazionale e tra appartenenti a culture differenti, riconoscendo e promuovendo il valore della differenza di genere;
- b) favorisce, anche con il concorso delle imprese e delle organizzazioni sindacali dei lavoratori, il ruolo attivo dell'anziano nella trasmissione dei saperi alle nuove generazioni, durante l'orientamento e i percorsi di prima formazione;
- c) valorizza e sostiene le attività delle Università della terza età, comunque denominate, tese all'educazione non formale in diversi campi del sapere;
- d) promuove, valorizzando le esperienze professionali acquisite, metodologie didattiche tese a rispondere ai diversi interessi formativi delle nuove generazioni.
- e) sostiene la formazione, l'aggiornamento e la riqualificazione continua di tutti coloro che operano, a vario titolo e anche con specifiche competenze professionali, nei confronti delle persone anziane.

2. La Regione per le azioni di cui al comma 1 può promuovere e sostenere finanziariamente protocolli operativi con le scuole di ogni ordine e grado per la realizzazione di progetti che prevedono la messa a disposizione da parte della persone anziane del proprio tempo, per tramandare alle giovani generazioni i mestieri, i talenti e le esperienze.

3. La Regione sostiene azioni volte a rendere le persone anziane capaci di affrontare le problematiche e le criticità connesse alla modernità e, in particolare, percorsi formativi finalizzati a:

- a) ridurre il divario nell'accesso reale alle tecnologie e la disparità nell'acquisizione di risorse e conoscenze della rete informatica, nonché delle capacità necessarie a partecipare alla società dell'informazione, anche attraverso percorsi di alfabetizzazione informatica, prevedendo il coinvolgimento del sistema scolastico, universitario e del terzo settore;

- b) promuovere stili di consumo intelligenti ed ecocompatibili e gestire efficacemente il risparmio attraverso percorsi educativi, con particolare attenzione ai temi relativi a: risparmio energetico, produzione e smaltimento rifiuti e corretto stile alimentare.
- c) perseguire la sicurezza stradale e domestica;
- d) facilitare la comprensione del tempo presente in tutti i suoi aspetti attraverso la proposta di occasioni e strumenti di approfondimento culturale su diversi temi, fra i quali quelli sociali, economici, storici, culturali ed artistici;
- e) progettare percorsi di invecchiamento attivo con particolare attenzione all'impegno civile e alla cittadinanza attiva;
- f) sostenere percorsi di formazione delle persone anziane che si occupano di accudire ed educare i nipoti, facilitando la conciliazione tra la vita lavorativa e familiare dei loro genitori;
- g) promuovere azioni di contrasto alle dipendenze;
- h) favorire le capacità e le competenze delle persone anziane in programmi di impegno sociale, in forme di sostegno e di accompagnamento a persone in disagio e in difficoltà, con interventi a carattere comunitario.

Art. 6

(Completamento dell'attività lavorativa)

1. La Regione, nel rispetto della normativa vigente in materia e in accordo con le parti sociali, favorisce la realizzazione di interventi che agevolino il completamento della vita lavorativa, rivolti a persone in età matura e finalizzati:
 - a) a garantire, nell'ambiente di lavoro, condizioni adeguate al mantenimento dello stato di salute e di benessere psicofisico della persona anziana;
 - b) a promuovere il trasferimento di competenze ai lavoratori più giovani;
 - c) ad una più specifica sicurezza sul posto di lavoro per le persone più anziane.

Art. 7

(Prevenzione, salute e benessere)

1. La Regione promuove azioni tese al mantenimento del benessere, fisico e mentale, durante l'invecchiamento della persona anziana, sostenendo la diffusione di corretti stili di vita e l'educazione motoria, fisica e psicosomatica. A tal fine può promuovere protocolli operativi tra enti locali territoriali, aziende sanitarie locali e associazioni di volontariato e di promozione sociale.
2. La Regione promuove, inoltre, politiche di sostegno alla persona anziana nel suo abituale contesto familiare e territoriale, agevolando una vita di relazione attiva, al fine di prevenire fenomeni di isolamento sociale e limitare ospedalizzazioni improprie e istituzionalizzazioni. A tale scopo, la Regione sostiene, in un'ottica intergenerazionale e interculturale, la diffusione sul territorio di centri sociali e di spazi e di luoghi di incontro, socializzazione e partecipazione, nonché di centri diurni in grado, tra l'altro, di fornire sostegno alle famiglie con presenza di anziani fragili.
3. Per il benessere della persona anziana e per contrastare la solitudine sono favoriti gli strumenti di prossimità e di socialità, nonché gli strumenti che garantiscono e facilitano l'acquisizione di informazioni sui servizi presenti nel territorio regionale e sugli interventi e sulle azioni sociali promossi.
4. La Regione promuove azioni per lo sviluppo di programmi di edilizia sociale mirati a favorire l'inclusione abitativa delle persone anziane e di misure atte a favorirne l'accoglienza in microresidenze, gruppi appartamento e condomini solidali.
5. La Regione promuove interventi e azioni finalizzati a orientare il sistema di welfare regionale nella costruzione del benessere sociale superando logiche assistenzialistiche, a limitare l'ospedalizzazione e l'inserimento in strutture residenziali, a sostenere la dignità, l'autonomia, la libera scelta e l'autodeterminazione della persona anziana, anche nelle situazioni di maggior disagio e di difficoltà.
6. La Regione adotta politiche sociali e sanitarie in favore della domiciliarità intesa come sostegno alla persona anziana nel suo contesto familiare e territoriale, contrastando fenomeni di isolamento

ed emarginazione sociale, di perdita dell'autonomia personale e di allontanamento precoce dal contesto abituale di vita anche attraverso lo sviluppo di servizi di domotica e teleassistenza.

Art. 8

(Cultura e turismo sociale)

1. Anche al fine di favorire la fruizione del patrimonio culturale, paesaggistico e ambientale dell'Abruzzo, la Regione sostiene iniziative di turismo sociale, facilitando l'accesso a eventi di teatro, cinema, mostre e musei e si avvale, al contempo, del patrimonio di conoscenze degli anziani e del loro impegno civile per promuovere la storia, la cultura e le tradizioni abruzzesi anche all'esterno della Regione stessa.

2. La Regione e gli Enti locali, anche con il coinvolgimento degli enti del terzo settore, favoriscono la partecipazione degli anziani ad attività culturali, ricreative e sportive prodotte e proposte dalla comunità abruzzese, elaborate anche al fine di sviluppare interrelazioni e senso comunitario tra le persone coinvolte.

Art. 9

(Impegno e volontariato civile)

1. La Regione, al fine di valorizzare l'impiego delle persone anziane in attività socialmente utili, ne favorisce la partecipazione alla vita della comunità locale, anche attraverso l'impegno civile nel volontariato e nell'associazionismo o in ruoli di cittadinanza attiva, responsabile e solidale.

2. Il volontariato civile delle persone anziane costituisce una forma di promozione dell'invecchiamento attivo attraverso la realizzazione di progetti sociali, utili alla comunità.

3. Alle persone anziane che operano nei progetti di cui al comma 2 possono essere riconosciuti, per il tramite delle associazioni di volontariato iscritte nel Registro regionale di cui alla legge regionale 12 agosto 1993, n. 37 (Legge 11 agosto 1991, n. 266. Legge quadro sul volontariato), o delle associazioni di promozione sociale iscritte al Registro regionale di cui alla legge regionale 1° marzo 2012, n. 11 (Disciplina delle Associazioni di Promozione Sociale), un rimborso per le spese sostenute, nonché crediti sociali fruibili in servizi regolati dagli enti locali territoriali promotori dei progetti.

4. La Regione sostiene progetti sperimentali o convenzioni tra enti pubblici e soggetti del terzo settore tesi a sviluppare il volontariato civile degli anziani.

5. La Regione valorizza i Comuni che attivano incontri periodici con le persone che accedono a trattamenti di quiescenza raccogliendo disponibilità a prestazioni gratuite nell'ambito delle competenze e professionalità acquisite. I Comuni svolgono un ruolo attivo incrociando disponibilità espresse e bisogni presenti nella comunità di riferimento.

Art. 10

(Azioni dell'impegno civile)

1. L'impegno civile delle persone anziane si realizza, in particolare, attraverso le seguenti azioni:

- a) accompagnamento con mezzi pubblici di persone anziane o non autosufficienti per l'accesso a prestazioni socio assistenziali e socio-sanitarie;
- b) supporto nei percorsi formativi di collegamento fra la scuola e il mondo del lavoro, anche in relazione alle iniziative promosse dalle imprese e dalle organizzazioni sindacali;
- c) attività ausiliari di vigilanza presso scuole e mense;
- d) sorveglianza durante mostre e manifestazioni giovanili;
- e) animazione, custodia e vigilanza di musei, biblioteche, mostre, sale di ritrovo dei quartieri, aree sportive e centri sociali sportivi, ricreativi e culturali;
- f) conduzione di appezzamenti di terreno di proprietà o di uso pubblico;
- g) iniziative volte a far conoscere e perpetuare le tradizioni di artigianato locale;
- h) assistenza, anche domiciliare, a minori, anziani e disabili a supporto degli operatori dei servizi sociali;
- i) assistenza sociale e culturale negli ospedali e nelle carceri;
- j) interventi di carattere ecologico, stagionale o straordinario, nel territorio regionale;
- k) campagne e progetti di solidarietà sociale;

1) attivazione di banche del tempo di supporto ai bisogni quotidiani delle famiglie anche attraverso attività che vedano coinvolti soggetti appartenenti a generazioni diverse.

2. La Regione promuove progetti sperimentali o convenzioni tra enti pubblici e soggetti del terzo settore tesi a sviluppare il volontariato e l'impegno civile degli anziani.

Art. 11

(Gestione di terreno comunale)

1. I Comuni possono affidare a persone anziane, singole o associate, la gestione gratuita di terreni comunali nei quali svolgere attività di orticoltura, giardinaggio e in generale la cura dell'ambiente naturale.

2. I soggetti interessati all'affidamento di cui al comma 1 si impegnano a gestire gratuitamente terreni comunali nel rispetto delle regole stabilite dal Comune competente per territorio. I Comuni stabiliscono, inoltre, le modalità e i criteri per l'affidamento della gestione di terreno pubblico.

3. I Comuni possono revocare l'affidamento di cui al comma 1 per sopravvenute esigenze pubbliche. I Comuni, inoltre, possono revocare l'affidamento, con adeguato preavviso, se l'assegnatario non rispetta le regole stabilite dal Comune stesso.

Art. 12

(Nuove tecnologie)

1. La Regione, al fine di consentire una fruizione più immediata e una maggiore diffusione dei servizi offerti alle persone anziane, sostiene la diffusione e l'implementazione di strumenti tecnologicamente avanzati, quali card informatizzate, portali telematici e piattaforme tecnologiche, computer, tablet e altri strumenti informatici e digitali.

2. La Regione, per le finalità di cui al comma 1, promuove la stipula di accordi e convenzioni con gli enti locali territoriali e con i soggetti del terzo settore tesi ad agevolare, anche economicamente, l'utilizzo degli strumenti di cui al comma 1.

Art. 13

(Programma operativo)

1. La Giunta regionale avvia, contestualmente all'adozione del Piano sociale regionale e d'intesa con gli ambiti sociali, la redazione di un Programma Operativo sull'Invecchiamento Attivo, di durata triennale, conformemente a quanto previsto all'articolo 3, che integri le diverse politiche e risorse regionali relative agli interventi e ai servizi previsti dalla presente legge e che tenga conto sia di quelli aventi rilevanza regionale sia di quelli a rilevanza territoriale, al fine di coordinare e armonizzare le diverse azioni.

2. Il Programma operativo di cui al comma 1 viene redatto previa consultazione con l'ANCI.

3. Le Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, i Centri Provinciali di Servizio per il Volontariato, l'Ufficio Scolastico regionale e le Università abruzzesi, previa intesa con gli organismi di appartenenza interessati, partecipano alla stesura, che si conclude con la sottoscrizione di un protocollo condiviso.

4. La Giunta regionale definisce le strategie e approva il Programma operativo triennale degli interventi per l'attuazione della presente legge. Nel Programma operativo sono definite le modalità, le azioni e le risorse con cui i Dipartimenti dell'Amministrazione regionale concorrono alla sua realizzazione.

5. Il Programma operativo triennale di cui al comma 1 è approvato dalla Giunta regionale previo parere della competente Commissione consiliare.

6. All'Assessore competente in materia di politiche sociali sono attribuite le funzioni di coordinamento dell'attuazione delle azioni previste dal Programma operativo triennale di cui al comma 1. Il Dipartimento competente in materia di politiche sociali assume compiti di coordinamento in ordine all'attuazione del programma avvalendosi di un tavolo di lavoro permanente tra i diversi Dipartimenti regionali dei settori interessati dalle disposizioni della presente legge. Il tavolo ha il compito di predisporre un Programma di attuazione annuale, approvato con deliberazione della Giunta regionale, diretto a rendere operativi le finalità e gli indirizzi della presente legge.

Art. 14**(Clausola valutativa)**

1. Con cadenza triennale, entro il mese di febbraio dell'anno successivo al triennio di riferimento, la Giunta regionale, sulla base di monitoraggi dei Dipartimenti interessati, predispone e presenta al Consiglio regionale una relazione sull'attuazione della presente legge, e in particolare sugli interventi ricompresi nel Programma operativo di cui all'articolo 13, al fine di valutarne la effettiva ricaduta sociale.

2. La relazione, in particolare, documenta:

- a) lo stato di attuazione del Programma con evidenza per ambito di azione degli interventi realizzati e avviati, nonché il livello di coinvolgimento raggiunto;
- b) le eventuali criticità emerse in sede di programmazione degli interventi e il grado di coordinamento e integrazione raggiunti.

3. La relazione indicata al comma 2 è resa pubblica, in particolare, mediante pubblicazione sul sito web del Consiglio regionale.

4. Gli Enti partecipanti alla stesura del programma operativo di cui all'articolo 13, commi 2 e 3, sono, annualmente, convocati dalla Direzione competente della Giunta regionale, al fine di monitorare l'attuazione degli interventi e proporre eventuali rimodulazioni.

Art. 15**(Giornata regionale per l'invecchiamento attivo)**

1. E' istituita la "Giornata Regionale per l'Invecchiamento Attivo" nel giorno 22 aprile di ogni anno, in occasione della ricorrenza della nascita del Premio Nobel Rita Levi Montalcini

Art. 16**(Norma finanziaria)**

1. E' istituito il Fondo regionale per l'invecchiamento attivo, al fine di garantire il finanziamento del Programma operativo di cui all'articolo 13.

2. Al finanziamento del Programma operativo concorrono anche fondi nazionali, fondi comunitari, strutturali e di investimento europei, e altre risorse messe a disposizione da fondazioni bancarie, fondazioni di comunità, associazioni di promozione sociale e altri enti pubblici e privati.

3. Per l'attuazione degli interventi previsti dal Programma operativo, di cui all'articolo 13, alla Missione 12 "Diritti sociali, politiche sociali e famiglia", Programma 03 "Interventi per gli anziani", sono assegnati per il 2016, al Titolo 1, euro 50.000,00.

4. Agli oneri di cui al comma 3 si provvede, per l'anno 2016, con la riduzione dello stanziamento alla Missione 01 "Servizi istituzionali, generali e di gestione", Programma 12 "Politica regionale unitaria per i servizi istituzionali, generali e di gestione" di euro 50.000,00 al Titolo 1.

5. A partire dagli anni successivi al 2016 le spese di cui al comma 3 sono rifinanziate con legge di approvazione del bilancio dei singoli esercizi finanziari.

LAZIO

Determinazione 6 giugno 2016, n. G06369 - Determinazione n. B09207 del 01.12.2011 Attuazione D.G.R. 6 Maggio 2011, n. 202, lettera D.1 – Strutture residenziali per anziani. Impegno euro 1.200.000,00 - Cap. H41504 e euro 1.200.000,00 – Cap. H41131 – E.F. 2011 - Conferma Impegno 13907/2016 Cap H41131 di € 38.932,94 in favore del Comune di Ventotene. (BUR n. 51 del 28.6.16)

Note

Viene confermato l'impegno 13907/2016 dell'importo di € 38.932,94 sul Capitolo H41131 a favore del Comune di Ventotene per la gestione della Comunità Alloggio.

ASSISTENZA PENITENZIARIA

LAZIO

DCR 15.6.16, n. 7 - Nomina del garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale. (BUR n. 53 del 5.7.16)

Note

Viene nominato , ai sensi dall'articolo 2, comma 1 della l.r. 31/2003 e successive modifiche, Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale il Sig. Stefano Anastasia.

DCR 15.6.16, n. 8 - Nomina dei due Coadiutori del Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale. (BUR n. 53 del 5.7.16)

Note

Vengono nominati, ai sensi dall'articolo 2, comma 1 della l.r. 31/2003 e successive modifiche, coadiutori del Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale i Sigg. Sandro Compagnoni e Mauro Lombardo.

SARDEGNA

DASS 17.6.16, n. 30 - Decreto Legislativo n. 140 del 18 luglio 2011 concernente “Norme di attuazione dello Statuto Speciale della Regione Autonoma della Sardegna in materia di Sanità Penitenziaria”. Rinnovo dell'Osservatorio Regionale Permanente sulla Sanità Penitenziaria. (BUR n. 32 del 7.7.16)

ART. 1 E' rinnovato, per le finalità indicate in premessa, l'Osservatorio Regionale Permanente sulla Sanità Penitenziaria, così composto:

- Presidente – Assessore o suo delegato;
- Il Dirigente del Servizio della Promozione e governo delle reti di cure, competente per la materia con funzioni di coordinamento o suo delegato;
- Rappresentante del Provveditorato Regionale della Sardegna - Ministero della Giustizia - Dr. Giampaolo Cassita;
- Rappresentanti del Tribunale di Sorveglianza di Cagliari, Dott. Paolo Cossu e Dott.ssa Elisabetta Mulargia;
- Rappresentante del Tribunale di Sorveglianza di Sassari, Dott.ssa Adriana Carta;
- Rappresentante del Centro per la Giustizia Minorile – Ministero della Giustizia - Dr.ssa Federica Palomba o un suo delegato;
- Rappresentante del Dipartimento di Salute Mentale, Dott. Gianfranco Pitzalis, Direttore del DSMD di Oristano;
- Rappresentante del SER.D, Dott. Antonio Canu, Direttore del Servizio per le Dipendenze della Asl di Cagliari;
- Medico esperto di assistenza sanitaria in ambito penitenziario - Dr. Matteo Papoff;
- Rappresentante ASL n. 8 Cagliari – Dott.ssa Paola Sanna;
- Rappresentante ASL n. 3 Nuoro – Dott. Giovanni Fancello;
- Rappresentante ASL n. 1 Sassari - Dr. Bachisio Sanna.

ART. 2 L'Osservatorio potrà avvalersi, in relazione a particolari problematiche, della collaborazione di altri esperti in materie attinenti la sanità penitenziaria, designati dall'Assessore.

ART. 3 I provvedimenti di nomina non comportano oneri a carico del bilancio regionale. I rimborsi per le spese di viaggio e missione, se dovuti, sono a carico delle amministrazioni di appartenenza.

TOSCANA

RISOLUZIONE 21 giugno 2016, n. 44 - Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale. Relazione annuale 2015.

IL CONSIGLIO REGIONALE

Vista la legge regionale 19 novembre 2009, n. 69

(Norme per l'istituzione del Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale) e, in particolare, l'articolo 10;

Esaminata la relazione sull'attività svolta nel 2015, presentata dal dottor Franco Corleone, Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale nominato dal Consiglio regionale in data 26 ottobre 2013;

Preso atto che nella stessa relazione annuale 2015:

- si rileva una stabilizzazione nei numeri della popolazione detenuta, sia a livello nazionale sia, in particolare, in Toscana: a livello nazionale ci si attesta su una cifra vicina alle 53.000 unità (anche se con un preoccupante accenno all'aumento nei primi mesi del 2016: 52.164 al 31 dicembre 2015, passate a 53.495 al 31 marzo 2016) rispetto alle 68.000 di quattro anni fa, mentre in Toscana la popolazione detenuta è di circa 3.300 presenze, rispetto alla punta di 4.500 di cinque anni fa (anche qui si registra però un lieve aumento rispetto allo scorso anno, in cui era scesa fino alle 3.247 presenze del giugno 2015: si sono avute 3.260 presenze al 31 dicembre 2015, passate a 3.344 al 31 marzo 2016), tuttavia la fine dell'emergenza dovuta al sovraffollamento non ha risolto il problema di fondo dello stato delle carceri, dovuto non solo ai metri disponibili per ogni detenuto, ma anche alle condizioni di vita quotidiana, al lavoro, alle attività culturali, allo studio, ai servizi sanitari, all'alimentazione, alla possibilità di relazioni educative e familiari;

- si rende noto che la ricognizione della situazione delle carceri toscane, nelle relazioni precedenti denunciata come intollerabile da tanti punti di vista, quest'anno ha portato anche motivi di soddisfazione, in quanto le criticità sollevate sono state prese in considerazione e sono stati avviati gli interventi di risanamento e si propongono alcuni esempi: ad Arezzo finalmente è iniziata la bonifica e la ristrutturazione ed è prevista, per la fine dell'anno in corso, la riapertura dell'istituto con circa settanta posti e una vivibilità adeguata alle norme del regolamento; a Livorno è stata aperta la nuova sezione destinata all'alta sicurezza e sono stati appaltati i lavori per la ristrutturazione di due padiglioni; a Pistoia, dopo l'uragano che ha danneggiato il tetto, sono in corso i lavori di adeguamento delle celle e degli spazi di socialità e finalmente è stata firmata la convenzione per l'utilizzo di una struttura dei frati vicino al carcere da destinare alla semilibertà; a Lucca sono bene avviati i lavori di ristrutturazione di due sezioni che saranno destinate alla socialità; a Massa la nuova sezione è stata finalmente collaudata e ora è in funzione e ha consentito alla direzione di razionalizzare le presenze; infine a Porto Azzurro la presenza di un direttore fisso e motivato ha messo in moto cambiamenti notevoli che si riverberano anche sulla presenza di detenuti in articolo 21 (lavoro all'esterno) sull'isola di Pianosa;

- si fa, inoltre, presente che, chiaramente restano molti buchi neri e questioni da risolvere e che a tal fine con il nuovo Provveditore regionale dell'Amministrazione penitenziaria, Giuseppe Martone, è stato sottoscritto un protocollo di intesa che dovrebbe favorire non solo i rapporti istituzionali, ma soprattutto facilitare le soluzioni dei problemi vecchi e nuovi;

- si dedica un capitolo specifico alla situazione di Sollicciano, riguardo al quale la denuncia, da parte delle detenute, delle condizioni di vita incivili ed il documento della Asl hanno fatto esplodere il caso, che per altro era noto da anni per i ripetuti rilievi dei Garanti e delle associazioni di volontariato: un finanziamento straordinario di tre milioni di euro dovrebbe garantire la riparazione adeguata del tetto e il rifacimento dei servizi igienici nelle celle, dovrebbe vedere la luce finalmente la seconda cucina al maschile; inoltre è stata chiusa la casa di cura e custodia femminile; il segno di cambio di passo è avvenuto con un rapporto di collaborazione con la nuova direttrice Marta Costantino e la ripresa dell'attività della Commissione detenuti che garantirà la partecipazione dei soggetti interessati alle scelte di cambiamento;

- si evidenzia la composizione della popolazione detenuta in base alla condizione di stranieri e spicca il dato della Toscana che, alla fine del 2015, aveva il 45,82 per cento di presenze straniere, con il caso eclatante di Sollicciano, in cui le presenze di detenuti stranieri arrivavano al 66,2 per cento al 31 dicembre 2015; le donne mantengono invece una presenza contenuta, che in Toscana si ferma al 3,6 per cento, a fronte di una media nazionale del 4 per cento: alla fine di marzo 2016 le donne detenute erano in tutto 125: 16 a Empoli, 69 a Firenze, 40 a Pisa; anche riguardo alla

posizione giuridica il quadro nella regione Toscana è migliore di quello nazionale: la percentuale dei detenuti condannati in via definitiva cautelare è del 65 per cento a livello nazionale, e del 72,2 a livello regionale, mentre i detenuti in attesa di primo giudizio erano al 31 dicembre 2015 pari al 16,3 per cento a livello nazionale, mentre erano pari al 12,2 a livello regionale;

- sono descritti gli interventi dell'esecuzione penale esterna, ossia di quell'insieme di misure alternative alla detenzione, e, con legge 28 aprile 2014, n. 67 (Deleghe al Governo in materia di pene detentive non carcerarie e di riforma del sistema sanzionatorio. Disposizioni in materia di sospensione del procedimento con messa alla prova e nei confronti degli irreperibili), anche alternative al processo, che mirano a non far entrare o a far uscire prima dal carcere in modo da evitarne o limitarne gli effetti desocializzanti: a fronte delle 3.327 presenze negli istituti penitenziari, al 15 marzo 2016, si avevano 5.738 soggetti in carico agli Uffici di esecuzione penale esterna (UEPE); complessivamente nel 2015 si sono avuti 1.184 affidati in prova al servizio sociale, 184 detenuti domiciliari, 207 semiliberi, oltre a 1.149 messi alla prova e 1.428 lavori di pubblica utilità: quest'ultime due misure, dette anche sanzioni di comunità, superano (2.577) di gran lunga le misure alternative (1.575, le prime tre);

- nell'ambito delle questioni aperte, si analizza lo stato della sanità penitenziaria: è importante che il diritto alla salute, che è un diritto fondamentale delle persone libere e detenute, e che è anche condizione per l'esercizio di altri diritti della persona sia messo al centro di un cambiamento che deve investire il carcere nel suo complesso; nella relazione si evidenzia come la popolazione detenuta sia molto più ammalata di quella libera, pur essendo più giovane d'età, con il primato delle malattie psichiatriche, seguite da quelle infettive e parassitarie; importanti sono anche le percentuali di tossicodipendenti detenuti; si sottolineano anche altre problematiche come quella delle cure odontoiatriche che ancora scontano una differenziazione in base alla provenienza regionale del detenuto, della necessità di terapie psicologiche per i sex offenders, e della necessità di monitoraggio sull'applicazione dei TSO; nel quadro del passaggio finalmente avvenuto nel 2008 della sanità penitenziaria alla competenza regionale, si tratta di un ambito in cui sempre più la Regione ha il potere di intervenire e di costruire un modello di cura per i detenuti sempre più uguale a quello per le persone libere;

- ancora nell'ambito delle questioni aperte, si analizza il percorso di chiusura dell'Ospedale psichiatrico giudiziario (OPG): com'è noto, gli OPG avrebbero dovuto chiudere più di un anno fa, ma questo non è accaduto; anche se recentemente sono stati chiusi Secondigliano e Reggio Emilia, invece a Montelupo, Barcellona Pozzo di Gotto e Aversa restano ancora in tutto circa 60 presenze; in particolare a Montelupo erano presenti, al primo maggio, 18 internati toscani (e senza fissa dimora) e due umbri, persone che rientrano nella competenza sanitaria della Regione Toscana, più circa una decina di altri internati tra liguri e sardi, che dovranno essere presi in carico dai servizi psichiatrici territoriali di appartenenza;

- si analizza, conseguentemente, lo stato di attuazione delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), ovvero delle strutture sanitarie dedicate, al posto dell'OPG, alla cura e alla custodia dei sofferenti psichici autori di reato: in Toscana la REMS è stata aperta a Volterra, nell'area dell'ex manicomio, ora ospedale cittadino, struttura più volte visitata dal Garante, che recentemente ha constatato che le cose si stanno muovendo positivamente, a seguito di un lavoro sinergico portato avanti intensamente nell'ultimo periodo; la capienza è attualmente di 28 posti, e al momento sono presenti 21 persone ricoverate, che verranno portate a 26 con trasferimento prioritario delle persone ancora internate a Montelupo; la REMS definitiva invece, struttura da 40 posti divisi in due modelli da venti, è ancora in fase di bando di progettazione e non vedrà la luce presumibilmente prima di due anni;

- si evidenziano i punti critici che, nel processo di superamento degli OPG, restano da affrontare: la collocazione degli autori di reato la cui condizione psichica è da determinare (osservandi), oppure di coloro a cui è sopravvenuta un'infermità psichica nel corso dell'esecuzione di una condanna, o ancora di coloro che si trovano che si trovano in una condizione di minorazione psichica; si tratta cioè di categorie di soggetti che, pur avendo problematiche di natura psichiatrica, non sono, o

non sono ancora, sottoposti a misura di sicurezza, per le quali l'indicazione normativa è che vengano ospitati in sezioni specializzate all'interno degli istituti penitenziari; un secondo punto critico riguarda la posizione di coloro che hanno problemi psichici evidenti ma la cui condizione processuale è ancora aperta e che si trovano quindi in misura di sicurezza provvisoria: le disposizioni emanate negli ultimi anni non danno indicazione sui luoghi di esecuzione delle misure provvisorie, mentre l'articolo 206 del Codice penale fa ancora riferimento al vecchio OPG, tuttavia, tale previsione, alla luce del processo di superamento degli OPG e della netta indicazione a favore di trattamenti terapeutici per i soggetti con problemi psichiatrici, risulta oramai inadeguata, nonché rischia di far saltare, per il carico numerico, il sistema delle REMS;

- si ricordano i risultati finali degli Stati generali del carcere, convocati all'inizio del 2015 dal Ministro della giustizia Orlando che ha raccolto la suggestione emersa nel Convegno "Il fallimento del carcere", del novembre 2014, in cui era stata organizzata la tavola rotonda conclusiva dal titolo "Verso gli Stati generali del carcere": i diciotto tavoli tematici hanno costituito un laboratorio di energie e sensibilità diverse per riflettere sul carcere e sulle pene e hanno prodotto un lavoro che ha toccato tutti i nervi scoperti del penitenziario (il diritto all'affettività, un nuovo modello di architettura penitenziaria, il lavoro in carcere, le misure di sicurezza, i tossicodipendenti e la legge sulle droghe, la formazione del personale, solo per citarne alcune) facendo tesoro di questo lavoro è auspicabile che venga rapidamente approvata dal Parlamento la legge delega sulla riforma dell'Ordinamento penitenziario che consentirà di tradurre in fatti le buone intenzioni;

- si evidenziano le attività (incontri, dichiarazioni, seminari tematici e corrispondenza con il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria (DAP) e con altri soggetti istituzionali) del Garante come coordinatore dei garanti regionali e locali e si sottolinea come la rete dei garanti regionali abbia richiesto e stimolato la nomina del Garante nazionale;

- viene illustrata l'attività quotidiana dell'Ufficio: la corrispondenza intrattenuta con i detenuti o con chi scrive per loro conto per segnalare difficoltà, problemi e disagi; la collaborazione con soggetti istituzionali, privati e del terzo settore per dare risposte efficaci e rapide ai problemi e ai bisogni sollevati; l'analisi dei flussi di corrispondenza, in entrata e in uscita; le azioni intraprese dal Garante;

Dato atto del programma di iniziative effettuate nel corso dell'anno 2015, finalizzate a creare opportunità di dibattito sui temi legati al carcere ed a sensibilizzare l'opinione pubblica sulle problematiche che lo affliggono, immaginate con l'ambizione di creare condizioni per riforme strutturali, in particolare i due convegni sul tema dell'Ospedale psichiatrico giudiziario, realizzati, il primo, il 4 marzo 2015, con il titolo "OPG addio, per sempre", e finalizzato a fare il punto sulla definitiva chiusura degli ospedali psichiatrici, il secondo intitolato: "La chiusura dell'OPG alla prova dei cento giorni", tenuto in data 14 luglio 2015, in cui, oltre a presentare il volume dal titolo "L'abolizione del Manicomio criminale. Tra utopia e realtà", curato dal Garante e dalla Fondazione Giovanni Michelucci, si è proceduto a fotografare e discutere lo stato di avanzamento della chiusura degli OPG e dell'apertura delle REMS, facendo emergere le diverse criticità di questo faticoso processo; a questi si è aggiunto un terzo convegno, organizzato nell'ambito della Festa della Toscana, nei giorni 10-12 dicembre 2015, ed intitolato "La riforma del 1975. Un bilancio disincantato dopo la condanna della Corte Europea dei Diritti Umani (CEDU).

I mutamenti della pena": nell'ambito del convegno è stata presentata l'antologia dei scritti di Alessandro Margara su carcere, OPG, droghe e Magistratura di sorveglianza, curata da Franco Corleone ed intitolata "La giustizia e il senso di umanità"; inoltre, la disamina del volume ha permesso di ripercorrere criticamente i processi e gli esiti inaugurati dalla riforma del 1975, sino alla condanna della CEDU ed all'impulso che il Ministro Orlando ha voluto imprimere mediante gli Stati Generali del carcere;

Dato, altresì, atto che il garante ha dato impulso ad un'importante attività di ricerca e pubblicazioni, al fine di diffondere la cultura dei diritti dei detenuti, tra le quali, oltre ai volumi sopra menzionati, sono stati realizzati una ricerca sulla popolazione internata all'OPG di Montelupo, dal titolo "Le caratteristiche della popolazione internata presso l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo

Fiorentino”, la ricerca-intervento partecipata, realizzata all’interno del carcere di Sollicciano sulla ridefinizione e riqualificazione degli spazi detentivi, intitolata “Lo spazio della pena, la pena dello spazio”; un’indagine sulle dipendenze in carcere, in particolare nel contesto toscano, dal titolo “La droga in carcere: fatti e misfatti”; inoltre, il Garante ha collaborato con l’Ufficio della Garante per l’infanzia e l’adolescenza, per la realizzazione della ricerca intitolata: “Minori in visita al carcere. Le garanzie di tutela dei bambini e degli adolescenti figli di detenuti che si recano in visita negli istituti penitenziari della Toscana”, presentata in Consiglio Regionale il 19 maggio 2016;

ESPRIME

apprezzamento per l’attività svolta dal Garante regionale delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale, dottor Franco Corleone, nell’anno 2015;

RIBADISCE L’IMPEGNO

ad assicurare la finalità rieducativa della pena ed il reinserimento sociale dei condannati e, più in generale, l’effettivo godimento dei diritti civili e sociali, nonché la rimozione degli ostacoli al godimento di tali diritti all’interno delle strutture restrittive della libertà personale.

UMBRIA

DAL 21.6.16, n. 90 - Risoluzione - “Attuale situazione degli Istituti penitenziari della regione e criticità emerse dall’audizione del Garante delle persone sottoposte a misure restrittive o limitative della libertà personale e dall’audizione delle rappresentanze sindacali della Polizia penitenziaria - Adozione di iniziative da parte della Giunta regionale”. (BUR n. 31 del 6.7.16)

L’ASSEMBLEA LEGISLATIVA

Premesso che

- il Garante delle persone sottoposte a misure restrittive o limitative della libertà personale, ai sensi dell’articolo 364, comma 1, lettera n), della legge regionale 11/2015, ha presentato la relazione relativa all’attività svolta e ai risultati conseguiti nell’anno 2014;
- in data 28 ottobre 2015 la III Commissione ha audito il Garante il quale ha evidenziato alcune criticità emerse dall’attività svolta;
- in data 13 gennaio 2016 la III Commissione ha audito le rappresentanze sindacali della Polizia Penitenziaria in merito alla situazione carceraria in Umbria;

Considerato che il garante

- ha reso noto che con D.P.C.M. 15 giugno 2015, n. 84 (Regolamento di riorganizzazione del Ministero della giustizia e riduzione degli uffici dirigenziali e delle dotazioni organiche) è stata disposta la soppressione del Provveditorato regionale dell’Amministrazione penitenziaria dell’Umbria e il suo accorpamento a quello della Toscana, con conseguente grave danno in termini di gestione amministrativa e di indirizzo e di controllo degli Istituti di detenzione;
- ha sottolineato l’importanza delle associazioni di volontariato che operano in ambito penitenziario garantendo sostegno morale e materiale ai detenuti;
- ha precisato che l’assistenza sanitaria nei quattro Istituti penitenziari è garantita ventiquattro ore al giorno da medici ed infermieri, ma risulta carente in termini di cure odontoiatriche;
- ha fatto presente che si rende necessario il potenziamento nel territorio della rete dei trasporti pubblici utilizzati per il raggiungimento degli Istituti di detenzione da parte dei visitatori;
- ha sottolineato che una recente circolare del Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria (n. 3651-6101 dell’8 novembre 2013) ha limitato i colloqui dei detenuti con il Garante, assicurati dall’articolo 18, comma 1, della L. 354/75 anche al fine dell’eventuale compimento da parte dei detenuti medesimi di atti giuridici, consentendo la riservatezza solo per quelli riguardanti le condizioni di vita del detenuto, con esclusione dei colloqui riguardanti i procedimenti penali in corso e gli atti difensivi da compiere, così vanificando la necessaria riservatezza nel contatto tra detenuto e Garante;

- ha ricordato che in alcuni casi i detenuti si sono lamentati delle condizioni di vita all'interno degli Istituti, quali le ridotte dimensioni e la bassa temperatura delle camere, la scarsa qualità del cibo e la mancanza di attività di intrattenimento;
- ha sottolineato l'importanza del protocollo sottoscritto dall'Ufficio del Garante, l'Università degli Studi di Perugia, l'Agenzia per il diritto allo studio universitario dell'Umbria (A.Di.S.U.) e il Provveditorato dell'Amministrazione penitenziaria ("Polo Universitario Penitenziario") avente la finalità di favorire il diritto allo studio e, in particolare, l'accesso agli studi universitari dei detenuti; Considerato che le rappresentanze sindacali della Polizia penitenziaria:
 - hanno sottolineato la consistente carenza di personale della Polizia penitenziaria in tutti gli Istituti detentivi della regione, dovuta alla mancata assegnazione di risorse da parte del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria nonché al distacco di molte unità in altre sedi dipartimentali;
 - hanno fatto presente le difficoltà gestionali dei detenuti ad "Alta Sicurezza" dislocati in vari Istituti della regione e non all'interno di un solo Istituto;
 - hanno sottolineato la necessità di aumentare il livello di sicurezza nei territori circostanti gli Istituti penitenziari che accolgono i detenuti ad "Alta Sicurezza" a causa dell'insediamento in tali territori di coloro a cui i detenuti medesimi sono legati da vincoli delinquenziali di solidarietà;
 - hanno ribadito come la recente soppressione del Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria dell'Umbria e il suo accorpamento a quello della Toscana (con sede a Firenze) abbia determinato una seria difficoltà gestionale del sistema di sicurezza regionale, tanto che hanno richiesto il mantenimento nel capoluogo regionale di una struttura locale di carattere operativo, quale apparato di gestione territoriale dotato di pari autonomia rispetto alla Centrale Operativa Regionale (C.O.R.) ubicata presso la sede dei Provveditorati regionali;
 - hanno sottolineato la necessità di creare un Centro clinico all'interno dell'Istituto penitenziario di Perugia, oppure, in alternativa, di creare presso l'Ospedale di Perugia una "Sezione Protetta", già presente presso gli Ospedali di Terni e Spoleto, destinata alle visite e ai ricoveri dei detenuti, ciò al fine di migliorare il sistema di sorveglianza dei detenuti medesimi in sede nosocomiale, nonché di garantire la sicurezza del personale sanitario e degli utenti dell'Ospedale;
 - hanno ribadito la necessità di potenziare la formazione culturale e professionale dei detenuti, mediante l'organizzazione di specifici corsi di formazione, nonché di garantire all'interno degli Istituti una presenza più stabile e duratura dei mediatori culturali;
 - hanno sottolineato infine l'importanza degli ampi spazi circostanti gli Istituti penitenziari al fine della loro utilizzazione per far fronte alle emergenze in caso di calamità naturali o altri disastri.

Tutto ciò premesso e considerato,

IMPEGNA LA GIUNTA REGIONALE

1. a verificare prioritariamente l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari della regione, a distanza di sette anni dal trasferimento al sistema sanitario regionale dell'assistenza medesima;
2. ad assumere le iniziative necessarie finalizzate alla creazione di un Centro clinico all'interno dell'Istituto penitenziario di Perugia, oppure, in alternativa, alla creazione presso l'Ospedale di Perugia di una "Sezione Protetta" destinata in via esclusiva alle visite e ai ricoveri dei detenuti;
3. ad incrementare le prestazioni odontoiatriche per i detenuti;
4. ad attivare un idoneo coordinamento delle molteplici associazioni di volontariato che operano in ambito penitenziario;
5. a mantenere l'esperienza del protocollo sottoscritto dall'Ufficio del Garante, l'Università degli Studi di Perugia, l'Agenzia per il diritto allo studio universitario dell'Umbria (A.Di.S.U.) e il Provveditorato dell'Amministrazione penitenziaria ("Polo Universitario Penitenziario") avente la finalità di favorire il diritto allo studio e, in particolare, l'accesso agli studi universitari dei detenuti;
6. ad assumere le iniziative necessarie affinché venga potenziata la rete dei trasporti pubblici utilizzati per il raggiungimento degli Istituti di detenzione da parte dei visitatori;

7. a garantire il diritto allo studio scolastico e a potenziare la formazione culturale e professionale dei detenuti mediante l'organizzazione di specifici corsi di istruzione e formazione, nonché a garantire all'interno degli Istituti una presenza più stabile e duratura dei mediatori culturali;
8. a verificare la possibilità di utilizzare gli spazi circostanti gli Istituti penitenziari regionali per far fronte alle emergenze in caso di calamità naturali o altri disastri;
9. a sollecitare le competenti autorità affinché:
- i colloqui del Garante con i detenuti, in ossequio a quanto prevede l'articolo 18, comma 1, della L. 354/75, avvengano nel rispetto della riservatezza anche se hanno ad oggetto i procedimenti penali in corso e gli atti difensivi da compiere da parte del detenuto;
 - venga garantita la sussistenza di idonee condizioni di vita all'interno degli istituti penitenziari;
 - venga colmata la consistente carenza di personale della Polizia penitenziaria all'interno degli Istituti detentivi della regione;
 - vengano dislocati presso un unico Istituto penitenziario adeguatamente organizzato i detenuti ad "Alta Sicurezza";
 - venga aumentato il livello di sicurezza nei territori circostanti gli Istituti penitenziari che accolgono i detenuti ad "Alta Sicurezza";
 - venga mantenuta nel capoluogo regionale, a fronte della soppressione del Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria dell'Umbria e il suo accorpamento a quello della Toscana, una struttura locale di carattere operativo, quale apparato di gestione territoriale dotato di pari autonomia rispetto alla Centrale Operativa Regionale (C.O.R.) ubicata presso la sede dei Provveditorati regionali.

EDILIZIA

LOMBARDIA

L.R. 8.7.16 - n. 16 - Disciplina regionale dei servizi abitativi (BUR n. 28 dell'8.7.16)

TITOLO I**DISPOSIZIONI GENERALI****Art. 1****(Sistema regionale dei servizi abitativi)**

- 1.** La presente legge disciplina i soggetti, i servizi e gli strumenti del sistema regionale dei servizi abitativi al fine di soddisfare il fabbisogno abitativo primario e di ridurre il disagio abitativo dei nuclei familiari, nonché di particolari categorie sociali in condizioni di svantaggio.
- 2.** Il sistema regionale dei servizi abitativi è un sistema unitario di offerta abitativa costituito dall'insieme degli alloggi sociali diretti a soddisfare le finalità di cui al comma 1. Esso assolve a una funzione di interesse generale e di salvaguardia della coesione sociale ed è ispirato da principi di sostenibilità, trasparenza, efficienza, efficacia ed economicità della gestione.
- 3.** Gli alloggi sociali di cui alla presente legge possiedono le caratteristiche e le finalità degli alloggi sociali così come definiti all'articolo 1, comma 2, del decreto del Ministero delle Infrastrutture 22 aprile 2008 (Definizione di alloggio sociale ai fini dell'esenzione dall'obbligo di notifica degli aiuti di Stato, ai sensi degli articoli 87 e 88 del Trattato istitutivo della Comunità europea) e all'articolo 10, comma 3, del decreto-legge 28 marzo 2014, n.47 (Misure urgenti per l'emergenza abitativa, per il mercato delle costruzioni e per Expo 2015), convertito, con modificazioni, dalla legge 23 maggio 2014, n.80.
- 4.** Il sistema regionale dei servizi abitativi si articola in:
 - a) servizi abitativi pubblici;
 - b) servizi abitativi sociali;
 - c) azioni per sostenere l'accesso ed il mantenimento dell'abitazione.

5. I servizi abitativi pubblici sono erogati dai comuni, anche in forma associata, dalle Aziende lombarde per l'edilizia residenziale (ALER) e dagli operatori accreditati di cui all'articolo 4, nei limiti e secondo le modalità previste dalla presente legge. Essi comprendono tutti gli interventi diretti alla realizzazione e gestione di alloggi sociali permanentemente destinati a soddisfare il bisogno abitativo dei nuclei familiari in stato di disagio economico, familiare ed abitativo.

6. I servizi abitativi sociali sono erogati dai comuni, dalle ALER e dagli operatori accreditati di cui all'articolo 4, e comprendono tutti gli interventi diretti alla realizzazione e gestione di alloggi sociali destinati a soddisfare il bisogno abitativo dei nuclei familiari aventi una capacità economica che non consente né di sostenere un canone di locazione o un mutuo sul mercato abitativo privato né di accedere ad un servizio abitativo pubblico.

7. Le azioni per sostenere l'accesso ed il mantenimento dell'abitazione riguardano il mercato abitativo privato e i servizi abitativi sociali e comprendono le forme di aiuto ai nuclei familiari in condizioni di morosità incolpevole e le azioni volte a favorire la proprietà dell'alloggio nel comune in cui il richiedente ha la residenza anagrafica. Esse comprendono, altresì, le azioni tese a favorire la mobilità nel settore della locazione e quelle dirette ad incentivare l'offerta di alloggi in locazione a canone concordato, ai sensi dell'articolo 2, comma 3, della legge 9 dicembre 1998, n.431 (Disciplina delle locazioni e del rilascio degli immobili adibiti ad uso abitativo), ovvero a canone agevolato ai sensi della presente legge.

Art. 2

(Funzioni della Regione)

1. Sono di competenza della Regione le funzioni che richiedono un esercizio unitario a livello regionale e in particolare:

- a) la disciplina del sistema regionale dei servizi abitativi, con particolare riferimento alla determinazione dei criteri generali per l'assegnazione e la gestione degli alloggi sociali, nonché per la fissazione dei relativi canoni di locazione;
- b) la disciplina del sistema regionale di accreditamento degli operatori pubblici e privati, la verifica dei requisiti per l'accesso e la permanenza nel sistema;
- c) il coordinamento, l'indirizzo e la vigilanza delle ALER nonché la definizione e lo sviluppo di un sistema di standard di gestione cui le aziende uniformano la propria attività;
- d) la realizzazione di piani e programmi d'intervento a carattere regionale finalizzati ad incrementare l'offerta abitativa pubblica e sociale, la rigenerazione urbana e le misure per contrastare l'emergenza abitativa;
- e) la promozione dell'integrazione ed il coordinamento delle politiche abitative con le politiche territoriali e di rigenerazione urbana, le politiche sociali, nonché con le politiche relative all'istruzione e al lavoro previste dalla vigente normativa;
- f) l'attuazione degli indirizzi legislativi e programmatici dello Stato in materia di edilizia e di servizi abitativi;
- g) la determinazione delle procedure di rilevazione del fabbisogno abitativo;
- h) la definizione dei comuni ad alta tensione abitativa;
- i) la promozione ed il coordinamento della formazione e gestione dell'anagrafe dei soggetti fruitori di contributi pubblici e dell'inventario del patrimonio destinato ai servizi abitativi, nonché la rilevazione periodica del patrimonio ad uso residenziale pubblico e privato non utilizzato.

2. La Regione promuove, in attuazione del principio di uso razionale del suolo, il riutilizzo del patrimonio residenziale pubblico inutilizzato o sottoutilizzato, l'integrazione delle politiche abitative con le politiche di rigenerazione urbana, incentivando, nel caso di nuovi interventi relativi al sistema regionale dei servizi abitativi, gli interventi di integrale sostituzione edilizia degli immobili esistenti. La Regione favorisce altresì il coordinamento delle funzioni e dei servizi complementari alla residenza sociale e il miglioramento della qualità edilizia ed architettonica e dell'efficienza energetica degli edifici a ciò destinati.

3. Il Consiglio regionale, con cadenza triennale, determina, su proposta della Giunta regionale, gli indirizzi strategici per lo sviluppo delle politiche abitative tramite il piano regionale dei servizi

abitativi, in coerenza con i contenuti della programmazione nazionale, della programmazione economica, della pianificazione territoriale e urbanistica e delle politiche sociali perseguite. Gli indirizzi strategici sono sviluppati sulla base del fabbisogno abitativo primario rilevato per ambiti territoriali e per tipologie di intervento, degli obiettivi di settore contenuti nel programma regionale di sviluppo, della pianificazione territoriale provinciale e della città metropolitana, nonché dello stato di realizzazione dei precedenti programmi.

4. La Giunta regionale attua gli indirizzi strategici definiti dal Consiglio regionale attraverso un programma annuale con il quale determina le linee di intervento, le modalità di incentivazione e le relative risorse finanziarie.

Art. 3

(Funzioni dei comuni)

1. Sono di competenza dei comuni:

- a) la ricognizione dei fabbisogni abitativi a livello territoriale e l'individuazione, in collaborazione con l'ALER territorialmente competente e con gli operatori accreditati, delle tipologie di intervento idonee a soddisfare i bisogni rilevati, sulla base dei criteri e delle modalità stabiliti dalla Giunta regionale;
- b) la programmazione dell'offerta abitativa pubblica e sociale, coordinata con le politiche urbanistiche e di rigenerazione urbana e con gli altri interventi di welfare a livello comunale;
- c) le funzioni amministrative concernenti le procedure di selezione per l'accesso ai servizi abitativi pubblici e sociali, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 33, comma 2, nonché le procedure di assegnazione relative alle unità abitative di proprietà;
- d) l'esercizio, anche in forma associata con altri comuni o mediante l'ALER competente per territorio o altri operatori accreditati, dei servizi abitativi pubblici e sociali;
- e) l'accertamento del possesso dei requisiti da parte dei beneficiari delle misure di sostegno alla locazione della prima casa nel mercato privato;
- f) le funzioni amministrative attinenti all'edilizia convenzionata ed agevolata per le quali la legge non dispone diversamente, ivi compresa l'autorizzazione alla cessione in proprietà del patrimonio edilizio realizzato da cooperative a proprietà indivisa e l'autorizzazione alla cessione in proprietà o locazione degli alloggi di edilizia agevolata nei primi cinque anni decorrenti dall'acquisizione della titolarità dell'alloggio, nel rispetto della normativa statale;
- g) favoriscono la partecipazione delle rappresentanze sindacali e dei comitati degli inquilini, per l'esame congiunto delle problematiche relative alle politiche abitative del territorio.

2. I comuni, in collaborazione con l'ALER territorialmente competente e gli operatori accreditati, promuovono la realizzazione di un'offerta abitativa pubblica e sociale di ambito sovracomunale, al fine di assicurare uno sviluppo più ordinato, equilibrato e sostenibile del territorio, in particolare nell'area metropolitana e nei comuni capoluogo o comunque ad alta tensione abitativa.

3. Per ampliare l'offerta di servizi abitativi e coordinare le azioni per il contrasto all'emergenza abitativa, assicurando altresì il miglior utilizzo delle risorse pubbliche e degli strumenti operativi a ciò destinati, i comuni in forma singola o associata possono attivare servizi di agenzie per l'abitare riguardanti l'orientamento dei cittadini in merito alle opportunità di reperire alloggi in locazione a prezzi inferiori a quelli di libero mercato, lo svolgimento di azioni di sostegno alla locazione e di attività di garanzia nei confronti dei proprietari nei casi di morosità incolpevole.

Art. 4

(Sistema regionale di accreditamento)

1. I servizi abitativi pubblici e sociali sono erogati, oltre che dai comuni e dalle ALER, anche da operatori accreditati, quali soggetti del terzo settore, cooperative ed altri operatori anche a partecipazione pubblica purché l'incarico di servizio ad operatori accreditati non comporti alcun aggravio di oneri per l'utenza rispetto all'erogazione degli stessi servizi da parte dell'ente proprietario.

2. Il sistema regionale di accreditamento ha lo scopo di offrire servizi abitativi pubblici e sociali che rispondano a standard di qualità, efficienza ed efficacia gestionale, nonché a criteri di sostenibilità

economico-finanziaria. Per l'affidamento della gestione dei servizi abitativi pubblici, la selezione degli operatori, tra quelli accreditati, avviene mediante procedure di evidenza pubblica.

3. Al fine di incrementare l'offerta di servizi abitativi pubblici e sociali, l'apporto di unità abitative di proprietà da parte degli operatori accreditati, costituisce titolo preferenziale nelle procedure di evidenza pubblica per l'affidamento della gestione dei servizi abitativi pubblici e sociali.

4. Con regolamento della Giunta regionale, da adottare entro dodici mesi dall'entrata in vigore della presente legge, sono definiti:

- a) i requisiti di ordine organizzativo, gestionale, professionale, economico e finanziari;
- b) le procedure per accedere all'albo regionale degli operatori accreditati ad erogare i servizi abitativi pubblici e sociali, istituito con provvedimento della Giunta regionale;
- c) gli standard relativi alla gestione dei servizi abitativi;
- d) le modalità per il controllo e la verifica dei requisiti di ordine organizzativo, gestionale, professionale, economico e finanziari nonché per il rispetto degli standard di gestione dei servizi abitativi;
- e) il codice etico;
- f) le procedure per la revoca dell'accreditamento conseguente all'accertata perdita dei requisiti di cui alla lettera a), alla mancata osservanza degli standard di cui alla lettera c), al mancato rispetto del codice etico di cui alla lettera e) ed alla mancata osservanza degli obblighi di servizio di cui al comma 5.

5. Nel gestire i servizi abitativi pubblici e sociali i comuni, le ALER e gli operatori accreditati, oltre a svolgere le attività connesse all'amministrazione del quartiere o del singolo edificio, garantiscono gli obblighi di servizio di seguito indicati, assicurando un attento monitoraggio sulla conduzione degli alloggi sociali:

- a) accompagnamento all'inserimento nell'alloggio e al rispetto delle regole di utilizzo dell'alloggio e delle parti comuni previste nel manuale d'uso degli alloggi, allegato al contratto di locazione, o nel regolamento condominiale;
- b) orientamento e accompagnamento degli inquilini sul territorio in particolare rispetto ai servizi sociali in caso di sopravvenuta fragilità socio-economica;
- c) gestione delle insolvenze e delle morosità incolpevoli attraverso la predisposizione e il monitoraggio di strumenti finanziari adeguati, piani di rientro agevolati e accordi bonari in un'ottica di corresponsabilità e secondo un approccio basato sulla conoscenza di prossimità delle condizioni socio-economiche dei nuclei familiari assegnatari;
- d) accompagnamento ad altri servizi abitativi al mutare della condizione economica del nucleo familiare;
- e) orientamento e supporto all'accesso a fondi pubblici e privati per il mantenimento dell'alloggio in locazione;
- f) gestione e coordinamento delle richieste e degli interventi di manutenzione ordinaria da parte dell'inquilino con imputazione delle quote spettanti, rispettivamente, al proprietario e all'inquilino;
- g) promozione di forme di partecipazione sociale, mediazione e prevenzione dei conflitti, valorizzando le relazioni tra i residenti e il coinvolgimento dell'inquilinato nella gestione e cura degli alloggi e degli spazi condominiali;
- h) informazione periodica all'assegnatario in ordine ai preventivi e consuntivi delle spese di locazione ed alle modalità per la verifica degli addebiti;
- i) sviluppo del portierato sociale.

6. Il costo dell'accreditamento e del suo mantenimento è a carico del singolo operatore.

7. Gli interventi realizzati dai comuni, dalle ALER, dagli operatori privati e dagli operatori accreditati, assistiti da contributo pubblico o altra forma di agevolazione o finanziamento pubblico, sono regolati da apposita convenzione, secondo uno schema tipo approvato dalla Giunta regionale, che disciplina gli standard di realizzazione e conservazione degli alloggi, la durata del vincolo di destinazione degli alloggi e le modalità di assegnazione e gestione degli stessi, anche dal punto di vista sociale, sulla base della normativa regionale o di strumenti di pianificazione territoriale locale.

La convenzione stabilisce altresì le garanzie a tutela del contributo pubblico erogato, i criteri e i parametri atti a regolamentare i canoni di locazione e i prezzi di cessione per gli alloggi concessi in locazione con patto di futura vendita, nonché, sulla base della deliberazione della Giunta regionale di cui all'articolo 6, comma 2, della legge regionale 30 marzo 2016, n.8 (Legge europea regionale 2016.Disposizioni per l'adempimento degli obblighi della Regione Lombardia derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea), i parametri per il calcolo, il controllo e la revisione della compensazione e le modalità per evitare la sovracompensazione.

Art. 5

(Osservatorio regionale sulla condizione abitativa)

1. Per supportare le scelte programmatiche regionali, la Giunta regionale si avvale dell'Osservatorio regionale sulla condizione abitativa, quale struttura regionale per la rilevazione dei fabbisogni e la conoscenza della situazione abitativa sul territorio regionale, oltre che per la valutazione dell'efficacia e dell'efficienza degli interventi attuati. L'Osservatorio regionale opera in stretta connessione con l'Osservatorio nazionale e con gli altri osservatori regionali.

2. Per le finalità di cui al comma 1, le attività dell'Osservatorio regionale sono volte all'acquisizione, elaborazione, diffusione e valutazione dei dati sulla condizione abitativa, oltre che all'analisi e al monitoraggio del fabbisogno abitativo e alle sue dinamiche evolutive, nonché all'osservazione e valutazione delle politiche abitative e delle conseguenti azioni per ridurre il disagio abitativo.

3. L'Osservatorio regionale svolge attività di studio e analisi di tematiche specifiche nel campo abitativo e dei fenomeni che incidono sulla condizione abitativa nel territorio regionale; cura l'aggiornamento della propria banca dati, in collaborazione con comuni, ALER, operatori accreditati ed altri soggetti pubblici e privati impegnati sulle tematiche abitative.

4. La Giunta regionale disciplina le modalità per l'attività e il funzionamento dell'Osservatorio, definendo metodi di rilevazione ai fini dell'anagrafe regionale dell'utenza e del patrimonio, standard tecnici per la trasmissione dei dati e fissa i criteri per la valutazione periodica dei fabbisogni abitativi, anche avvalendosi della collaborazione dei comuni, delle ALER e degli altri operatori accreditati.

5. I dati e le informazioni dell'anagrafe dell'utenza e del patrimonio del sistema regionale dei servizi abitativi costituiscono debito informativo nei confronti della Regione. L'averne adempiuto a tale obbligo è condizione per l'ammissione ai contributi regionali.

Art. 6

(Programmazione dell'offerta abitativa pubblica e sociale)

1. Lo strumento di programmazione in ambito locale dell'offerta abitativa pubblica e sociale è il piano triennale dell'offerta dei servizi abitativi pubblici e sociali. L'ambito territoriale di riferimento del piano coincide con l'ambito territoriale dei piani di zona di cui all'articolo 18 della legge regionale 12 marzo 2008, n.3 (Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale).

2. Per l'approvazione del piano triennale di cui al comma 1 si applicano le disposizioni relative all'approvazione dei piani di zona di cui all'articolo 18 della l.r.3/2008.A tal fine, l'ALER territorialmente competente e gli operatori accreditati, che gestiscono servizi abitativi pubblici e sociali, comunicano ai comuni di riferimento le unità abitative prevedibilmente disponibili nel triennio del periodo di riferimento, comprese le unità abitative non immediatamente assegnabili per carenze manutentive, nonché le unità abitative derivanti dalla realizzazione di piani o programmi di nuova edificazione, rigenerazione urbana, recupero o riqualificazione del patrimonio residenziale pubblico e sociale. Tali comunicazioni costituiscono obbligo informativo per le ALER e gli operatori accreditati, la cui inosservanza comporta per i direttori generali delle ALER la risoluzione anticipata del rapporto di lavoro secondo quanto previsto dall'articolo 12, comma 3, lettera c), e per gli operatori privati accreditati la revoca dell'accreditamento secondo le procedure di cui all'articolo 4, comma 4, lettera f).Il piano triennale è aggiornato annualmente con le medesime modalità previste

per la sua approvazione. Per la città di Milano, il piano triennale e il suo aggiornamento annuale sono approvati e attuati dal Comune di Milano.

3. Il piano triennale dell'offerta dei servizi abitativi pubblici e sociali è attuato con l'emanazione, almeno due volte all'anno, di avvisi pubblici comunali, riferiti all'ambito territoriale del piano triennale, per l'assegnazione delle unità abitative pubbliche e sociali effettivamente disponibili nel relativo periodo di riferimento. Gli avvisi pubblici, distinti per tipologia di unità abitative, sono emanati dal comune designato dall'assemblea dei sindaci in sede di approvazione del piano triennale di cui al presente articolo.

4. Ai fini dell'accesso e dell'assegnazione dei servizi abitativi pubblici e sociali, la Regione mette a disposizione dei comuni, delle ALER e degli operatori accreditati un'apposita piattaforma informatica.

TITOLO II

AZIENDE LOMBARDE PER L'EDILIZIA RESIDENZIALE

Art. 7

(Aziende lombarde per l'edilizia residenziale)

1. Le Aziende lombarde per l'edilizia residenziale (ALER) sono le seguenti:

- 1) ALER Milano;
- 2) ALER Pavia-Lodi;
- 3) ALER Brescia-Cremona-Mantova;
- 4) ALER Bergamo-Lecco-Sondrio;
- 5) ALER Varese-Busto Arsizio-Como-Monza e Brianza.

2. Le ALER sono enti pubblici di natura economica, dotati di personalità giuridica, di autonomia imprenditoriale e organizzativa, patrimoniale e contabile e di proprio statuto approvato dalla Regione ai sensi dell'articolo 9. Le ALER per l'esercizio delle funzioni di verifica e controllo dei requisiti di accesso, permanenza e pagamento dei canoni relativi ai servizi abitativi pubblici sono equiparate agli enti pubblici, anche ai fini della disciplina del trattamento dei dati. Le ALER sono lo strumento del quale la Regione e gli enti locali si avvalgono per la gestione unitaria dei servizi abitativi pubblici e per l'esercizio delle proprie funzioni nel campo delle politiche abitative, con particolare attenzione alla loro funzione sociale.

3. Le ALER sono organizzate in strutture decentrate sul territorio attraverso le unità operative gestionali, di seguito denominate U.O.G., dotate di un bacino ottimale di alloggi per una gestione efficiente. Le U.O.G. sono strutture organizzative che ricoprono funzioni gestionali, organizzative, manutentive, amministrative, di accompagnamento, supporto all'abitare e monitoraggio dei quartieri, in rapporto diretto con i comuni del bacino territoriale dove svolgono la loro attività.

4. Fermo restando l'obbligo per le ALER di dare piena attuazione alle disposizioni statali in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza, le stesse ALER assicurano, con riferimento agli alloggi di proprietà, adeguate forme di pubblicità agli elenchi degli assegnatari, dei morosi colpevoli e degli occupanti senza titolo, nonché ai canoni di locazione o alle indennità di occupazione applicati.

Art. 8

(Attività delle ALER)

1. Le ALER hanno il compito di soddisfare il fabbisogno riguardante i servizi abitativi pubblici nel quadro della programmazione regionale e sovracomunale anche mediante la realizzazione di attività imprenditoriali, purché prevalentemente finalizzate a tale funzione sociale. In particolare le ALER:

- a) attuano gli interventi di edilizia pubblica di recupero e di nuova costruzione, anche mediante l'acquisizione di immobili da destinare ai servizi abitativi pubblici, utilizzando risorse rese disponibili anche da altri soggetti pubblici;
- b) esercitano le funzioni amministrative concernenti le procedure per l'assegnazione dei servizi abitativi pubblici sulle unità abitative di loro proprietà;

- c) gestiscono il proprio patrimonio di edilizia residenziale e, se delegate, quello degli altri soggetti pubblici, favorendo la gestione dei servizi da parte dell'utenza; al fine di favorire la mobilità negli alloggi dei servizi abitativi pubblici ed in collaborazione con i comuni interessati, predispongono piani e programmi di edilizia residenziale sociale da destinare ai soggetti in situazione di revoca;
- d) possono, nell'ambito della gestione del proprio patrimonio di edilizia residenziale pubblica, avvalersi di operatori privati accreditati, limitatamente alle attività di natura sociale riferite agli inquilini;
- e) acquisiscono nuovo patrimonio, valorizzano e dismettono parte del patrimonio di edilizia residenziale proprio, ai sensi delle leggi di settore e dei programmi di valorizzazione approvati dalla Giunta regionale;
- f) possono redigere i progetti ed eseguire le opere relative ad urbanizzazioni, programmi e piani urbanistici attuativi per conto degli enti pubblici competenti;
- g) possono svolgere attività di consulenza ed assistenza tecnica a favore di operatori pubblici ed eventualmente anche a favore di privati nei modi e nei limiti stabiliti dal proprio statuto, previa stipulazione di apposita convenzione;
- h) possono formulare proposte agli enti competenti per la localizzazione degli interventi relativi a servizi abitativi sociali;
- i) realizzano piani per l'adeguamento alle disposizioni in materia di abbattimento delle barriere architettoniche e per il risparmio energetico;
- j) verificano la corretta ed economica gestione delle risorse, nonché l'imparzialità ed il buon andamento delle attività aziendali adottando un sistema di controllo di gestione; la verifica è svolta mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati;
- k) pubblicano sul proprio sito internet ad accessibilità libera il proprio bilancio, in particolare tutti i dati relativi ai lavori, agli importi ed ai soggetti coinvolti negli interventi di edilizia residenziale di recupero e di nuova costruzione, nonché quelli relativi all'acquisizione di immobili da destinare ad edilizia residenziale sociale;
- l) svolgono ogni altro compito attribuito loro dalle leggi e dai regolamenti.

2. Per lo svolgimento delle attività di cui al comma 1, le ALER possono partecipare, previa autorizzazione della Giunta regionale, con altri soggetti pubblici e privati, consorzi di imprese ed associazioni, a società o ad altri enti che abbiano come oggetto attività inerenti all'edilizia, nel rispetto dell'ordinamento vigente. L'autorizzazione regionale determina i limiti delle attività, le modalità di rendicontazione della stessa e gli indirizzi di reimpiego nell'ambito delle finalità istituzionali dell'ente.

Art. 9

(Statuto delle ALER)

1. Il presidente dell'ALER adotta la proposta di statuto, sentito il consiglio territoriale, sulla base di uno schema predisposto dalla Giunta regionale e approvato dal Consiglio regionale e la invia alla Giunta regionale per l'approvazione.

2. Qualora la Giunta regionale non si pronunci entro i successivi novanta giorni, lo statuto si intende approvato.

3. Le modificazioni allo statuto sono approvate con le medesime procedure di cui ai commi 1 e 2 del presente articolo.

4. Lo statuto definisce le norme fondamentali per l'organizzazione dell'ALER e, in particolare, definisce le attribuzioni e il funzionamento degli organi, le modalità di partecipazione degli utenti e del territorio, dei sindacati, degli inquilini e delle rappresentanze del terzo settore alla gestione dell'ALER, nonché le modalità di trasformazione e scioglimento delle stesse.

Art. 10

(Organi delle ALER)

1. Sono organi delle ALER:

- a) il presidente;
- b) il direttore generale;

- c) il consiglio territoriale;
- d) il collegio dei sindaci.

Art. 11

(Presidente)

1. Il presidente è il legale rappresentante e l'amministratore unico dell'ALER. La nomina del presidente spetta alla Giunta regionale, ai sensi della legge regionale 10 dicembre 2008, n.32 (Disciplina delle nomine e designazioni della Giunta regionale e del Presidente della Regione); l'incarico ha termine al compimento del sesto mese successivo alla scadenza della legislatura regionale ed è rinnovabile una sola volta.

2. L'indennità di carica del presidente è determinata dalla Giunta regionale, tenendo conto della complessità organizzativa, della dimensione economica e del patrimonio delle ALER e, in ogni caso, in misura non superiore all'indennità di carica del consigliere regionale.

3. Il presidente sovrintende all'attuazione degli indirizzi stabiliti dalla Giunta regionale, sentito il consiglio territoriale. L'incarico può essere revocato con atto motivato della Giunta regionale in relazione a:

- a) mancato raggiungimento degli obiettivi stabiliti dalla Giunta regionale, con particolare riferimento agli equilibri della gestione economica e finanziaria, previa definizione di idonei criteri temporali e di valutazione;
- b) mancata attuazione degli indirizzi stabiliti dalla Giunta regionale;
- c) perdurante superamento dei costi standard individuati dalla Giunta regionale;
- d) gravi violazioni di legge o di regolamento;
- e) gravi irregolarità amministrative e contabili.

4. Spetta al presidente in particolare:

- a) adottare la proposta di statuto e le successive modificazioni;
- b) approvare il bilancio;
- c) definire le articolazioni territoriali, quali strutture decentrate per l'esercizio delle funzioni di gestione;
- d) definire i piani annuali e pluriennali di attività;
- e) deliberare quant'altro previsto dallo statuto per l'attività dell'ente;
- f) nominare il direttore generale;
- g) proporre, d'intesa con il consiglio territoriale, i programmi di investimento relativi ad acquisizioni, dismissioni e nuove realizzazioni. Tali programmi vengono sottoposti all'approvazione della Giunta regionale nell'ambito del bilancio preventivo.

5. Per il presidente valgono le cause di inconfiribilità e incompatibilità previste dalla normativa statale, nonché le cause di esclusione, di incompatibilità e di conflitto di interessi previste dalla normativa regionale in materia di nomine di competenza della Giunta regionale.

Art. 12

(Direttore generale)

1. Il direttore generale è nominato dal presidente, ai sensi dell'articolo 11, comma 4, lettera f), tra gli iscritti in apposito elenco regionale, istituito e tenuto dalla Giunta regionale. Possono essere iscritti in tale elenco i dirigenti pubblici e privati muniti di diploma di laurea che abbiano ricoperto incarichi di direzione o di responsabilità tecnica, amministrativa, gestionale di durata almeno quinquennale. Con deliberazione della Giunta regionale sono definite le modalità di selezione e sono specificati i criteri da utilizzare per valutare l'adeguatezza della esperienza dirigenziale.

2. In ragione della dimensione economica e patrimoniale e della complessità organizzativa, lo statuto dell'ALER di Milano può prevedere che il direttore generale sia coadiuvato nell'esercizio delle sue funzioni da un direttore amministrativo e da un direttore sociale, nominati dal presidente nell'ambito dei ruoli dirigenziali dell'organico aziendale.

3. Il rapporto di lavoro del direttore generale, regolato da contratto di diritto privato, è a tempo determinato, con durata massima di anni cinque e si risolve alla scadenza, nonché in caso di decadenza o revoca del presidente e comunque nel caso di interruzione del mandato del presidente

stesso. In ogni caso il direttore generale resta in carica fino alla nomina del nuovo presidente. L'incarico è rinnovabile una sola volta nell'ambito di ogni mandato presidenziale. Il presidente stipula il contratto del direttore generale e può risolverlo anche anticipatamente:

- a) in caso di grave mancato raggiungimento degli obiettivi aziendali;
- b) qualora risultino accertati rilevanti scostamenti economici e finanziari rispetto agli obiettivi fissati, derivanti dall'attività di gestione;
- c) in caso di gravi violazioni di legge o gravi irregolarità amministrative e contabili.

4. Il direttore generale non può prestare attività presso la medesima ALER per più di dieci anni consecutivi.

5. Il trattamento economico del direttore generale è determinato dal presidente con riferimento ai limiti massimi individuati dalla Giunta regionale, tenendo conto della complessità delle attività risultanti dal bilancio e della consistenza del patrimonio di ogni ALER, nonché della retribuzione dei direttori generali della Giunta regionale. Il collocamento in aspettativa presso l'ente pubblico di provenienza senza assegni per tutto il periodo dell'incarico è requisito per la nomina. Il periodo di aspettativa è utile ai fini del trattamento di quiescenza e dell'anzianità di servizio.

6. Al direttore generale spetta la gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa, compresa l'adozione degli atti che impegnano l'ente verso l'esterno, mediante autonomi poteri di spesa, di organizzazione delle risorse umane e strumentali e di controllo nei limiti stabiliti dallo statuto; il direttore generale è responsabile della gestione e dei relativi risultati.

7. In particolare spetta al direttore generale:

- a) presiedere le commissioni di gara e di concorso con responsabilità delle relative procedure;
- b) stipulare i contratti e provvedere agli acquisti in economia e alle spese indispensabili per il normale e ordinario funzionamento;
- c) dirigere il personale e organizzare i servizi assicurando la funzionalità, l'economicità e la rispondenza dell'azione tecnico-amministrativa ai fini dell'ente;
- d) rappresentare in giudizio l'ALER, se delegato dal presidente, con facoltà di conciliare e transigere;
- e) presentare al presidente una relazione semestrale sullo stato di attuazione degli obiettivi assegnati; la relazione è trasmessa alla Giunta regionale;
- f) esercitare tutte le attribuzioni conferitegli dalla legge, dai regolamenti, dallo Statuto e compiere tutti gli atti di gestione non riservati ad altri organi dell'ALER;
- g) esercitare le funzioni di ufficiale rogante.

8. Il direttore generale può con proprio provvedimento delegare parte delle funzioni proprie ad altri dirigenti, ferma restando la sua responsabilità nei confronti del presidente.

9. L'incarico di direttore generale non è compatibile con quello di amministratore di istituzioni ed enti che abbiano parte nelle attività dell'ALER o con incarichi che determinino un oggettivo conflitto di interessi; le incompatibilità sono definite dallo statuto.

Art. 13

(Consiglio territoriale)

1. Il consiglio territoriale è formato da un numero di componenti, definito dalla Giunta regionale, variabile da un minimo di sette a un massimo di tredici. Di questi, da due a quattro, proporzionalmente al numero dei componenti del consiglio territoriale, sono indicati dalla minoranza. I componenti sono nominati dal Consiglio regionale, sulla base di apposito elenco, aggiornato periodicamente, in cui sono inseriti i sindaci dei comuni, sede di edifici di proprietà o in gestione ad ALER, dell'ambito territoriale di ciascuna ALER, che ne facciano richiesta. La Giunta regionale stabilisce i criteri e le modalità per l'istituzione e la tenuta dell'elenco, nonché per il relativo aggiornamento.

2. Alle sedute partecipano, con diritto di voto, i componenti o loro delegati. Il presidente e il direttore generale dell'ALER partecipano alle sedute del consiglio territoriale senza diritto di voto.

3. Il consiglio territoriale dura in carica cinque anni. Il presidente del consiglio territoriale è eletto dal consiglio stesso nella prima seduta di insediamento.

4. Il consiglio territoriale esprime pareri, anche di propria iniziativa, sui provvedimenti di competenza del presidente individuati dallo statuto di ciascuna ALER. Il consiglio territoriale esercita le seguenti funzioni:

- a) esprime pareri, anche di propria iniziativa, sui piani annuali e pluriennali di attività di cui all'articolo 11, comma 4, lettera d), nonché osservazioni e rilievi sull'andamento del fabbisogno abitativo presente nel territorio anche con riferimento ai programmi di intervento dell'ALER ed alla pianificazione urbanistica dei comuni;
- b) esprime pareri sulle proposte formulate dal presidente in merito ai programmi di investimento relativi ad acquisizioni, dismissioni e nuove realizzazioni;
- c) esprime, su richiesta del presidente, pareri su questioni attinenti all'attività dell'ente.

5. La partecipazione al consiglio territoriale è gratuita, salvo il rimborso delle spese documentate sostenute per il trasporto, nei limiti definiti con deliberazione della Giunta regionale.

Art. 14

(Collegio dei sindaci)

1. Il collegio dei sindaci è composto da tre membri effettivi e due supplenti nominati dal Consiglio regionale. I membri del collegio sono nominati tra esperti in materia di amministrazione e contabilità iscritti all'albo dei revisori dei conti. Il presidente è nominato dal Consiglio regionale con il medesimo provvedimento.

2. Il Consiglio regionale procede alle designazioni di cui al comma 1 ai sensi dell'articolo 129, comma 4, del Regolamento generale del Consiglio regionale.

3. Il collegio dei sindaci svolge le funzioni di controllo a norma degli articoli 2397 e seguenti del codice civile e del regolamento di amministrazione e contabilità dell'ALER. Esso verifica l'economicità e l'efficienza della gestione e ne riferisce al presidente. Il collegio dei sindaci, in sede di esame del bilancio, certifica lo stato di attuazione dei piani di cui all'articolo 11, comma 4, lettera d). Il collegio dei sindaci dura in carica cinque anni. Il collegio ha l'obbligo, qualora riscontri gravi irregolarità nella gestione dell'ALER, di riferirne immediatamente al Presidente della Giunta regionale e al Presidente del Consiglio regionale.

4. I sindaci che senza giustificato motivo non partecipano alle sedute del collegio per tre riunioni consecutive decadono dalla carica. Il collegio, su proposta del presidente, prende atto della decadenza e la segnala al Consiglio regionale che provvede alla sostituzione.

5. Non possono essere nominati membri del collegio sindacale i sindaci o amministratori o consulenti di imprenditori o di società fornitrici delle ALER od operanti in concorrenza con le stesse.

6. Ai componenti effettivi del collegio dei sindaci spetta una indennità per l'espletamento delle funzioni in misura non superiore al dieci per cento della parte fissa della retribuzione corrisposta ai direttori generali. Ai presidenti degli stessi collegi spetta un'indennità in misura non superiore al quindici per cento della parte fissa della retribuzione corrisposta ai direttori generali.

Art. 15

(Osservatorio per la legalità e la trasparenza)

1. È istituito presso ogni ALER l'Osservatorio per la legalità e la trasparenza, con particolare riguardo ai temi inerenti alle occupazioni abusive, la morosità, colpevole o incolpevole, e le tematiche connesse alle assegnazioni degli alloggi. L'Osservatorio deve riunirsi almeno due volte l'anno e la partecipazione è a titolo gratuito.

2. Fanno parte dell'Osservatorio:

- a) il presidente dell'ALER;
- b) il direttore generale dell'ALER;

c) cinque sindaci o loro delegati dei comuni delle ALER di competenza;

d) tre comandanti della polizia locale o loro delegati;

e) un rappresentante del coordinamento dei comitati inquilini;

f) due rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative sul territorio.

Art. 16**(Fonti di finanziamento)**

1. Le ALER provvedono al raggiungimento dei propri scopi mediante:

- a) i finanziamenti dello Stato, della Regione e degli enti locali destinati ai servizi abitativi pubblici;
- b) i canoni di locazione degli immobili di proprietà secondo i criteri e le modalità stabilite dalla normativa vigente per l'edilizia residenziale pubblica;
- c) i fondi integrativi appositamente stanziati dalla Regione e dai comuni per il perseguimento delle finalità inerenti al ruolo di calmieratori del mercato, per la tutela delle fasce più deboli e per le situazioni di particolare tensione abitativa;
- d) i proventi per spese tecniche e generali relative ai programmi di edilizia residenziale pubblica;
- e) i proventi derivanti dalla valorizzazione del patrimonio immobiliare;
- f) le ulteriori entrate derivanti dalle attività di cui all'articolo 8, comma 1, lettere a), f) e g) ed altre risorse destinate all'incremento dell'offerta abitativa, alla riqualificazione ed alla manutenzione del patrimonio abitativo, provenienti da finanziamenti appositamente stanziati dalla Regione;
- g) le eventuali altre entrate derivanti da lasciti, legati e donazioni.

Art. 17**(Bilancio e programmi di attività delle ALER)**

1. Il regolamento di amministrazione e contabilità disciplina il bilancio conformandosi ai principi desumibili dagli articoli 2423 e seguenti del codice civile.

2. In allegato al bilancio consuntivo, le ALER devono fornire dettagliati elementi informativi sui costi delle attività espletate e dei servizi prestati e sui corrispettivi introitati, specificando in particolare:

- a) la quota dei costi generali non ripartibili;
- b) la quota dei costi generali imputabili a ciascuna tipologia delle attività espletate e dei servizi prestati;
- c) ogni ulteriore indicazione rilevante ai fini della rilevazione dell'efficienza ed economicità dell'azienda in generale, nonché delle sue diverse attività gestionali.

3. La Giunta regionale adotta uno schema-tipo di bilancio di esercizio e di previsione ai fini di uniformità gestionale delle ALER e, per le finalità di cui all'articolo 8, comma 1, lettera j), definisce strumenti, schemi, flussi informativi strutturati e modalità per uniformare le procedure di rilevazione delle informazioni e dei dati economico-finanziari delle aziende, anche desumendoli dalle scritture di contabilità analitica.

4. La Giunta regionale definisce altresì un sistema di indicatori economici, finanziari ed organizzativi atti a misurare le performance del management delle ALER, inerenti al conseguimento degli obiettivi aziendali e all'attuazione degli indirizzi regionali.

Art. 18**(Controllo sugli atti delle ALER)**

1. Il presidente trasmette alla Giunta regionale il bilancio di previsione e di esercizio e semestralmente la relazione sull'andamento della gestione finanziaria e sull'attuazione degli indirizzi stabiliti dalla Giunta regionale.

2. Su tali atti la Giunta regionale formula osservazioni ed eventuali rilievi entro sessanta giorni dal ricevimento.

Art. 19**(Stato giuridico e trattamento economico del personale)**

1. Al personale delle ALER si applicano gli istituti attinenti allo stato giuridico, economico e previdenziale dei dipendenti delle aziende, società ed enti pubblici ed economici aderenti a Federcasa e il relativo contratto collettivo nazionale di lavoro, fatto salvo quanto disposto dall'articolo 12 per il direttore generale.

2. A quanto stabilito dal comma 1 è data applicazione dopo la determinazione della dotazione organica del personale delle ALER da effettuare entro dodici mesi dall'approvazione dello statuto.

Art. 20

(Diritti dell'utente)

1. Le ALER determinano i criteri e promuovono gli strumenti operativi che garantiscono la rappresentanza degli interessi e dei diritti dell'utenza.
2. La Regione e le ALER, al fine di garantire un corretto e trasparente rapporto tra le parti, promuovono e favoriscono la partecipazione delle rappresentanze sindacali e dei comitati degli inquilini, per l'esame congiunto delle problematiche relative alle politiche abitative del territorio. A tal fine viene istituita in ogni U.O.G. una consulta dove sono direttamente coinvolti gli inquilini riuniti in comitati e i comitati di autogestione e le loro rappresentanze sindacali, come luogo in cui gli stessi partecipano al processo di formazione delle valutazioni di efficacia delle attività delle U.O.G.e di raccolta dei maggiori bisogni dei quartieri di servizi abitativi pubblici, nonché di responsabilizzazione dell'utenza nella cura del patrimonio pubblico. La consulta si rapporta periodicamente, almeno una volta l'anno, con l'Osservatorio per la trasparenza e la legalità. La partecipazione alla consulta è a titolo gratuito.
3. La Giunta regionale, sentite la competente commissione consiliare e le organizzazioni sindacali degli assegnatari, emana un apposito schema-tipo per le ALER riguardante:
 - a) il regolamento dei diritti e doveri dell'utenza, nel rispetto del principio di partecipazione ai sensi della legge 7 agosto 1990, n.241 (Nuove norme sul procedimento amministrativo);
 - b) un protocollo di relazioni sindacali che definisca le modalità del confronto in merito al funzionamento del servizio ed alla programmazione degli interventi.
4. Le ALER provvedono alla formulazione ed approvazione di una Carta dei servizi, anche allo scopo di favorire la gestione diretta, da parte dell'utenza, dei servizi stessi.

TITOLO III**SERVIZI ABITATIVI PUBBLICI****Capo i****Disciplina dei servizi abitativi pubblici****Art. 21****(Ambito di applicazione)**

1. I servizi abitativi pubblici si rivolgono ai nuclei familiari che si trovano in uno stato di disagio economico, familiare ed abitativo, accertato ai sensi del regolamento di cui all'articolo 23, che non consente loro di accedere alla locazione di alloggi alle condizioni di mercato, ovvero ai servizi abitativi sociali di cui al titolo IV.
2. Ai fini della presente legge, il nucleo avente diritto ai servizi abitativi pubblici è costituito da una sola persona, anche genitore separato o divorziato, ovvero dalle persone di seguito elencate:
 - a) coniugi non legalmente separati, soggetti di cui all'articolo 1, comma 2, della legge 20 maggio 2016, n.76 (Regolamentazione delle unioni civili tra persone dello stesso sesso e disciplina delle convivenze);
 - b) conviventi di fatto ai sensi della normativa statale, anagraficamente conviventi da almeno due anni alla data di presentazione della domanda;
 - c) figli anagraficamente conviventi, o figli non anagraficamente conviventi di genitori separati o divorziati destinatari di provvedimenti dell'Autorità giudiziaria che prevedono tempi paritetici di cura e frequentazione degli stessi e il rilascio della casa familiare;
 - d) persone legate da vincoli di parentela fino al terzo grado o di affinità fino al secondo grado, anagraficamente conviventi da almeno un anno alla data di presentazione della domanda.
3. Agli avvisi pubblici di cui all'articolo 6, comma 3, sono ammessi a partecipare anche i nuclei familiari di nuova formazione costituiti prima della consegna dell'alloggio.
4. I termini di cui alle lettere b) e d) del comma 2, non si applicano qualora si tratti di soggetti affidati con provvedimento dell'autorità giudiziaria e di ultrasessantacinquenni o invalidi o disabili affetti da minorazioni o malattie invalidanti che comportino una percentuale di invalidità permanente pari o superiore al 66 per cento, riconosciuta ai sensi delle vigenti normative, ovvero con grave handicap o patologia con prognosi ad esito infausto.

5. Sono permanentemente destinati a servizi abitativi pubblici tutti gli alloggi sociali realizzati o recuperati da enti pubblici, anche con il concorso o contributo dello Stato o della Regione, nonché quelli acquisiti a qualunque titolo dagli enti locali e dalle ALER, adibiti a soddisfare il bisogno abitativo dei nuclei familiari che si trovano nelle condizioni di cui al comma 1.

6. Le disposizioni di cui al presente capo non si applicano agli alloggi realizzati, recuperati o acquistati dalle cooperative di abitazione per i propri soci, ovvero con programmi di edilizia agevolata o convenzionata. Sono altresì esclusi gli alloggi di servizio ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 30 dicembre 1972, n.1035 (Norme per l'assegnazione e la revoca nonché per la determinazione e la revisione dei canoni di locazione degli alloggi di edilizia residenziale pubblica) e quelli di proprietà di enti previdenziali.

Art. 22

(Beneficiari dei servizi abitativi pubblici)

1. I beneficiari dei servizi abitativi pubblici devono avere i seguenti requisiti:

- a) cittadinanza italiana o di uno Stato dell'Unione europea ovvero condizione di stranieri titolari di permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo ai sensi del decreto legislativo 8 gennaio 2007, n.3 (Attuazione della direttiva 2003/109/CE relativa allo status di cittadini di Paesi terzi soggiornanti di lungo periodo) o di stranieri regolarmente soggiornanti in possesso di permesso di soggiorno almeno biennale e che esercitano una regolare attività di lavoro subordinato o di lavoro autonomo ai sensi dell'articolo 40, comma 6, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n.286 (Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero);
- b) residenza anagrafica o svolgimento di attività lavorativa in Regione Lombardia per almeno cinque anni nel periodo immediatamente precedente la data di presentazione della domanda;
- c) condizione economica del nucleo familiare da accertarsi sulla base di criteri unificati di valutazione della situazione economica dei soggetti che richiedono prestazioni sociali;
- d) assenza di titolarità di diritti di proprietà o di altri diritti reali di godimento su beni immobili adeguati alle esigenze del nucleo familiare, ubicati nel territorio italiano o all'estero;
- e) assenza di precedenti assegnazioni di alloggi sociali per cui, nei precedenti cinque anni, è stata dichiarata la decadenza o si è proceduto alla risoluzione del contratto di locazione;
- f) assenza di eventi di occupazione abusiva di alloggio o di unità immobiliare ad uso non residenziale o di spazi pubblici e/o privati negli ultimi cinque anni.

2. I requisiti di cui al comma 1 devono essere posseduti dai richiedenti secondo le modalità stabilite con il regolamento di cui all'articolo 23, tenuto conto dei limiti fissati dai commi 7 e 8 dell'articolo 23.

3. Al fine di consentire ai comuni ed alle ALER la verifica del requisito di cui al comma 1, lettera f), la Giunta regionale istituisce una banca dati degli occupanti senza titolo di unità abitative pubbliche, disciplinando criteri e modalità per l'accesso e l'aggiornamento periodico. I dati e le informazioni per l'aggiornamento della banca dati regionale sono forniti da comuni, ALER ed operatori accreditati e costituiscono debito informativo nei confronti della Regione.

4. In attuazione delle previsioni di cui all'articolo 5 della legge regionale 24 giugno 2014, n.18 (Norme a tutela dei coniugi separati o divorziati, in condizione di disagio, in particolare con figli minori), ai fini del possesso del requisito di cui alla lettera d), del comma 1, non si considerano i diritti di proprietà o altri diritti reali di godimento relativi alla casa coniugale in cui risiedono i figli, se quest'ultima è assegnata, in sede di separazione personale o divorzio, al coniuge o comunque non è nella disponibilità del soggetto richiedente.

Art. 23

(Accesso e permanenza nei servizi abitativi pubblici)

1. Le funzioni amministrative concernenti le procedure di selezione per l'accesso ai servizi abitativi pubblici spettano ai comuni, che possono avvalersi per le attività istruttorie della collaborazione dell'ALER territorialmente competente previa stipula di apposita convenzione.

2. Al fine di soddisfare il fabbisogno abitativo primario e di rendere accessibile il patrimonio abitativo disponibile e non utilizzato, i comuni possono integrare l'offerta dei servizi abitativi pubblici con unità abitative conferite da soggetti pubblici e privati, compresi gli operatori accreditati, da reperire attraverso procedure ad evidenza pubblica e da disciplinare mediante apposite convenzioni di durata non inferiore ad otto anni rinnovabili in forma espressa. Alle unità abitative temporaneamente destinate a servizi abitativi pubblici si applicano le disposizioni della presente legge e dei regolamenti attuativi. Per la loro gestione, i comuni possono avvalersi di operatori accreditati ovvero dell'ALER territorialmente competente.

3. I nuclei familiari in condizioni di indigenza accedono ai servizi abitativi pubblici attraverso la presa in carico da parte dei servizi sociali comunali, nell'ambito di programmi volti al recupero dell'autonomia economica e sociale. Ai fini della presente legge, si considerano in condizioni di indigenza i nuclei familiari che dichiarano una situazione economica pari o inferiore all'indicatore di situazione economica equivalente (ISEE) corrispondente ad una soglia di povertà assoluta e di grave deprivazione materiale determinata con regolamento regionale da adottare entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, avendo come parametro economico di riferimento l'assegno sociale erogato dall'INPS. Al fine di garantire la sostenibilità economica e di favorire l'integrazione sociale nei servizi abitativi pubblici, le assegnazioni riguardanti i nuclei familiari in condizioni di indigenza presi in carico dai servizi sociali comunali, sono disposte nella misura massima del 20 per cento delle unità abitative annualmente disponibili. I comuni possono superare la suddetta soglia con riguardo al patrimonio di proprietà comunale, garantendo la copertura delle relative spese di alloggio.

4. Per accedere ai servizi abitativi pubblici i nuclei familiari, a seguito dell'avviso pubblico di cui all'articolo 6, comma 3, presentano la domanda di assegnazione attraverso la piattaforma informatica regionale, nella quale sono pubblicate le unità abitative effettivamente disponibili suddivise per ente proprietario. I comuni, le ALER e gli enti gestori, supportano, attraverso un apposito servizio, i soggetti richiedenti nella presentazione delle domande di accesso ai servizi abitativi pubblici. Sulla base delle domande presentate, la piattaforma informatica effettua gli abbinamenti, tenuto conto della composizione dei nuclei familiari e delle caratteristiche delle unità abitative da assegnare, e forma per ciascuna unità abitativa una graduatoria la cui validità è funzionale alla successiva assegnazione.

5. Sulla base delle graduatorie formate dalla piattaforma informatica regionale, i comuni e le ALER assegnano le unità abitative, previa verifica del possesso dei requisiti per l'accesso ai servizi abitativi pubblici nonché delle condizioni familiari, abitative ed economiche dichiarate al momento della domanda. I comuni, le ALER e gli enti gestori stipulano il contratto di locazione, predisposto secondo uno schema tipo approvato dalla Giunta regionale.

6. L'assegnazione delle unità abitative è effettuata in modo da assicurare l'integrazione sociale attraverso la presenza di nuclei familiari diversificati per categoria e composizione, in base ai criteri stabiliti nel regolamento regionale di cui al comma 3, tenuto conto delle seguenti categorie: anziani, famiglie di nuova formazione, famiglie monoparentali, appartenenti alle forze di polizia di cui all'articolo 16 della legge 1° aprile 1981, n.121 (Nuovo ordinamento dell'Amministrazione della pubblica sicurezza), disabili ovvero altre categorie di particolare e motivata rilevanza sociale.

7. Il limite economico massimo per l'accesso ai servizi abitativi pubblici è stabilito dal regolamento regionale con riferimento all'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) del nucleo familiare richiedente.

8. Il limite economico massimo per la permanenza nei servizi abitativi pubblici è stabilito dal regolamento regionale con riferimento all'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) del nucleo familiare assegnatario. Gli assegnatari la cui situazione economica equivalente (ISEE) supera la soglia economica di permanenza decadono dal diritto di usufruire del servizio abitativo pubblico.

9. Con il regolamento regionale di cui al comma 3 sono disciplinati:

a) le procedure e le modalità di programmazione triennale dell'offerta di servizi abitativi pubblici;

- b) i requisiti per l'accesso ai servizi abitativi pubblici e la soglia economica dell'indigenza nonché le soglie economiche che per l'accesso e la permanenza dei nuclei familiari nei servizi abitativi pubblici;
- c) le modalità, le procedure e i termini per la pubblicazione, la selezione e l'assegnazione delle unità abitative mediante la piattaforma informatica regionale, che tengano conto anche delle unità abitative che si rendono disponibili nel periodo intercorrente tra la data di pubblicazione dell'avviso e la scadenza del termine per la presentazione delle domande di assegnazione;
- d) lo schema tipo di avviso pubblico;
- e) le condizioni di disagio economico, familiare ed abitativo dei nuclei familiari, nonché i relativi punteggi ai fini della formazione delle graduatorie per unità abitativa finalizzata all'assegnazione;
- f) i termini per la conclusione dei procedimenti di selezione e assegnazione delle unità abitative;
- g) la decadenza dall'assegnazione dell'alloggio sociale nei casi di mutamento delle condizioni economiche del nucleo familiare assegnatario e di titolarità del diritto di proprietà o di altri diritti reali di godimento su un alloggio adeguato alle esigenze del nucleo familiare ubicato nella stessa provincia di residenza o ad una distanza inferiore a 70 chilometri;
- h) la mobilità dai servizi abitativi pubblici ai servizi abitativi sociali e viceversa, nei casi in cui si modificano le condizioni economiche del nucleo familiare.

10. Il regolamento di cui al comma 3 disciplina altresì le condizioni oggettive e soggettive di disagio, nonché i relativi punteggi per la formazione della graduatoria, che tengono conto:

- a) del disagio familiare, dato dalla presenza di persone ultrasessantacinquenni, con grave disabilità, minori, famiglie di nuova formazione, persone sole, genitori separati o divorziati;
- b) del disagio abitativo, dato da condizioni abitative e dell'alloggio improprie, sovraffollamento, presenza di barriere architettoniche o da altre situazioni meritevoli di attenzione;
- c) del disagio economico, dato dalla situazione economica del nucleo familiare;
- d) del periodo di residenza nel comune dove è localizzata l'unità abitativa da assegnare e della durata del periodo di residenza in Regione.

11. I comuni e le ALER pubblicano in apposita sezione della piattaforma informatica regionale, nella misura massima del 30 per cento delle unità abitative effettivamente disponibili in ciascun avviso, le unità abitative destinate a servizi abitativi pubblici non assegnabili per carenza di manutenzione, determinando, per ciascuna di esse, gli interventi indispensabili per renderle abitabili, i costi e i tempi di esecuzione delle opere. Tali unità abitative sono assegnate attraverso la stipula di una specifica convenzione in forza della quale l'assegnatario si impegna ad anticipare tutte o parte delle spese dell'intervento, che sono decurtate dai futuri canoni secondo un piano concordato.

12. Il diritto di subentro nell'alloggio sociale è consentito solo ai componenti del nucleo familiare presenti all'atto dell'assegnazione e che abbiano convissuto continuativamente con l'assegnatario sino al momento del decesso di quest'ultimo, purché in possesso dei requisiti di permanenza nei servizi abitativi pubblici. Resta fermo il diritto di subentro nell'alloggio sociale per coloro che, successivamente all'assegnazione, entrano a far parte del nucleo familiare per ampliamento dello stesso a seguito di nascita, matrimonio, unione civile, convivenza di fatto con il titolare dell'assegnazione o provvedimento dell'autorità giudiziaria.

13. Al fine di contenere il disagio abitativo di particolari categorie sociali, soggette a procedure esecutive di rilascio degli immobili adibiti ad uso di abitazione e per ogni altra esigenza connessa alla gestione di situazioni di grave emergenza abitativa, in particolare nei comuni ad alta tensione abitativa, ALER e comuni destinano una quota del proprio patrimonio abitativo a servizi abitativi transitori, nell'ambito del piano triennale dell'offerta abitativa pubblica e sociale e dei suoi aggiornamenti annuali, nella misura massima del 10 per cento delle unità abitative annualmente disponibili. Le unità abitative a tali fini individuate sono temporaneamente escluse dalla disciplina dei servizi abitativi pubblici. Tali unità abitative sono assegnate ai nuclei familiari in possesso dei requisiti per l'accesso ai servizi abitativi pubblici per una durata massima di dodici mesi non rinnovabili, mediante provvedimento motivato del comune e comunicato alla Regione, secondo le modalità stabilite dalla Giunta regionale. I comuni possono incrementare la disponibilità di servizi

abitativi transitori con unità abitative conferite da soggetti pubblici e privati, compresi gli operatori accreditati, da reperire attraverso procedure ad evidenza pubblica e da disciplinare mediante apposite convenzioni, rinnovabili in forma espressa. Per tali finalità, le suddette unità abitative o loro porzioni, sono temporaneamente escluse dalla disciplina dei servizi abitativi pubblici, previa comunicazione alla Giunta regionale. Per la gestione dei servizi abitativi transitori di cui al presente comma, i comuni possono avvalersi di operatori accreditati ovvero dell'ALER territorialmente competente.

Art. 24

(Canone di locazione dei servizi abitativi pubblici)

1. Il canone di locazione dei servizi abitativi pubblici è destinato a compensare i costi di gestione, compresi gli oneri fiscali, e a garantire la manutenzione ordinaria per la buona conservazione del patrimonio immobiliare. Eventuali eccedenze, al netto della fiscalità e degli oneri finanziari, sono destinate al miglioramento e allo sviluppo del patrimonio abitativo destinato ai servizi abitativi pubblici.

2. Il canone di locazione è calcolato avendo a riferimento:

a) il valore dell'immobile che tiene conto del costo di costruzione dell'edilizia pubblica, della dimensione e delle caratteristiche dell'alloggio, quali la classe demografica del comune, l'ubicazione, l'anno di costruzione o ristrutturazione, il livello di piano, lo stato di conservazione e manutenzione;

b) la condizione economica del nucleo familiare assegnatario misurata in base all'indicatore di situazione economica equivalente (ISEE).

3. Con regolamento regionale da adottare entro ventiquattro mesi dall'entrata in vigore della presente legge, sono disciplinati le modalità di calcolo, i requisiti per la determinazione del canone, la progressività del canone di locazione al variare della condizione economica del nucleo familiare assegnatario, nonché il canone minimo di riferimento da applicarsi per i nuclei familiari in condizioni di indigenza. Il regolamento regionale stabilisce una soglia percentuale massima del costo della locazione sociale, riguardante la somma delle spese che il nucleo familiare assegnatario sostiene sia per il pagamento del canone di locazione sia per i servizi comuni, calcolata con riferimento all'indicatore di situazione economica (ISE) del nucleo familiare. Nei limiti di tale soglia percentuale, il valore del canone di locazione non può in ogni caso essere superiore al 25 per cento dell'indicatore di situazione economica (ISE) del nucleo familiare.

Art. 25

(Sostenibilità dei servizi abitativi pubblici)

1. I servizi abitativi pubblici assolvono ad una funzione di interesse generale e di salvaguardia della coesione sociale alla cui sostenibilità concorrono in modo responsabile ed integrato Regione, comuni e ALER.

2. La Regione concorre, insieme ai comuni e alle ALER, a sostenere l'accesso ai servizi abitativi pubblici dei nuclei familiari in condizioni di indigenza di cui all'articolo 23, comma 3, attraverso un contributo regionale di solidarietà per il nucleo familiare, a carattere temporaneo, che sostiene il pagamento del canone e dei servizi a rimborso nell'ambito dei programmi volti al recupero dell'autonomia economica e sociale. Qualora la condizione di indigenza del nucleo familiare dovesse permanere al termine del contributo finanziario regionale, ferma restando la presa in carico da parte dei servizi sociali comunali per le misure di assistenza che si rendono necessarie, i comuni e le ALER si fanno carico dei costi di locazione di tali nuclei, in base alle unità abitative di proprietà di ciascun ente. Le condizioni di accesso, la misura e la durata del contributo finanziario regionale, sono definite con regolamento della Giunta regionale da adottare entro dodici mesi dall'entrata in vigore della presente legge.

3. Al fine di sostenere gli assegnatari dei servizi abitativi pubblici in comprovate difficoltà economiche di carattere transitorio, è istituito un contributo regionale di solidarietà, a carattere temporaneo, che copre il pagamento dei servizi a rimborso e, nei casi e modi previsti dal regolamento regionale, integra la differenza tra canone applicato e canone minimo per la prestazione del servizio.

Le condizioni di accesso, la misura e la durata del contributo finanziario regionale sono definiti con regolamento della Giunta regionale da adottare entro dodici mesi dall'entrata in vigore della presente legge.

4. Al fine di perseguire l'obiettivo dell'aumento dell'offerta di alloggi sociali in locazione, con la conseguente riduzione del disagio abitativo dei nuclei familiari svantaggiati, è istituito un fondo per i servizi abitativi pubblici finalizzato a sostenere interventi di nuova edificazione, acquisto, recupero e riqualificazione di alloggi – 10 –

sociali pubblici. Il fondo è alimentato da risorse nazionali, comunitarie e autonome regionali nei limiti delle disponibilità annuali in bilancio.

5. Gli enti proprietari di patrimonio immobiliare destinato a servizi abitativi pubblici provvedono alla manutenzione ordinaria. La Regione concorre, insieme alle ALER, alla manutenzione straordinaria del patrimonio immobiliare delle aziende destinato a servizi abitativi pubblici. I comuni garantiscono la manutenzione straordinaria del proprio patrimonio immobiliare destinato a servizi abitativi pubblici.

Art. 26

(Sistemi dei controlli sui servizi abitativi pubblici)

1. Gli enti gestori di servizi abitativi pubblici adottano, con cadenza annuale, piani di controllo finalizzati a:

- a) prevenire e contrastare il fenomeno delle occupazioni abusive;
- b) verificare la situazione reddituale e la permanenza dei requisiti di assegnazione degli assegnatari, da effettuarsi in collaborazione con il comune, avvalendosi di protocolli di intesa con gli enti competenti e tramite accessi ai sistemi informativi degli enti;
- c) verificare la morosità dei nuclei familiari assegnatari di servizi abitativi pubblici.

2. I comuni e la Regione vigilano sull'efficacia con la quale gli enti gestori attuano i piani di controllo di cui al comma 1.

3. Al fine di prevenire e contrastare azioni illegali come l'occupazione abusiva di alloggi, la cessione a terzi dell'alloggio assegnato, atti vandalici o intimidatori, i comuni, di concerto con gli enti gestori, possono promuovere l'adozione di strumenti per la formazione di un contesto sociale e abitativo sicuro, tra cui i patti locali di sicurezza urbana, il custode sociale, il portierato sociale, l'apertura di spazi nei quartieri partecipati dai cittadini residenti, quali presidi attivi degli abitanti, la realizzazione di impianti di videosorveglianza in base alle vigenti leggi. Gli spazi non residenziali inutilizzati possono essere messi a disposizione per un tempo determinato per attività sociali o nuove attività imprenditoriali in grado di aumentare l'integrazione socio-abitativa dei quartieri e sostenere lo sviluppo locale. Tali spazi possono essere altresì adibiti a funzioni di presidio e sicurezza, da parte di forze dell'ordine, polizie locali o per servizi di guardia particolare giurata.

4. Al fine di contribuire al contenimento della morosità, l'ente gestore può prevedere misure una tantum di riduzione dell'ammontare del canone di locazione, nella misura massima di una mensilità, a favore degli inquilini che optano per il pagamento del canone di locazione e dei servizi a rimborso mediante domiciliazione bancaria.

5. L'ente gestore, per gli inquilini in condizione di accertata morosità incolpevole, può concordare con l'assegnatario, che ne faccia richiesta, un piano di rientro modulato per un tempo compatibile con la condizione economica del nucleo familiare e che preveda il pagamento del debito pregresso senza oneri aggiuntivi.

6. I comuni e le ALER procedono, previo esperimento del contraddittorio, all'annullamento del provvedimento di assegnazione con atto notificato all'assegnatario nei seguenti casi:

- a) qualora l'assegnatario non fornisca le autocertificazioni richieste, ovvero fornisca false o mendaci informazioni quali risultano dall'attività di controllo o in occasione dell'aggiornamento periodico dell'anagrafe regionale dell'utenza;
- b) qualora venga accertata la morosità colpevole dell'assegnatario in relazione al pagamento del canone di locazione, ovvero al rimborso delle spese per i servizi, per un periodo pari ad almeno dodici mensilità anche non consecutive negli ultimi ventiquattro mesi;

c) qualora l'assegnatario assuma reiterati comportamenti contrari ai regolamenti dell'ente gestore, ovvero a danno di persone o del patrimonio residenziale pubblico.

7. Il provvedimento di annullamento dell'assegnazione:

a) comporta la risoluzione di diritto del contratto di locazione;

b) determina l'obbligo per l'assegnatario di rilascio dell'alloggio in un termine non eccedente i sei mesi;

c) costituisce titolo esecutivo nei confronti dell'assegnatario e di chiunque occupi l'alloggio e non è soggetto a graduazioni o proroghe.

8. L'assegnatario per il quale l'ente gestore ha proceduto alla risoluzione del contratto di locazione non può partecipare alle procedure di assegnazione di servizi abitativi pubblici e sociali per i cinque anni successivi alla data di notifica della risoluzione. In caso di violazione del divieto di cui al primo periodo la domanda di partecipazione è inammissibile e l'eventuale contratto di locazione, se stipulato, è nullo.

9. Entro sei mesi dall'entrata in vigore del regolamento regionale di cui all'articolo 23, comma 3, gli enti proprietari aggiornano l'anagrafe regionale dell'utenza. L'assegnatario la cui condizione economica supera la soglia economica di permanenza nei servizi abitativi pubblici decade dal diritto di usufruire di tali servizi e deve rilasciare l'unità abitativa assegnata entro ventiquattro mesi dalla dichiarazione di decadenza da parte dell'ente proprietario. Entro questo termine, l'ente proprietario formula una proposta di mobilità presso altra unità abitativa di dimensioni e caratteristiche idonee alla composizione del nucleo familiare e con un canone di locazione determinato sulla base della condizione economica attuale del nucleo familiare. L'ente proprietario può ricorrere ad unità abitative di proprietà degli operatori accreditati, qualora non disponga di unità abitative idonee alle caratteristiche del nucleo familiare. Al nucleo familiare si applica, a decorrere dalla dichiarazione di decadenza, un canone di locazione determinato sulla base della condizione economica attuale dello stesso.

10. Decorsi ventiquattro mesi dalla dichiarazione di decadenza, nel caso in cui l'assegnatario abbia rifiutato la proposta di mobilità di cui al comma 9 o non abbia ancora rilasciato l'unità abitativa, l'ente proprietario avvia la procedura di rilascio dell'unità abitativa.

11. Qualora l'unità abitativa sia occupata da soli anziani ultrasessantacinquenni o nel nucleo siano presenti disabili o soggetti con patologie croniche e gravemente invalidanti non si applicano le disposizioni per il rilascio dell'unità abitativa di cui ai commi 9 e 10 e il canone di locazione è rideterminato sulla base della condizione economica attuale del nucleo.

Art. 27

(Autogestione)

1. Gli enti proprietari promuovono l'autogestione da parte degli assegnatari dei servizi accessori e degli spazi comuni, fornendo alle gestioni autonome l'assistenza tecnica, amministrativa, legale, necessaria per la loro costituzione e per il corretto funzionamento.

2. Le gestioni autonome sono costituite mediante convenzione e sono disciplinate da apposito regolamento approvato dall'ente proprietario nel rispetto delle norme poste a tutela della sicurezza e della incolumità delle persone, sentite le organizzazioni degli assegnatari. La Giunta regionale definisce le tipologie di servizi accessori autogestiti, i criteri e le modalità di funzionamento delle gestioni autonome nonché lo schema tipo di regolamento di cui al presente comma.

3. L'ente proprietario può motivatamente deliberare di non dare corso alla gestione autonoma nel caso si presentino particolari difficoltà, ovvero di interromperla in qualsiasi momento in caso di cattivo funzionamento.

4. La cessazione della gestione autonoma può essere richiesta con motivata deliberazione dell'assemblea degli assegnatari; l'ente proprietario delibera in merito alla richiesta nei sessanta giorni successivi all'adozione della deliberazione suddetta.

5. Gli assegnatari hanno facoltà di incaricare, con comunicazione scritta, gli enti gestori della riscossione della quota mensile di adesione all'organizzazione sindacale prescelta.

Capo ii

Alienazione e valorizzazione del patrimonio abitativo pubblico

Art. 28

(Finalità e disposizioni comuni)

1. Il presente capo disciplina l'alienazione e la valorizzazione del patrimonio abitativo pubblico mediante programmi di razionalizzazione e sviluppo di competenza regionale. Con deliberazione della Giunta regionale sono emanate le modalità attuative del presente capo.

2. Gli enti proprietari possono procedere alla alienazione e valorizzazione di unità abitative esclusivamente per esigenze di razionalizzazione, economicità e diversificazione della gestione del patrimonio, nella misura massima del 15 per cento delle unità abitative di cui risultano proprietari alla data di entrata in vigore della presente legge. Nell'ambito della percentuale di cui al primo periodo, le unità abitative alienabili, incluse quelle conferite ai fondi immobiliari di cui all'articolo 11 del decreto legge 25 giugno 2008, n.112 (Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria) convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n.133, non possono eccedere la quota percentuale del 5 per cento. La restante quota percentuale è valorizzabile esclusivamente con le modalità alternative di cui all'articolo 31.

3. I proventi delle alienazioni e valorizzazioni sono destinati al recupero ed alla riqualificazione del patrimonio abitativo pubblico e, solo in via residuale, all'acquisto ed alla nuova realizzazione di alloggi sociali.

4. Per le finalità di cui al comma 2, i comuni, anche in forma associata, e le ALER predispongono un programma per l'alienazione e la valorizzazione del patrimonio abitativo pubblico. Il programma può prevedere l'alienazione di alloggi, liberi o occupati, o anche altre modalità di valorizzazione, come previsto all'articolo 31. Il programma è elaborato previa valutazione del fabbisogno di servizi abitativi pubblici e sociali sul territorio comunale e nel rispetto, oltre che delle presenti disposizioni, della programmazione regionale e delle modalità indicate dalla Giunta regionale; il programma è approvato dalla Giunta regionale entro sessanta giorni dal ricevimento della proposta. Il programma ha durata triennale e deve essere sottoposto a nuova approvazione, qualora decorso il triennio, l'ente proprietario intenda completarne l'attuazione. Il prezzo di vendita è fissato dall'ente proprietario tenendo conto della vetustà e dello stato di conservazione dell'immobile in relazione al valore di mercato. A tal fine, l'ente proprietario comunica annualmente alla Giunta regionale le unità abitative alienate o diversamente valorizzate, l'ammontare dei proventi percepiti ed il relativo utilizzo. Il completo utilizzo dei proventi è condizione necessaria per l'approvazione dei nuovi programmi di alienazione e valorizzazione nonché per accedere ai finanziamenti concessi dalla Regione per le medesime finalità.

5. Le unità abitative alienate non possono essere rivendute prima che siano decorsi dieci anni dalla data di registrazione del contratto di acquisto, salvo il decesso dell'acquirente. In tutti i contratti di vendita di unità abitative deve essere inserita, a pena di nullità, la previsione del diritto di prelazione a favore dell'ente alienante.

6. Anche al fine di garantire la sicurezza degli immobili e per contrastare il fenomeno delle occupazioni abusive, gli enti proprietari assicurano il pieno utilizzo delle autorimesse, dei posti auto e delle unità non residenziali. Nel programma gli enti proprietari favoriscono l'alienazione delle autorimesse e dei posti auto ai residenti nell'immobile oggetto del programma. Il prezzo di vendita è fissato dall'ente proprietario tenendo conto della vetustà e dello stato di conservazione dell'immobile in relazione al valore di mercato.

Art. 29

(Alloggi assegnati)

1. Il programma di cui all'articolo 28, comma 4, può ricomprendere la vendita di alloggi assegnati qualora si tratti di unità abitative collocate in condominio in cui la proprietà pubblica è minoritaria in relazione al valore delle quote millesimali o di interi edifici la cui vendita risponde ad esigenze di razionalizzazione ed economicità, in considerazione dello stato di degrado o della particolare caratterizzazione tipologica o strutturale.

2. I comuni e le ALER determinano il valore di mercato delle unità abitative mediante apposita perizia redatta dal soggetto proprietario, in coerenza con le valutazioni dell'Osservatorio del mercato immobiliare dell'Agenzia delle Entrate. L'importo così determinato è ridotto del 20 per cento al fine di individuare il valore dell'immobile occupato.

3. L'assegnatario ha diritto ad acquistare l'immobile a un prezzo inferiore del 20 per cento del valore determinato ai sensi del comma 2. Le spese di stipula dell'atto sono a carico dell'acquirente.

4. Hanno titolo all'acquisto degli alloggi nel piano di vendita gli assegnatari conduttori di un alloggio di servizi abitativi pubblici o i loro familiari conviventi che non siano in mora con il pagamento dei canoni e delle spese all'atto della presentazione della domanda di acquisto. In caso di acquisto da parte dei familiari conviventi è fatto salvo il diritto di abitazione in favore dell'assegnatario.

5. L'assegnatario che non accetti, entro sei mesi, la proposta di vendita ha diritto all'assegnazione di altra unità abitativa in mobilità di dimensioni e caratteristiche idonee alla composizione del nucleo familiare, preferibilmente in prossimità. A tal fine l'ente proprietario agevola la mobilità mediante forme di rimborso delle spese e di rinnovo dei contratti di utenza. Conclusa la procedura di mobilità, l'alloggio reso disponibile è messo in vendita con le modalità di cui all'articolo 30.

6. Nel caso in cui l'assegnatario rifiuti due proposte di mobilità verso unità abitative di dimensioni e caratteristiche idonee alla composizione del nucleo familiare, preferibilmente in prossimità, e non abbia rilasciato l'unità abitativa, l'ente proprietario avvia la procedura di mobilità forzata, dando preventiva informazione ai servizi sociali del comune. Qualora l'alloggio posto in vendita sia occupato da un nucleo di soli anziani ultrasessantacinquenni o nel nucleo siano presenti disabili o soggetti con patologie croniche e gravemente invalidanti, la procedura di mobilità viene avviata solo a seguito di un'intesa con gli inquilini.

Art. 30

(Alloggi liberi)

1. E' consentita la vendita degli alloggi e relative pertinenze, liberi da inquilini, di proprietà delle ALER o dei comuni, in presenza di una delle seguenti ipotesi:

- a) alloggi collocati in edifici in condominio in cui la proprietà pubblica è minoritaria in relazione al valore delle quote millesimali;
- b) alloggi ubicati in aree o immobili di pregio, la cui vendita risulti economicamente vantaggiosa ai fini della riqualificazione e dell'incremento del patrimonio di edilizia residenziale pubblica;
- c) alloggi, compresi in edifici o parti funzionalmente autonome di essi, non assegnabili perché in stato di grave degrado o compresi in edifici di particolare caratterizzazione architettonica, per i quali l'adeguamento agli standard essenziali di abitabilità renda necessari interventi edilizi o soluzioni tecnologiche non convenienti;
- d) alloggi ubicati in aree che comportino significative difficoltà di accesso con riguardo ai servizi scolastici, socio-sanitari, di trasporto pubblico e agli esercizi commerciali.

2. Alle vendite di cui al comma 1 si procede con asta pubblica, ponendo a base d'asta il valore di mercato dell'alloggio libero determinato mediante apposita perizia.

Art. 31

(Modalità di valorizzazione alternative all'alienazione)

1. E' consentita la valorizzazione degli alloggi e delle unità non residenziali attraverso modalità alternative all'alienazione, ferme restando le disposizioni previste all'articolo 28.

2. Il programma di cui all'articolo 28, comma 4, può prevedere:

- a) la locazione a canone agevolato, di norma non inferiore al 40 per cento del canone di mercato;
- b) la locazione nello stato di fatto, a soggetti intermedi, quali enti, associazioni senza scopo di lucro e istituzioni, con finalità statutarie di carattere sociale;
- c) la locazione a usi non residenziali, al fine di promuovere la diversificazione funzionale all'interno dei quartieri e l'insediamento di attività economiche di nuova formazione.

3. L'ente proprietario individua i destinatari finali sulla base dei criteri fissati dalla Giunta regionale nel provvedimento di approvazione del programma di cui all'articolo 28, comma 4, e nel rispetto dei principi di pubblicità, imparzialità, uguaglianza e non discriminazione.

4. Con il provvedimento di cui al comma 3, la Giunta regionale stabilisce altresì la durata di uso alternativo delle unità immobiliari. Tale durata non può comunque essere superiore a quindici anni, trascorsi i quali il bene deve essere ridestinato a servizi abitativi pubblici o sociali.

TITOLO IV

SERVIZI ABITATIVI SOCIALI

Art. 32

(Ambito di applicazione)

1. Ai fini della presente legge il servizio abitativo sociale consiste nell'offerta e nella gestione di alloggi sociali a prezzi contenuti destinati a nuclei familiari con una capacità economica che non consente loro né di sostenere un canone di locazione o un mutuo sul mercato abitativo privato, né di accedere ad un servizio abitativo pubblico.

2. Ai fini della presente legge, il servizio abitativo sociale comprende sia alloggi sociali destinati alla locazione permanente o temporanea, sia alloggi destinati alla vendita dopo un periodo minimo di locazione di otto anni.

3. I requisiti di accesso dei beneficiari dei servizi abitativi sociali sono definiti con il regolamento regionale di cui all'articolo 23. Al fine di consentire l'accesso anche ai nuclei familiari in possesso dei requisiti per l'assegnazione di alloggi di servizi abitativi pubblici, i comuni possono prevedere un limite economico di accesso inferiore a quello previsto dal regolamento regionale, fatta salva l'applicazione del canone di locazione previsto per il servizio abitativo sociale.

4. E' istituito un fondo destinato a sostenere i servizi abitativi sociali alimentato da risorse nazionali, comunitarie e autonome regionali nei limiti delle disponibilità annuali in bilancio. La Giunta regionale determina le condizioni, i criteri e le modalità di funzionamento del fondo.

Art. 33

(Servizi abitativi a canone agevolato)

1. Fanno parte del sistema regionale dei servizi abitativi gli alloggi sociali cui si applica un canone che copre gli oneri di realizzazione, recupero o acquisizione, nonché i costi di gestione.

2. Le modalità di attuazione e di gestione degli interventi che fruiscono di contributi o altre agevolazioni regionali sono disciplinate da una specifica convenzione stipulata tra il soggetto attuatore, il comune nel quale l'intervento è realizzato e la Regione. La convenzione può prevedere che all'individuazione degli assegnatari degli alloggi provveda il soggetto attuatore, nel rispetto dei requisiti di cui all'articolo 22, mediante selezione pubblica da effettuarsi attraverso la piattaforma informatica regionale; diversamente provvede il comune mediante avviso pubblico di cui all'articolo 6. A tal fine la Giunta regionale approva una convenzione tipo nella quale sono stabiliti gli elementi essenziali ai quali devono uniformarsi le singole convenzioni.

3. Se dopo un periodo di locazione è prevista la vendita o il riscatto dell'alloggio sociale, la convenzione di cui al comma 2 prevede che il conduttore possa imputare parte dei corrispettivi pagati al locatore in conto di acquisto futuro dell'alloggio.

4. La Regione e i comuni esercitano, nell'ambito delle rispettive competenze, le funzioni di verifica e di controllo sull'esatto adempimento degli obblighi previsti dalla convenzione di cui al comma 2, nonché sul rispetto degli standard di servizio da parte dei soggetti promotori e attuatori.

Art. 34

(Servizi abitativi temporanei)

1. Per servizi abitativi temporanei si intende ogni attività finalizzata alla realizzazione o alla messa a disposizione, in qualsiasi forma, di unità abitative o loro porzioni, da destinare al soddisfacimento del fabbisogno abitativo temporaneo di particolari categorie sociali, determinato da situazioni meritevoli di tutela, quali ragioni di lavoro, studio, salute, nonché la loro gestione comprensiva, eventualmente, della fornitura di servizi accessori. Gli aspetti contrattuali relativi all'uso di unità

abitative o loro porzioni per le finalità di cui al presente articolo, sono regolati da contratti stipulati sulla base dello schema tipo approvato dalla Giunta regionale.

2. La Giunta regionale individua le categorie sociali destinatarie dei servizi abitativi temporanei e definisce i requisiti di accesso, le modalità e i criteri per l'attuazione delle misure di residenzialità temporanea.

Art. 35

(Servizi residenziali universitari)

1. La Regione sostiene la realizzazione di residenze universitarie e servizi di supporto all'attività formativa per gli studenti fuori sede iscritti a corsi di laurea universitaria, di alta formazione artistica, musicale e coreutica, di dottorato e master universitari, di specializzazione post lauream comunque denominati. In tali residenze potranno essere accolti anche borsisti, assegnisti, docenti ed altri esperti coinvolti nell'attività didattica e di ricerca anche a seguito di esperienze di mobilità internazionale. Non si applicano, in tal caso, i requisiti di cui all'articolo 22.

2. Le strutture di cui al comma 1 possono essere realizzate direttamente dalle università, o da altri soggetti pubblici, privati e del terzo settore con risorse anche regionali nei limiti delle assegnazioni di bilancio. Qualora tali residenze siano realizzate con contributi pubblici, deve prevedersi un accesso prioritario alle categorie di studenti fuori sede più svantaggiate, sulla base dei requisiti fissati per la fruizione della borsa di studio universitaria, ai sensi della vigente disciplina regionale.

3. I corrispettivi minimi e massimi in caso di canone di locazione, ovvero di contratto di servizio, devono essere inferiori a quelli di mercato e sono stabiliti sulla base di un piano economico-finanziario definito dagli enti gestori. La Giunta regionale definisce gli obblighi di servizio e le modalità attraverso le quali il gestore della struttura provvede all'attribuzione degli alloggi anche a categorie di fruitori diverse dagli studenti, quali borsisti, assegnisti, docenti ed altri esperti coinvolti nell'attività didattica e di ricerca.

4. Per un utilizzo più efficiente delle strutture residenziali universitarie è data facoltà al gestore di destinare posti-alloggio anche a soggetti diversi da quelli elencati all'articolo 14, commi 1 e 2, del decreto legislativo 29 marzo 2012, n.68 (Revisione 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), assicurando in ogni caso agli studenti universitari la prevalenza delle giornate di presenza su base annua.

Art. 36

(Fondi immobiliari)

1. Per favorire l'incremento dell'offerta di servizi abitativi, la Regione partecipa alla costituzione di un sistema integrato nazionale e locale di fondi immobiliari per l'acquisizione, la realizzazione e la gestione integrata di immobili per i servizi abitativi sociali e alla promozione di strumenti finanziari anche innovativi dedicati a questo tema, con la partecipazione di soggetti pubblici o privati, per la valorizzazione e l'incremento dell'offerta abitativa sociale. La Regione si avvale della collaborazione di Finlombarda s.p.a. per la progettazione, l'attuazione e il monitoraggio degli strumenti finanziari dedicati al sistema regionale dei servizi abitativi. Tale linea di intervento è rivolta alle persone che non possiedono i requisiti per accedere a servizi abitativi pubblici, disponendo di un reddito che tuttavia non consente di accedere agli affitti a libero mercato.

2. L'ammontare di quote di fondi da detenere da parte della Regione è determinato dalla Giunta regionale, nei limiti delle disponibilità di risorse del bilancio regionale.

3. La Regione assicura adeguate forme di pubblicità della partecipazione ai fondi immobiliari di cui al presente articolo, con particolare riferimento alle quote detenute, agli interventi finanziati ed al loro stato di realizzazione.

TITOLO V

AZIONI PER L'ACCESSO ED IL MANTENIMENTO DELL'ABITAZIONE

Art. 37

(Aiuti ai nuclei familiari in difficoltà nel pagamento dei mutui)

1. La Regione promuove intese con gli istituti bancari per sostenere i cittadini in grave difficoltà economica, ovvero in situazione di insolvenza temporanea dovuta a morosità incolpevole nel pagamento delle rate del mutuo per l'acquisto della prima casa o per sfratti dovuti a pignoramenti immobiliari.

2. La Giunta regionale stabilisce i requisiti dei beneficiari delle azioni di sostegno di cui al comma 1, avendo riguardo alle condizioni del nucleo familiare e al rapporto tra rata di mutuo e reddito e ne disciplina le modalità di attuazione.

Art. 38

(Aiuti ai nuclei familiari per l'acquisto dell'abitazione principale)

1. La Regione promuove misure di agevolazione finanziaria per favorire l'acquisto della prima casa da destinare ad abitazione principale, anche con formule di accesso modulate nel tempo, da parte dei nuclei familiari di cui all'articolo 21, comma 2, della presente legge, nonché dei soggetti di cui all'articolo 3, comma 9, della legge regionale 6 dicembre 1999, n.23 (Politiche regionali per la famiglia).

2. La Giunta regionale stabilisce altresì gli ulteriori requisiti che devono essere posseduti dai beneficiari delle misure di cui al comma 1, avendo riguardo in particolare alle dimensioni dell'abitazione, al reddito e all'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) e ne disciplina le modalità di attuazione.

Art. 39

(Iniziative per il mantenimento dell'abitazione in locazione)

1. La Regione promuove e coordina, nei limiti delle risorse disponibili, azioni per contrastare l'emergenza abitativa nel mercato privato delle locazioni e nella gestione dei servizi abitativi sociali. In particolare, sostiene sperimentazioni ed iniziative che coinvolgono comuni, operatori accreditati ed altre istituzioni e soggetti territoriali anche in chiave di integrazione delle politiche di assistenza, favorendo la partecipazione delle associazioni dei proprietari e degli inquilini. Tale attività si esplica in via preferenziale nelle aree e nei comuni ad alta tensione abitativa, in particolare attraverso:

- a) il sostegno economico ai conduttori, con contratto registrato ad uso abitativo, in difficoltà nel pagamento del canone di locazione di cui alla legge 431/1998;
- b) l'attuazione di iniziative finalizzate al reperimento di alloggi da concedere in locazione a canoni concordati, ovvero attraverso la rinegoziazione delle locazioni esistenti, di cui all'articolo 11 della legge 431/1998;
- c) il contrasto del fenomeno della morosità incolpevole intesa come situazione di sopravvenuta impossibilità a provvedere al pagamento del canone locativo a ragione della perdita o consistente riduzione della capacità reddituale del nucleo familiare.

2. Le iniziative possono essere intraprese attraverso la costituzione di agenzie per la casa, fondi di garanzia o attività di promozione in convenzione con imprese di costruzione ed altri soggetti imprenditoriali o cooperative edilizie.

3. Le forme di sostegno ai nuclei familiari in condizioni di indigenza devono prevedere la presa in carico da parte dei servizi sociali dei comuni e il riconoscimento di contributi nell'ambito di politiche integrate di assistenza.

4. La Giunta regionale stabilisce i requisiti che devono essere posseduti dai beneficiari delle azioni, avendo riguardo alle condizioni del nucleo familiare e al rapporto tra canone di locazione e reddito e ne disciplina le modalità di attuazione.

Art. 40

(Aiuti ai nuclei familiari in condizione di morosità incolpevole)

1. Al fine di contrastare e gestire il fenomeno della morosità incolpevole e del rischio di sfratto, la Regione promuove e coordina, in collaborazione con i comuni, azioni di sostegno ai nuclei familiari che si trovano in difficoltà temporanea quale conseguenza della crisi economica o di cause impreviste, individuate dalla Giunta regionale con apposito provvedimento.

2. La Giunta regionale definisce le forme e le modalità di aiuto, sentita l'ANCI e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, oltre alle rappresentanze dei proprietari e degli inquilini.

Art. 41

(Fondo per l'accesso ed il mantenimento dell'abitazione)

1. Per le finalità di cui al presente titolo, è istituito un fondo per il sostegno all'accesso e al mantenimento delle abitazioni in locazione, nonché per la prevenzione e il contrasto alla morosità incolpevole. Il fondo concorre a realizzare gli obiettivi di cui all'articolo 11 della legge 431/1998.

2. Attraverso il fondo possono essere concessi, in concorso con lo Stato e con i comuni, contributi integrativi per il pagamento dei canoni di locazione, a favore dei conduttori con contratto registrato ad uso abitativo in situazione di difficoltà nel pagamento dei suddetti canoni.

3. Alla dotazione del fondo concorrono le risorse regionali approvate annualmente con legge di bilancio e le risorse statali trasferite in attuazione dell'articolo 11 della legge 431/1998 e dell'articolo 6 del decreto legge 31 agosto 2013, n.102 (Disposizioni urgenti in materia di IMU, di altra fiscalità immobiliare, di sostegno alle politiche abitative e di finanza locale, nonché di cassa integrazione guadagni e di trattamenti pensionistici) convertito, con modificazioni, dalla legge 28 ottobre 2013, n.124. La Giunta regionale determina le condizioni di accesso, i criteri e le modalità di funzionamento del fondo.

TITOLO VI

DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI

Art. 42

(Disposizioni in materia urbanistica)

1. Per gli interventi finalizzati alla realizzazione di unità abitative destinate a servizi abitativi pubblici e sociali, il contributo sul costo di costruzione non è dovuto.

2. Per gli interventi di nuova costruzione riguardanti servizi abitativi pubblici, se previsti all'interno del piano dei servizi, gli oneri di urbanizzazione primaria e secondaria non sono dovuti. Per gli interventi di nuova costruzione riguardanti servizi abitativi sociali, gli oneri di urbanizzazione primaria e secondaria possono essere ridotti da parte dei comuni fino al 100 per cento degli stessi.

3. Per gli interventi di manutenzione straordinaria e di ristrutturazione riguardanti – 13 – servizi abitativi pubblici e sociali, gli oneri di urbanizzazione primaria e secondaria, se dovuti, sono quelli riguardanti gli interventi di nuova costruzione ridotti della metà, salva la facoltà per i comuni di deliberare ulteriori riduzioni.

Art. 43

(Disposizioni transitorie e finali)

1. Fino all'entrata in vigore dei regolamenti regionali di cui agli articoli 4, comma 4, 23, 25, commi 2 e 3, la gestione dei servizi abitativi pubblici e sociali resta disciplinata dagli articoli da 28 a 44 bis della l.r.27/2009 e dagli allegati B e C alla medesima legge, nonché dalle disposizioni del regolamento regionale 10 febbraio 2004, n.1 (Criteri generali per l'assegnazione e la gestione degli alloggi di edilizia residenziale pubblica (art.3, comma 41, lett.m), l.r.1/2000)).

2. Fino all'entrata in vigore del regolamento regionale di cui all'articolo 24, comma 3, per la determinazione dei canoni di locazione continuano ad applicarsi, in quanto compatibili, le disposizioni di cui al titolo III, capi II e IV, nonché gli allegati ivi richiamati, della l.r.27/2009.

3. La disposizione di cui all'articolo 27, comma 10, della l.r.27/2009, continua ad applicarsi fino all'adozione, da parte delle ALER, dell'atto di rideterminazione della dotazione organica ivi previsto.

4. Le disposizioni relative al consiglio territoriale di cui all'articolo 13 si applicano a decorrere dalla data della sua costituzione.

5. La disciplina degli articoli 34, comma 8, 40, 42, 43, 44 e 44 bis della l.r.27/2009 continua ad applicarsi agli interventi già realizzati o finanziati sulla base di tali disposizioni alla data di entrata in vigore della presente legge.

6. I programmi e i piani approvati dalla Giunta regionale in base alle disposizioni contenute nel capo I, titolo IV, della l.r.27/2009, cessano di avere efficacia alla data di entrata in vigore della presente legge. Restano validi ed efficaci fino al termine di un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, i soli programmi e piani approvati nei cinque anni precedenti la suddetta data. Il completo reimpiego dei proventi derivanti dai programmi e dai piani di cui al presente comma è condizione necessaria per l'approvazione dei nuovi programmi di alienazione e valorizzazione di cui all'articolo 28, nonché per accedere ai finanziamenti concessi dalla Regione per le medesime finalità.

7. I programmi connessi all'attuazione dei piani di risanamento approvati ai sensi degli articoli 13 e 14 della legge regionale 5 agosto 2014, n.24 (Assestamento al bilancio 2014-2016 – I Provvedimento di variazione con modifiche di leggi regionali), restano validi ed efficaci fino alla scadenza stabilita dai medesimi piani di risanamento.

8. Il limite del 30 per cento stabilito al comma 11 dell'articolo 23, per ALER Milano e limitatamente ai successivi diciotto mesi dall'entrata in vigore del regolamento di cui all'articolo 23, comma 3, è esteso al 50 per cento delle unità abitative destinate a servizi abitativi pubblici non assegnabili per carenze di manutenzione.

9. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 5, comma 5, del decreto legge 31 maggio 2010, n.78 (Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica) convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n.122, alle ALER non si applicano le disposizioni dell'articolo 6, comma 2, del medesimo decreto legge.

10. Ai fini di quanto disposto dalla presente legge, l'espressione «edilizia residenziale pubblica» presente in altre disposizioni regionali, legislative o regolamentari, deve intendersi equivalente all'espressione «servizi abitativi pubblici», qualora non diversamente specificato, individuando un servizio di interesse economico generale, e in quanto tale, oggetto di specifici obblighi di servizio pubblico.

11. In fase di prima applicazione, per l'anno 2016, le condizioni d'accesso, la misura e la durata del contributo finanziario regionale di cui all'articolo 25, comma 3, sono definiti con provvedimento della Giunta regionale.

Art. 44

(Abrogazioni)

1. La legge regionale 4 dicembre 2009, n.27 (Testo unico delle leggi regionali in materia di edilizia residenziale pubblica) è abrogata, fatto salvo quanto previsto ai commi 1, 2, 3 e 5 dell'articolo 43 della presente legge.

2. La legge regionale 13 giugno 2013, n.2 (Disposizioni urgenti per il funzionamento delle Aziende regionali per l'edilizia residenziale pubblica (ALER)) è abrogata.

3. La legge regionale 2 dicembre 2013, n.17 (Modifiche alla legge regionale 4 dicembre 2009, n.27 «Testo unico delle leggi regionali in materia di edilizia residenziale pubblica») è abrogata.

4. I commi 15 e 16 dell'articolo 44 della legge regionale 11 marzo 2005, n.12 (Legge per il governo del territorio) sono abrogati.

5. Sono altresì abrogate le seguenti disposizioni:

- a) l'articolo 3 della legge regionale 28 dicembre 2009, n.30 (Disposizioni per l'attuazione del documento di programmazione economico-finanziaria regionale, ai sensi dell'articolo 9 ter della legge regionale 31 marzo 1978, n.34 (Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della regione) - Collegato 2010);
- b) il comma 1 dell'articolo 19 della legge regionale 5 febbraio 2010, n.7 (Interventi normativi per l'attuazione della programmazione regionale e di modifica ed integrazione di disposizioni legislative - Collegato ordinamentale 2010);
- c) l'articolo 9 della legge regionale 23 dicembre 2010, n.19 (Disposizioni per l'attuazione della programmazione economico-finanziaria regionale, ai sensi dell'art.9 ter della legge regionale 31 marzo 1978, n.34 (Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione) - Collegato 2011);

- d) l'articolo 8 della legge regionale 21 febbraio 2011, n.3 (Interventi normativi per l'attuazione della programmazione regionale e di modifica e integrazione di disposizioni legislative - Collegato ordinamentale 2011);
- e) l'articolo 24 della legge regionale 18 aprile 2012, n.7 (Misure per la crescita, lo sviluppo e l'occupazione);
- f) l'articolo 15 della legge regionale 16 luglio 2012, n.12 (Assestamento al bilancio per l'esercizio finanziario 2012 ed al bilancio pluriennale 2012/2014 a legislazione vigente e programmatico - I provvedimento di variazione con modifiche di leggi regionali);
- g) l'articolo 32 della legge regionale 8 luglio 2014, n.19 (Disposizioni per la razionalizzazione di interventi regionali negli ambiti istituzionale, economico, sanitario e territoriale);
- h) l'articolo 17 della legge regionale 26 maggio 2016, n.14 (Legge di semplificazione 2016).

6. I risultati e gli effetti delle disposizioni abrogate ai sensi del presente articolo, nonché gli atti adottati sulla base delle stesse, restano validi. Tali disposizioni continuano ad applicarsi ai procedimenti amministrativi in corso fino a loro conclusione.

Art. 45

(Norma finanziaria)

1. Per lo sviluppo e la realizzazione della piattaforma informatica di cui all'articolo 6, comma 4, della presente legge è autorizzata la spesa in conto capitale rispettivamente di euro 150.000,00 nel 2016 e di euro 450.000,00 nel 2017.

2. Alla spesa di cui al comma 1, si provvede mediante riduzione, rispettivamente, di euro 110.000,00 nel 2016 e di euro 450.000,00 nel 2017 della disponibilità della missione 20 «Fondi e accantonamenti», programma 03 «Altri fondi» - Titolo II «Spese in conto capitale» e corrispondente aumento della missione 8 «Assetto del territorio ed edilizia abitativa», programma 02 «Edilizia residenziale pubblica e piani di edilizia economico-popolare» - Titolo II «Spese in conto capitale». Alla quota di euro 40.000,00 per l'anno 2016 si provvede con le risorse già stanziare per spese informatiche alla missione 8 «Assetto del territorio ed edilizia abitativa», programma 02 «Edilizia residenziale pubblica e piani di edilizia economico-popolare» - Titolo II «Spese in conto capitale».

3. Per le misure di sostegno dei servizi abitativi pubblici di cui ai commi 2 e 3 dell'articolo 25 della presente legge è autorizzata la spesa di natura corrente, rispettivamente di euro 10.000.000,00 nel 2016, euro 20.000.000,00 nel 2017 ed euro 25.000.000,00 nel 2018.

4. Alla spesa di cui al comma 3, si provvede:

a) per l'anno 2016 per euro 5.000.000,00 mediante riduzione di pari importo della disponibilità della missione 20 «Fondi e accantonamenti», programma 03 «Altri Fondi» - Titolo I «Spese correnti» e corrispondente aumento della missione 12 «Diritti sociali, politiche sociali e famiglie», programma 6 «Interventi per il diritto alla casa» - Titolo I «Spese correnti» del bilancio di previsione 2016-2018 e per euro 5.000.000,00 con le risorse già stanziare alla missione 12 «Diritti sociali, politiche sociali e famiglia», programma 6 «Interventi per il diritto alla casa» - Titolo I «Spese correnti» del bilancio di previsione 2016-2018;

b) per l'anno 2017 per euro 15.000.000,00 mediante riduzione di pari importo della disponibilità della missione 20 «Fondi e accantonamenti», programma 03 «Altri Fondi» - Titolo I «Spese correnti» e corrispondente aumento della missione 12 «Diritti sociali, politiche sociali e famiglie», programma 6 «Interventi per il diritto alla casa» - Titolo I «Spese correnti» del bilancio di previsione 2016-2018 e per euro 5.000.000,00 con le risorse già stanziare alla missione 12 «Diritti sociali, politiche sociali e famiglia», programma 6 «Interventi per il diritto alla casa» - Titolo I «Spese correnti» del bilancio di previsione 2016-2018;

c) per l'anno 2018 per euro 25.000.000,00 con le risorse già stanziare alla missione 12 «Diritti sociali, politiche sociali e famiglia», programma 6 «Interventi per il diritto alla casa» - Titolo I «Spese correnti» del bilancio di previsione 2016-2018.

5. Alle spese in conto capitale per gli interventi sugli alloggi sociali pubblici di cui al comma 4 dell'articolo 25 e per il concorso regionale alla manutenzione straordinaria del patrimonio

immobiliare di cui al comma 5 dell'articolo 25 della presente legge per il triennio 2016-2018 si fa fronte:

a) con le risorse statali ex legge 80/2014, complessivamente assegnate a Regione Lombardia, per euro 85.263.935,00, che nel triennio di riferimento ammontano ad euro 40.399.628,93 di cui alla missione 8 «Assetto del territorio ed edilizia abitativa», programma 02 «Edilizia residenziale pubblica e piani di edilizia economico-popolare» - Titolo II «Spese in conto capitale»;

b) con le risorse autonome pari ad euro 127.399.759,30 per il triennio 2016-2018 allocate alla missione 8 «Assetto del territorio ed edilizia abitativa», programma 02 «Edilizia residenziale pubblica e piani di edilizia economico-popolare» - Titolo II «Spese in conto capitale» del bilancio di previsione 2016-2018.

6. Per le misure di contenimento della morosità di cui ai commi 4 e 5 dell'articolo 26 della presente legge è autorizzata la spesa di natura corrente per euro 1.200.000,00 nel 2016, per euro 1.000.000,00 nel 2017 e per euro 1.500.000,00 nel 2018 per la quale si provvede con le risorse già stanziata alla missione 12 «Diritti sociali, politiche sociali e famiglie», programma 6 «Interventi per il diritto alla casa» - Titolo I «Spese correnti» del bilancio di previsione 2016-2018.

7. Alle spese in conto capitale del «Fondo per i servizi abitativi sociali» riferite agli interventi di cui agli articoli 32-36 si provvede nei limiti degli stanziamenti di bilancio relativi alle risorse statali complessivamente spettanti a Regione Lombardia pari a euro 61.830.819,82, che nel triennio di riferimento ammontano ad euro 29.972.054,00, in attuazione degli articoli 61 e 63 del d.lgs.112/1998, che saranno trasferite negli esercizi dal 2016-2020 a valere sulla missione 8 «Assetto del territorio ed edilizia abitativa», programma 02 «Edilizia residenziale pubblica e piani di edilizia economico-popolare» - Titolo II «Spese in conto capitale».

8. Per le spese derivanti dalle «Azioni per l'accesso ed il mantenimento dell'abitazione» di cui agli articoli da 37 a 41 si provvede:

a) con le risorse regionali annualmente stanziata con legge di bilancio, quantificate in euro 4.000.000,00 per ciascuno degli esercizi 2016 - 2017 - 2018, stanziata alla missione 12 «Diritti sociali, politiche sociali e famiglie», programma 6 «Interventi per il diritto alla casa» - Titolo I «Spese correnti» del bilancio di previsione 2016-2018;

b) con le risorse statali previste dal «Fondo destinato agli inquilini morosi incolpevoli» di cui al d.l.31 agosto 2013 n.102, convertito con modificazioni dalla legge 28 ottobre 2013, n.124, per euro 12.723.612,93 per l'anno 2016 e per euro 7.000.000,00 per ciascuna annualità dal 2017 al 2020, da allocare alla missione 12 «Diritti sociali, politiche sociali e famiglia», programma 06 «Interventi per il diritto alla casa» - Titolo I «Spese correnti» del bilancio di previsione 2016-2018.

9. A decorrere dagli esercizi successivi al 2018 le spese della presente legge sono rideterminate e trovano copertura nei limiti delle risorse annualmente stanziata con la legge di approvazione di bilancio dei singoli esercizi finanziari.

Art. 46

(Clausola valutativa)

1. Il Consiglio regionale controlla l'attuazione della presente legge e valuta i risultati progressivamente ottenuti per soddisfare il fabbisogno primario e ridurre il disagio abitativo della popolazione lombarda.

2. Entro il 31 marzo di ciascun anno, la Giunta regionale presenta al Consiglio regionale un rapporto contenente:

- a) le dimensioni, le caratteristiche e la distribuzione territoriale della domanda e dell'offerta di servizi abitativi;
- b) lo stato di attuazione degli indirizzi strategici definiti dal Consiglio regionale, gli interventi realizzati, le risorse stanziata e utilizzate, i soggetti coinvolti, i beneficiari raggiunti e le loro caratteristiche;
- c) le performance gestionali e di servizio delle Aziende Lombarde per l'Edilizia Residenziale (ALER), in base alle evidenze del controllo di gestione e delle relazioni sull'attuazione degli obiettivi stabiliti dalla Giunta regionale.

3. Con cadenza triennale, il rapporto di cui al comma 1 è integrato da una sezione contenente l'analisi dei risultati conseguiti riguardo a:

- a) l'andamento del sistema regionale di accreditamento;
- b) i servizi abitativi, pubblici e sociali, erogati in rapporto al fabbisogno abitativo espresso;
- c) la qualità dei servizi erogati da parte di ALER, comuni e operatori privati accreditati, con particolare riferimento agli standard di gestione dei servizi abitativi;
- d) l'integrazione delle politiche abitative con le politiche urbanistico-territoriali e le politiche sociali e del lavoro a livello regionale e locale.

4. Il Comitato Paritetico di Controllo e Valutazione del Consiglio regionale e la competente commissione consiliare possono segnalare all'assessore regionale competente specifiche esigenze informative.

5. La Giunta regionale rende accessibili i dati e le informazioni raccolte per le attività valutative previste dalla presente legge. Il Consiglio regionale rende pubblici i documenti che concludono l'esame svolto, unitamente alla relazione che ne è stata oggetto.

ENTI LOCALI

CALABRIA

L.R. 23.6.16, n. 14 - Primi interventi per favorire la costituzione della città metropolitana di Reggio Calabria. (BUR n. 71 del 29.6.16)

Art. 1

(Assegnazione temporanea di funzioni)

1. Al fine di favorire il processo di costituzione della Città metropolitana di Reggio Calabria e nelle more dell'approvazione della legge generale di riordino prevista dall'articolo 1 della legge regionale 22 giugno 2015, n. 14, le funzioni indicate dal medesimo articolo 1, comprese quelle direttamente esercitate dalla Regione ai sensi dell'articolo 2, comma 1, primo periodo, della stessa l.r. n. 14/2015, restano assegnate alla Provincia di Reggio Calabria.

2. Il personale addetto alle funzioni di cui al comma 1 rimane inquadrato nei ruoli provinciali nel rispetto dei limiti di spesa definiti dalla legge 7 aprile 2014, n. 56, come certificati dalla stessa Amministrazione provinciale di Reggio Calabria.

Art. 2

(Risorse finanziarie)

1. La Regione trasferisce alla Provincia di Reggio Calabria le risorse finanziarie in misura pari ad euro 9.700.000,00 annue, comprensive di ogni onere in conto della Provincia stessa per stipendi, buoni pasto e fondo per il salario accessorio.

2. La copertura degli oneri finanziari di cui al comma 1, per le annualità comprese nel bilancio pluriennale 2016-2018, è garantita con le risorse allocate al Programma U.18.01 - capitolo U1501011001 del bilancio medesimo.

Art. 3

(Invarianza di spesa)

1. Dall'attuazione della presente legge non derivano nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio regionale.

SARDEGNA

L.R. 29.6.16, n. 15 - Composizione del Consiglio delle autonomie locali. Modifiche alla legge regionale 17 gennaio 2005, n. 1 (Istituzione del Consiglio delle autonomie locali e della Conferenza permanente Regione-enti locali). (BUR n. 32 del 7.7.16)

Art. 1

Modifiche all'articolo 2 della legge regionale n. 1 del 2005 (Consiglio delle autonomie locali)

1. Al comma 1 dell'articolo 2 della legge regionale 17 gennaio 2005, n. 1 (Istituzione del Consiglio delle autonomie locali e della Conferenza permanente Regione-enti locali), è aggiunta in fine la seguente lettera:

"d bis) nell'esercizio del potere di nomina previsto da leggi regionali non può designare suoi componenti, ad eccezione dei casi in cui questo sia indispensabile per diretta conseguenza delle previsioni normative;"

Art. 2

Modifiche all'articolo 3 della legge regionale n. 1 del 2005 (Composizione)

1. Le lettere a), b), c), d) ed e) del comma 1 dell'articolo 3 della legge regionale n. 1 del 2005, sono così sostituite:

- "a) i presidenti degli enti locali sovracomunali di rilievo costituzionale, qualora in carica;
- b) il sindaco dei Comuni di Cagliari, Sassari, Nuoro e Oristano, e alternativamente, con le modalità previste dall'articolo 4, comma 7, il sindaco dei Comuni di Carbonia o Iglesias, Sanluri o Villacidro, Lanusei o Tortolì, Olbia o Tempio;
- c) quattro sindaci di comuni con popolazione superiore ai 10.000 abitanti, non appartenenti tutti alla stessa circoscrizione;
- d) un sindaco di comune con popolazione compresa fra 3.001 e 10.000 abitanti per ciascuna circoscrizione;
- e) due sindaci di comuni con popolazione pari o inferiore a 3.000 abitanti per ciascuna circoscrizione."

2. Dopo il comma 1 dell'articolo 3 è aggiunto il seguente:

"1 bis. Le circoscrizioni corrispondono a quelle stabilite dall'articolo 3, comma 1, della legge regionale statutaria 12 novembre 2013, n. 1 (Legge statutaria elettorale ai sensi dell'articolo 15 dello Statuto speciale per la Sardegna), per le elezioni del Consiglio regionale."

FAMIGLIA

FRIULI V.G.

DGR 10.6.16, n. 1042 - LR 11/2006 - Art. 9bis - Aggiornamento Isee anno 2016.BUR n. 26 del 29.6.16)

Note

L'articolo 9 bis della legge regionale 7 luglio 2006, n. 11 (Interventi regionali a sostegno della famiglia e della genitorialità) e successive modifiche, dispone che la Regione, al fine di assicurare la tutela, la cura, la dignità e il decoro dei figli minori e di prevenire possibili situazioni di disagio sociale ed economico, intervenga a sostegno del genitore affidatario del figlio minore, nei casi di mancata corresponsione da parte del genitore obbligato delle somme destinate al suo mantenimento. Il comma 5 del già citato articolo 9 bis dispone che il richiedente, per avere accesso all'intervento in questione, deve risultare in possesso di un indicatore di situazione economica equivalente (ISEE) non superiore a 20.000 euro e che prevede, inoltre, che l'aggiornamento di tale limite sia effettuato con deliberazione della Giunta regionale sulla base dell'indice ISTAT di andamento dei prezzi al consumo;

Con il DPRReg 2 novembre 2009, n. 306/Pres, ai sensi del suddetto articolo 9 bis, è stato emanato il regolamento regionale che disciplina, tra l'altro, le modalità di attribuzione della prestazione, l'entità del beneficio e i requisiti per l'accesso al beneficio stesso.

In particolare l'articolo 4 del suddetto regolamento prevede, al comma 3, che il soggetto richiedente il beneficio debba risultare in possesso di un indicatore ISEE non superiore a ventimila euro annui e, al comma 4, che tale limite economico sia aggiornato annualmente sulla base dell'indice ISTAT di andamento dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati (FOI), registrato nel mese di gennaio di ogni anno;

Viene aggiornato per l'anno 2016, sulla base della variazione ISTAT dell'indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati registrata a gennaio 2016 pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2016, pari a 0,3%, il valore dell'indicatore ISEE di riferimento per l'applicazione del Regolamento emanato con DPRReg 306/2009, che viene così determinato in € 21.881,10.

UMBRIA

DD 30.6.16, n. 5875 - Avviso pubblico "Elenco family helper" per la presentazione delle domande per la iscrizione nell'elenco regionale 'Family helper' - POR Umbria FSE 2014-2020. Asse 2 "Inclusione sociale e lotta alla povertà". Priorità d'investimento: 9.4 - RA: 9.3 Azione 2). Intervento specifico: Buoni servizio, tramite INPS, per agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro: approvazione. (BUR n. 31 del 6.7.16)

Note

Si rinvia alla lettura integrale del testo

GIOVANI

BASILICATA

DGR 14.6.16, n. 648 - L.R. n. 11/2000, art. 5 - D.G.R. n. 189 dell'1 marzo 2016 - Avviso Pubblico per il rinnovo dell'Assemblea del Forum Regionale dei Giovani, ai sensi degli artt. 3 e 7 del Regolamento di attuazione approvato con la D.G.R. n. 1178/2008 - Riapertura termini.

Note

In relazione all'esiguità delle domande pervenute entro i termini stabiliti nell'Avviso Pubblico, alla constatazione che altre domande sono state presentate successivamente al 16 di maggio 2016, data di scadenza dei termini previsti dall'Avviso Pubblico, viene approvata la riapertura dei termini per la presentazione delle istanze di iscrizione per il rinnovo dell'Assemblea del Forum regionale dei giovani.

Viene fissato in 45 giorni, a partire dalla data di pubblicazione della presente delibera sul BUR Basilicata, il nuovo termine per la presentazione delle domanda per il Rinnovo dell'Assemblea del Forum regionale dei giovani, secondo i criteri e le modalità specificate con l'Avviso Pubblico e con gli allegati A e B riguardanti, rispettivamente, la richiesta di iscrizione al Forum regionale dei giovani dei Forum comunali e delle Associazioni / Organizzazioni e altri organismi rappresentativi dei giovani, approvati con la delibera n. 189 dell'1 marzo 2016, pubblicata sul BUR Basilicata n. 11 del 16.03.2016 e sul sito della Regione.

CAMPANIA

DGR 28.6.16, n. 315 - garanzia giovani- piano di attuazione regione campania periodo 2014_2020. terza riprogrammazione (BUR n. 43 del 29.6.16)

Note

PREMESSA

Viene disposta la riprogrammazione dell'allocazione delle risorse finanziarie a valere sui fondi PON

YEI secondo le specifiche di cui alla tabella che segue:

Misura Dotazione PAR vigente Riprogrammazione

1-A Accoglienza e informazioni sul programma

1-B Accoglienza, presa in carico, orientamento €

10.880.000 € 5.880.000

1-C Orientamento specialistico o di II livello 25.600.000

15.600.000

2-A Formazione mirata all'inserimento lavorativo € 24.410.955 € 24.410.955

- 2-B Reinserimento di giovani 15- 18enni in percorsi formativi
 3 Accompagnamento al lavoro € 21.200.000 € 16.200.000
 4-A Apprendistato per la qualifica e per il diploma professionale
 4-B Apprendistato professionalizzante o contratto di
 4-C Apprendistato per l'alta formazione e la ricerca € 3.000.000 € 3.000.000
 5 Tirocinio extra-curriculare, anche in mobilità geografica 50.420.000 70.420.000
 6 Servizio civile € 25.000.000 € 25.000.000
 7.1 Attività di accompagnamento all'avvio di impresa e supporto 2.500.000 2.500.000
 7.2 Supporto per l'accesso al credito agevolato € 18.180.000 € 18.180.000
 8. Mobilità professionale transnazionale e territoriale
 9. Bonus occupazionale € 10.420.000 € 10.420.000

TOTALE**191.610.955****EMILIA ROMAGNA**

DGR 6.6.16, n. 827 - Attuazione dell'Accordo in materia di politiche giovanili GECO 5 (Giovani Evoluti e Consapevoli) anno 2015: assegnazione risorse per la realizzazione degli interventi e approvazione schema di convenzione con i soggetti attuatori. (BUR n. 192 del 29.6.16)

Note

L'art. 19, comma 2, del decreto legge 4 luglio 2006, n. 223, convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1 della Legge 4 agosto 2006, n. 248, ha istituito il "Fondo per le politiche giovanili", finalizzato alla promozione del diritto dei giovani alla formazione culturale e professionale e all'inserimento nella vita sociale;

Con l'Intesa sancita in sede di Conferenza Unificata Rep. 41/CU, in data 7 maggio 2015 tra il Governo, le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano e gli Enti locali è stato ripartito il "Fondo nazionale per le politiche giovanili.

Con l'Intesa sancita in sede di Conferenza Unificata Rep. 66/CU, in data 16 luglio 2015 tra il Governo, le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano e gli Enti locali concernente stata modificata l'Intesa sancita con atto rep. n. 41/CU del 7 maggio 2015, sulla ripartizione del "Fondo nazionale per le politiche giovanili e la riassegnazione delle somme afferenti le quote del Fondo nazionale per le politiche

giovanili 2013 e 2014 non erogate alle Regioni", si è assegnata alla Regione Emilia-Romagna una quota pari al 7,08% delle risorse destinate alle Regioni e alle Province Autonome di Trento e Bolzano pari complessivamente ad Euro 264.535,50, così come indicato nella tabella di riparto "ALLEGATO A" parte integrante della stessa;

Viene data attuazione, sulla base delle modalità individuate nell'Accordo di collaborazione GECO 5 -Giovani evoluti e consapevoli-, agli interventi la cui realizzazione avverrà in collaborazione con soggetti pubblici e privati, così come indicato nell'Allegato 1), parte integrante e sostanziale della presente deliberazione

IMMIGRATI**TOSCANA**

RISOLUZIONE 21 giugno 2016, n. 48 - Collegata alla comunicazione della Giunta regionale n. 9 (Il sistema integrato di accoglienza ed integrazione ed il modello di governance). (BUR n. 26 del 29.6.16)

IL CONSIGLIO REGIONALE

Udita la comunicazione della Giunta regionale relativa a "Il sistema integrato di accoglienza e integrazione e il modello di governance";

Premesso che in Toscana il numero totale dei profughi richiedenti asilo arriva a 7.500 unità, distribuite in 559 centri di accoglienza straordinari (dati aggiornati al mese di aprile 2016);

Premesso che il modello di accoglienza regionale, a partire dall'emergenza Nord Africa del 2011, a seguito degli eventi della "Primavera araba", risulta inserito nel quadro di cooperazione interistituzionale che ha avuto la sua particolare definizione nell'intesa Stato – Regioni - Enti Locali stipulata il 10 luglio 2014 (Rep. n. 77/CU), con la quale sono stati condivisi i contenuti di un apposito piano operativo nazionale per fronteggiare il flusso straordinario di cittadini extracomunitari, singoli, famiglie e minori stranieri non accompagnati; normato, tra l'altro, dal successivo decreto legislativo 18 agosto 2015, n. 142 (Attuazione della direttiva 2013/33/UE recante norme relative all'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale, nonché della direttiva 2013/32/UE, recante procedure comuni ai fini del riconoscimento e della revoca dello status di protezione internazionale);

Rilevato che il modello di accoglienza regionale, a partire dal 2011, ha privilegiato un modello di accoglienza diffusa per richiedenti e titolari di protezione internazionale ed umanitaria secondo il modulo della "piccola dimensione", al fine di evitare grandi concentrazioni di migranti e situazioni di criticità, ponendo al centro il riconoscimento del ruolo dei territori, la diretta partecipazione dei soggetti del terzo settore ed il principio equitativo della condivisione delle responsabilità;

Ricordato che la tenuta del modello di accoglienza regionale sopra richiamato risulta ad oggi confermato

dalla numerosità media di ospiti (inferiore alle quindici persone) nei centri di accoglienza straordinaria, coordinati a livello locale dagli uffici territoriali di governo (UTG) delle prefetture in convenzione con i soggetti gestori del terzo settore;

Preso atto che la legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale), agli articoli 56 e 58, prevede che siano realizzate politiche per gli immigrati e le persone a rischio esclusione sociale;

Preso atto che la legge regionale 9 giugno 2009, n. 29 (Norme per l'accoglienza, l'integrazione partecipe e la tutela dei cittadini stranieri nella Regione Toscana), afferma il primato della persona, il riconoscimento dei suoi diritti inviolabili ed il rafforzamento della società toscana come comunità plurale e coesa, che guarda al complesso mondo delle migrazioni come ad un fattore di arricchimento e di crescita sociale ed economica;

Preso atto, in particolare, di quanto disposto all'articolo 6, comma 67, della sopra citata legge, laddove si afferma la centralità della tutela del diritto di asilo e protezione sussidiaria, attraverso interventi di prima accoglienza e di integrazione, in raccordo con gli uffici centrali o periferici dello Stato coinvolti per competenza e con enti locali;

Ricordato che il Piano sanitario e sociale integrato regionale (PSSIR) 2012-2015, approvato con deliberazione del Consiglio regionale 5 novembre 2014, n. 91, al punto 2.2.2 "L'accesso ai servizi della popolazione immigrata", si pone come "obiettivo prioritario di garanzia ed equità del diritto di accesso ed utilizzo dei servizi sanitari da parte della popolazione immigrata, nella nuova programmazione sanitaria" individuando due linee di intervento tese, l'una, verso i cittadini stranieri e l'altra verso gli operatori del sistema con l'obiettivo, quindi, di prevedere i necessari strumenti amministrativi, assetti organizzativi, risorse e competenze professionali, al fine di assicurare la piena fruizione del diritto alla salute e di accesso alle cure da parte dei titolari/richiedenti protezione internazionale, sia che questi siano inseriti nei percorsi di accoglienza presso le strutture previste dalla legislazione italiana (centri aderenti al sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati "SPRAR", centri polifunzionali, ecc.), sia che si trovino in condizioni di estrema marginalità sociale;

Rilevato che i progetti SPRAR si caratterizzano per una maggiore accentuazione delle attività a sostegno dell'autonomia degli ospiti ed alla ricerca del più ampio legame con le risorse del territorio, sia dal punto di vista dei servizi sociali e socio-sanitari, che delle opportunità formative ed occupazionali; in Toscana, dopo la recente approvazione dei progetti presentati a valere sull'avviso nazionale del 2015, la rete dispone ad oggi di circa 900 posti letto complessivi che,

sommati ai posti offerti grazie ai contributi di autonoma sistemazione (CAS), determinano un'offerta di accoglienza complessiva, ad oggi, per circa 8500 persone;

Richiamate le iniziative regionali messe in atto a sostegno della partecipazione e dell'integrazione dei profughi richiedenti asilo, tra le quali si annoverano le seguenti deliberazioni della Giunta regionale:

- 25 maggio 2015, n. 678 (Approvazione schema di Accordo per la realizzazione di attività di volontariato per i migranti ospiti nelle strutture di accoglienza presenti nel territorio regionale);
- 30 novembre 2015, n. 1162 (DGR n. 678/2015 realizzazione di attività di volontariato per i migranti ospiti nelle strutture di accoglienza presenti nel territorio regionale. Integrazione risorse);
- 28 luglio 2015, n. 781 (Approvazione Accordo di Collaborazione 'Per la promozione e la realizzazione di attività di volontariato a fini di utilità sociale da parte di profughi extracomunitari per l'accesso al Fondo di cui al D.L. 90/2014) ed al progetto attuativo 'Diamoci una mano');

Ricordato che nella sopracitata conferenza unificata del 10 luglio 2014, in relazione allo specifico tema dei minori stranieri non accompagnati (MSNA), è stato stabilito che il sistema di accoglienza si sarebbe dovuto articolare mediante:

- l'attivazione di strutture governative di primissima accoglienza ad alta specializzazione, in grado di accogliere i minori stranieri non accompagnati nella fase del primo rintraccio, con funzioni di identificazione, di eventuale accertamento dell'età e dello status, anche al fine di accelerare l'eventuale ricongiungimento con parenti presenti anche in altri paesi dell'Unione europea;
- la pianificazione dell'accoglienza di secondo livello di tutti i minori stranieri non accompagnati nell'ambito dello SPRAR, adeguatamente potenziato e finanziato;
- l'impegno, da parte del Ministero dell'Interno, ad aumentare in maniera congrua la capienza dei posti nella rete dello SPRAR specificamente dedicati all'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati;

Richiamate, altresì, le iniziative regionali messe in atto in materia di accoglienza di MSNA, tra le quali si

annoverano le seguenti deliberazioni assunte dalla Giunta regionale:

- 26 gennaio 2015 (Disposizioni temporanee per l'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati, in coerenza con l'Intesa tra Governo, Regioni ed Enti Locali sul Piano nazionale per fronteggiare il flusso straordinario di cittadini extracomunitari, adulti, famiglie e minori stranieri non accompagnati); atto che fa seguito alla circolare del Ministero dell'Interno, Dipartimento per le libertà civili e l'immigrazione, 25 luglio 2014, n. 8855, con il quale si autorizzano le Regioni e le Province autonome ad adottare "misure finalizzate ad aumentare fino al 25 per cento le potenzialità di accoglienza delle strutture autorizzate o accreditate nel territorio di competenza", come stabilito in data 22 luglio 2014 nel corso della riunione tra rappresentanti del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, delle Regioni e degli Enti locali;
- 7 aprile 2015, n. 400 (Delibera della Giunta regionale 594 del 21-7-2014. Approvazione proposte progettuali relative all'Area Minori - tipologia sperimentale "Appartamenti per l'autonomia");
- 16 febbraio-2016, n. 84 (Delibere Giunta regionale n. 594/2014 e n. 400/2015; estensione della sperimentazione sull'area minori. Approvazione dell'Avviso a presentare manifestazioni di interesse per l'attivazione e/o il proseguimento di progetti sperimentali dedicati ad appartamenti per l'accoglienza in autonomia di minori e/o di neo maggiorenni);

Considerato che il Documento di economia e finanza regionale (DEFER) 2016, approvato con deliberazione del Consiglio regionale 21 dicembre 2015, n. 89, in linea con quanto previsto dalla citata l.r. 29/2009, si propone di agevolare processi partecipati di integrazione, nell'accezione di reciproco avvicinamento tra comunità straniera e comunità autoctona mediante il progetto regionale 24 "Politiche per l'accoglienza e l'integrazione dei cittadini stranieri", le cui finalità nei riguardi dei profughi e richiedenti asilo sono incentrate sulla volontà di "continuare a sviluppare azioni pienamente coerenti con il quadro nazionale (così come delineato dall'Intesa Stato-Regioni -Enti locali stipulata il 10 luglio 2014)

ed in un'ottica di cooperazione interistituzionale e di accrescere il modello di accoglienza diffusa in una logica di equità distributiva per piccoli gruppi sul territorio regionale, con il fine di assicurare un'adeguata ospitalità alle persone ed un concreto coinvolgimento delle comunità che accolgono. A tali iniziative corrisponde un contestuale impegno volto a sostenere i percorsi di integrazione sociale sul territorio regionale dei cittadini stranieri di paesi terzi, richiedenti asilo e titolari delle varie forme di protezione internazionale attraverso la realizzazione di attività, la sperimentazione di modelli organizzativi innovativi e l'utilizzazione di tutte le opportunità finanziarie nazionali ed europee (FAMI e FSE 2014-2020), in un'ottica di lavoro di rete tra tutti i soggetti istituzionali e del privato sociale coinvolti”;

Considerato opportuno mettere in atto tali interventi puntando sia all'effettivo coinvolgimento nella pratica dell'accoglienza di tutti quei comuni che ad oggi non hanno accolto migranti, sostenendo parimenti la partecipazione dei Comuni ai bandi SPRAR (senza escludere quegli enti che hanno già attivato sul proprio territorio tali progetti), sia al completo utilizzo di tutte le opportunità finanziarie messe a disposizione della Regione dai fondi nazionali ed europei destinati all'accoglienza dei profughi;

CONDIVIDE

il contenuto della comunicazione svolta dalla Giunta regionale in relazione a “Il sistema integrato di accoglienza e integrazione e il modello di governance”, nonché il quadro complessivo degli interventi messi in atto dalla Regione Toscana in materia di accoglienza ed integrazione di migranti, frutto del confronto interistituzionale e del coinvolgimento effettivo dei territori;

IMPEGNA

LA GIUNTA REGIONALE

a proseguire, anche alla luce del piano operativo, citato nella comunicazione in oggetto, promosso dalla

Regione assieme ad Anci Toscana e da affrontare in sede di confronto con il Governo, sul percorso intrapreso, nell'ottica di implementare la politica regionale in materia di accoglienza diffusa e di superamento della condizione di emergenza legata alla prima accoglienza, da raggiungersi mediante l'attuazione di un complesso di provvedimenti volti a:

- consolidare il modello di accoglienza diffusa, individuando incentivi, anche economici, per quei Comuni che accolgono sul proprio territorio cittadini extracomunitari richiedenti la protezione internazionale;
- ricalcolare la ripartizione dei profughi per abitanti, inserendo nel conteggio anche i profughi già inseriti nei progetti SPRAR per ogni singolo comune;
- promuovere la piena partecipazione al sistema SPRAR verso tutti i Comuni toscani, compresi quelli che sul proprio territorio hanno già attivato progetti SPRAR, sia incrementando i posti disponibili nei progetti attivi in ambito regionale, sia ampliando la partecipazione da parte dei Comuni non ancora coinvolti in occasione dei prossimi avvisi nazionali;
- impegnare il Ministero dell'Interno a coordinare la ricerca e la messa a disposizione di immobili e strutture adatti all'accoglienza, attualmente nelle disponibilità di altre articolazioni dello Stato e di soggetti nazionali;
- verificare lo stato di attuazione delle varie intese in atto con le amministrazioni comunali che ospitano profughi finalizzate al coinvolgimento attivo di questi ultimi in attività sociali di pubblica utilità, ed a implementare tali accordi nel caso in cui sia stata riscontrata una effettiva ricaduta positiva a favore delle comunità ospitanti;
- definire l'impegno della Regione Toscana nella definizione di nuovi progetti sperimentali legati all'agricoltura, all'ambiente, alla difesa del suolo, alla bonifica ed alla forestazione;
- utilizzare tutte le opportunità finanziarie messe a disposizione dai fondi europei e nazionali destinati alle politiche di accoglienza, con particolare riferimento al Fondo asilo migrazione e integrazione (FAMI) relativo alla programmazione 2014-2020;

- condividere un sistema informativo-informatizzato relativo a tutti i soggetti coinvolti nel sistema integrato di accoglienza diffusa;
- assumere iniziative nei confronti del Ministero competente affinché possa essere valutata ogni iniziativa utile finalizzata a velocizzare l'iter delle procedure relative al riconoscimento dello status di rifugiato, al fine di un'effettiva tutela dei diritti costituzionali garantiti per gli aventi diritto a detto status.

RISOLUZIONE 21 giugno 2016, n. 49 - Collegata alla comunicazione della Giunta regionale n. 9 (Il sistema integrato di accoglienza ed integrazione ed il modello di governance). (BUR n. 26 del 29.6.16)

IL CONSIGLIO REGIONALE

Vista la comunicazione al Consiglio regionale 21 giugno 2016, n. 9, in merito a “Il sistema integrato di

accoglienza ed integrazione ed il modello di governance”, con la quale si illustra il modello toscano di accoglienza diffusa per richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale, definendone gli obiettivi di sviluppo futuro;

Considerato che obiettivo ultimo del sistema stesso è quello di garantire un percorso di autonomia ed inserimento socio-lavorativo dei migranti dentro a strutture che garantiscano gli opportuni standard igienico-sanitari e, quindi, condizioni dignitose di trattamento, vitto e alloggio;

Considerato che tra i migranti accolti nella rete regionale dei contributi di autonoma sistemazione (CAS), tutte persone in fuga dal proprio paese di origine per motivi di persecuzione personale, situazioni di conflitto interno od internazionale o catastrofi naturali, esistono categorie particolarmente vulnerabili rappresentate in particolare dai minori non accompagnati e da persone vittime di violenza e tortura;

Preso atto che, in particolare, per i minori non accompagnati è stato avviato, nell'anno 2015, un percorso

sperimentale con l'approvazione di quindici progetti di accoglienza definiti “Appartamenti per l'autonomia”, destinati ad adolescenti di 16-18 anni e neomaggiorenni e che tale sperimentazione è stata ulteriormente estesa a partire da febbraio 2016, con la presentazione di ulteriori trenta proposte per un totale di centottanta posti letto;

Preso atto che vengono definiti come punti cardine del sistema l'organizzazione di centri di piccole dimensioni, la stretta relazione con il territorio ospitante e la necessaria progressiva qualificazione dei servizi offerti;

Preso atto che tra le forme di sperimentazione dell'accoglienza descritte vi è l'idea di collocare i migranti presso famiglie o appartamenti privati e che la Regione Toscana è in attesa del nulla-osta in merito da parte del Ministero dell'Interno, avendo già raccolto la disponibilità di duecento case per un totale di duecentocinquanta posti;

Considerato che la qualificazione del sistema sopra descritta può essere assicurata soltanto da soggetti gestori dotati della necessaria preparazione ed esperienza nel campo dell'immigrazione, che sappiano impiegar operatori adeguatamente formati, preparati e competenti;

Considerato che il sistema di accoglienza dei migranti in arrivo sul nostro territorio è garantito dalle risorse stanziare dall'Unione europea e dal Governo italiano le quali, mettendo a disposizione appetibili finanziamenti ai gestori dei centri, hanno spinto a partecipare ai bandi di assegnazione soggetti che non hanno mai avuto precedentemente a che fare con l'assistenza ai migranti;

Considerato che l'efficienza del sistema di accoglienza, oltre ad essere la risposta dovuta dalle istituzioni

agli impegni derivanti dalla normativa nazionale e internazionale vigente, risponde all'interesse collettivo della valorizzazione delle risorse messe a disposizione della nostra comunità dai migranti in arrivo in funzione del mercato del lavoro, del ripopolamento di zone disabitate, del sostegno al nostro sistema fiscale e di welfare;

Considerato tutto quanto sopra descritto;

IMPEGNA

LA GIUNTA REGIONALE

1. a strutturare un sistema di monitoraggio continuo della gestione dei centri di accoglienza in termini di:

- condizioni igienico-sanitarie delle strutture, numero di ospiti in rapporto agli spazi a disposizione e fornitura dell'assistenza materiale (pasti, spese personali);
- rendicontazione economica delle spese, attraverso il necessario coordinamento con la Prefettura competente;
- trattamento lavorativo e formazione degli operatori impiegati;
- trattamento dei migranti, regole di convivenza e criteri di espulsione, onde evitare la possibilità di abusi e maltrattamenti;

2. a garantire la capacità di individuazione e presa in carico dei soggetti vittime di violenza e tortura presenti nelle strutture, attraverso il necessario coordinamento con la Commissione territoriale per la valutazione delle richieste di asilo, il servizio sanitario regionale ed i soggetti del terzo settore competenti in merito;

3. a rendere noti al più presto i risultati della sperimentazione relativa all'accoglienza dei minori e dei neo maggiorenni nelle strutture sperimentali degli "Appartamenti per l'autonomia", prima di un'eventuale messa a regime dopo la sperimentazione, considerando, al di là del risparmio in termini di risorse, che si tratta di fasce di utenti che necessitano di un'assistenza diversa, ma altrettanto qualificata, rispetto a ragazzi di più giovane età, appartenendo peraltro alla fascia di maggiore rischio devianza;

4. a rendere noti al più presto i criteri organizzativi dell'ospitalità che si intende garantire all'interno delle famiglie toscane o di appartamenti privati, in particolare i meccanismi di coordinamento con i soggetti deputati all'assistenza legale e socio-sanitaria, nonché all'inserimento socio-lavorativo dei migranti ospitati;

5. ad attivarsi con tutte le forze necessarie perché venga ampliato il sistema di accoglienza per richiedenti asilo e rifugiati (SPRAR), spingendo i Comuni ad aderire e monitorando affinché questo processo garantisca, comunque, il mantenimento degli attuali standard in termini di accoglienza e assistenza del sistema stesso.

MINORI

CAMPANIA

DGR 7.6.16, n. 263 - Modifica alla delibera di giunta regionale n. 41 del 15/02/2016 avente ad oggetto "Costituzione dell'Osservatorio regionale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in regione Campania" (BUR n. 42 del 27.6.16)

Note

PREMESSA

Con delibera di Giunta Regionale n. 41 del 15/02/2016, pubblicata sul B.U.R.C. n. 16 del 09/03/2016, è stato costituito, ai sensi dell'articolo 27, comma 3, della legge regionale 23 ottobre 2007, n. 11, l' Osservatorio regionale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Regione Campania con la finalità di:

- a) soddisfare l'esigenza di conoscere il panorama della condizione dei bambini e degli adolescenti sul territorio regionale;
- b) ottimizzare la promozione dei diritti e delle opportunità dei soggetti in età evolutiva;
- c) identificare le aree di rischio, rilevare i bisogni e verificare la rispondenza tra i bisogni e i servizi offerti.

La stessa delibera ha stabilito che l'Osservatorio sia composto da:

- a) l'Assessore regionale alle politiche sociali o suo delegato, con la funzione di presidente
- b) il Garante regionale dell'Infanzia e dell'Adolescenza;

- c) il direttore della Direzione generale per le politiche sociali, le politiche culturali, le pari opportunità e il tempo libero o suo delegato;
- d) il direttore o suo delegato della D.G. per l'Istruzione, la formazione, il lavoro e le politiche giovanili;
- e) il direttore o suo delegato della D.G. per la Tutela della salute e il coordinamento del sistema sanitario regionale;
- f) il direttore o suo delegato della D.G. per l'Università, la ricerca e l'innovazione;
- g) un rappresentante dell'ANCI Campania;
- h) un rappresentante del Centro di Giustizia Minorile
- i) cinque membri rappresentanti delle associazioni e/o del mondo della cooperazione sociale che tutelano i diritti dei minori più rappresentative a livello nazionale e maggiormente radicate a livello regionale con esperienza documentata di almeno tre anni nel settore dell'infanzia e dell'adolescenza;
- l) un membro in rappresentanza del Forum del Terzo Settore;
- m) il dirigente o suo delegato della U.O.D. 02 "Welfare dei servizi e pari opportunità"
- n) un funzionario della U.O.D. 02, "Welfare dei servizi e pari opportunità" con funzioni di assistenza tecnica.

Con la nota prot. n.279/sp del 17/05/2016 inviata dall'Assessore alle Politiche Sociali al Direttore Generale del Dipartimento 54 – DG 12 è stato rilevato che:

- l'esigenza di approfondimenti tematici su aree particolarmente problematiche, sui servizi innovativi, sulle sperimentazioni in corso e la diffusione delle esperienze progettuali più significative avviate in Campania, così come la necessità di verificare la qualità dei servizi e degli interventi programmati per l'infanzia e l'adolescenza, richiedono una maggiore partecipazione degli attori del sistema integrato attivi

a livello territoriale che possano, in virtù della significatività delle loro esperienze, disporre di una preziosa conoscenza dei fenomeni sociali e culturali e del loro contesto;

- parte delle tematiche di interesse dell'Osservatorio regionale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza, sono congruenti con quelle dell'Osservatorio permanente sulla condizione giovanile previsto dalla DGR 87/2016.

Viene ritenuto opportuno:

- ampliare le forme di partecipazione dei soggetti del terzo settore, contemperando competenze e radicamento territoriale, per rafforzare l'azione e il lavoro dell'Osservatorio;
- effettuare azioni di raccordo con l'Osservatorio permanente sulla condizione giovanile in relazione a tematiche di specifica pertinenza;

Viene modificato il punto 3 del deliberato della DGRC n. 41 del 15/02/2016, relativamente alla composizione dell'Osservatorio regionale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Regione

Campania, con la seguente integrazione:

“cinque membri rappresentanti dei soggetti del terzo settore, operanti sul territorio regionale, che siano attive e abbiano esperienza documentata di almeno tre anni nel settore dell'infanzia e dell'adolescenza”

Sono effettuate azioni di raccordo con l'Osservatorio permanente sulla condizione giovanile in relazione a tematiche di specifica pertinenza;

DPGR 11.7.16, n. 152 - Osservatorio regionale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in regione Campania - nomina componenti. (BUR n. 46 dell'11.7.16)

Note

Viene costituito l'Osservatorio Regionale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Regione

Campania nella seguente composizione:

Avv. Vincenzo Cappello

dr. Alberto Caprio

dr.ssa Bruna Leonardi
 dr.ssa Margherita Dini Ciacci
 Sig. Alfredo Senatore
 Avv. Gemma Barbella
 sig. Pasquale Calemme
 dr.ssa Angela Concilio
 dr.ssa Stefania Mellone
 dr.ssa Anna Bifulco
 dr.ssa Marianna Hasson
 sig. Giovanni Russo
 sig. Antonio Cossia
 il Garante regionale dell'Infanzia e dell'Adolescenza
 l'Assessore alle Politiche Sociali
 il Direttore della Direzione generale per le politiche sociali, le politiche culturali, le pari opportunità e il tempo libero o suo delegato;
 il Direttore della Direzione generale per l'istruzione, la formazione, il lavoro e le politiche giovanili; o suo delegato
 il Direttore della Direzione generale per la tutela della salute e il coordinamento del sistema sanitario regionale; o suo delegato
 il Direttore della Direzione generale per l'università, la ricerca e l'innovazione o suo delegato
 Il Dirigente della U.O.D. 02 della DG 12 o suo delegato

NB

Ai componenti dell'Osservatorio non spetta alcun compenso o rimborso spese;

LAZIO

DGR 28.6.16, n. 357 - Articolo 19 del decreto legislativo 18 agosto 2015, n. 142. Accoglienza minori stranieri non accompagnati. Definizione dei requisiti strutturali e organizzativi delle strutture di prima e di seconda accoglienza. (BUR n. 55 del 12.7.16)

Note

INTRODUZIONE NORMATIVA

Legge regionale 9 settembre 1996, n. 38: “Riordino, programmazione e gestione degli interventi e dei servizi socioassistenziali nel Lazio” e successive modifiche;

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

Decreto 21 maggio 2001, n. 308 del Ministro per la Solidarietà Sociale: “Regolamento concernente „Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma dell'articolo 11 della legge 8 novembre 2000, n. 328”;

Decreto legislativo 18 agosto 2015, n. 142: “Attuazione della direttiva 2013/33/UE recante norme relative all'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale, nonché della direttiva 2013/32/UE, recante procedure comuni ai fini del riconoscimento e della revoca dello status di protezione internazionale

L'articolo 19 del d.lgs. 142/2015, rubricato “Accoglienza dei minori non accompagnati”, che prevede quanto segue:

- a) per esigenze di soccorso e di protezione immediata, i minori non accompagnati sono accolti in strutture governative di prima accoglienza per il tempo strettamente necessario, comunque non superiore a sessanta giorni;
- b) le strutture di cui alla lettera a) sono attivate dal Ministero dell'Interno in accordo con l'ente locale nel cui territorio è situata la struttura e gestite dal Ministero anche in convenzione con gli enti locali;

c) con decreto interministeriale sono fissati le modalità di accoglienza, gli standard strutturali, in coerenza con la normativa regionale, e i servizi da erogare;

d) i minori stranieri non accompagnati hanno accesso alle misure di accoglienza predisposte dagli enti locali e a tal fine gli enti locali prevedono specifici programmi di accoglienza riservati ai minori non accompagnati finanziati dallo Stato;

Legge regionale 12 dicembre 2003 n. 41: “Norme in materia di autorizzazione all’apertura ed al funzionamento delle strutture che prestano servizi socio-assistenziali”;

Regolamento regionale 18 gennaio 2005, n. 2 recante: “Regolamento di attuazione dell’articolo 2 della legge regionale 12 dicembre 2003, n. 41. Modalità e procedure per il rilascio dell’autorizzazione all’apertura ed al funzionamento delle strutture che prestano servizi socio-assistenziali.”;

Circolare del Ministero dell’Interno – Dipartimento per le libertà civili e l’immigrazione n. 8855 del 25 luglio 2014 prevede l’accoglienza di minori stranieri non accompagnati nella rete del Sistema di protezione per richiedenti asilo (SPRAR), con impegno ad aumentare in maniera congrua la capienza dei posti;

DGR 23 settembre 2014, n. 614 recante “Intesa tra Governo Regioni ed Enti Locali sul Piano Nazionale per fronteggiare il flusso straordinario di cittadini extracomunitari, adulti, famiglie e minori stranieri non

accompagnati, repertorio atti n.77/CU. Provvedimenti relativi all’accoglienza di minori stranieri non accompagnati.

LA SITUAZIONE DEI MINORI

Il massiccio afflusso migratorio ha ormai superato il carattere della “emergenza” ed assunto connotati di persistenza strutturale e che il Governo ha posto in essere interventi finalizzati all’accoglienza dei MSNA che si inseriscono in un sistema di accoglienza articolato su 2 livelli: la prima e la seconda accoglienza.

I suddetti livelli di accoglienza si pongono tra loro in una stretta correlazione sinergica, rappresentando due diversi passaggi, funzionalmente collegati e interdipendenti, di uno stesso percorso e che la prima accoglienza può efficacemente adempiere al suo scopo solo se affiancata da un adeguato impianto di seconda accoglienza;

IL DECRETO EMANANDO

Il decreto interministeriale di fissazione dei requisiti minimi delle strutture di prima accoglienza dei minori stranieri non accompagnati, previsto dal comma 1 dell’articolo 19 del d.lgs. 142/2015 non è stato ancora emanato e che comunque la medesima disposizione normativa statale prevede espressamente che gli standard strutturali di tali strutture siano coerenti con la normativa regionale;

I FABBISOGNI ASSISTENZIALI

Il Programma Nazionale del Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione (FAMI) per il periodo 2014-2020 individua i fabbisogni di medio termine più avvertiti nel settore dell’asilo, dell’integrazione e dei rimpatri, declinando per ciascuna area gli obiettivi di carattere prioritario ed i risultati funzionali al loro conseguimento e che nell’attuale quadro nazionale risulta prioritario il potenziamento del sistema della capacità ricettiva del sistema dei richiedenti asilo - con specifico riferimento alla prima e seconda accoglienza - anche in caso di flussi non programmati e, in particolare, per alcune categorie di soggetti vulnerabili quali i minori stranieri non accompagnati.

L’AVVISO

Con Decreto del Ministero dell’Interno n. 6715 del 22 aprile 2016 dall’Autorità responsabile del Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione (FAMI) 2014-2020 del Dipartimento per le Libertà civili e l’Immigrazione del Ministero dell’Interno, è stato emanato un Avviso pubblico per la presentazione di progetti da finanziare a valere sul FAMI – Obiettivo Specifico 1 Asilo - Obiettivo nazionale 1 Accoglienza/Asilo – lett. e – “Qualificazione del sistema nazionale di prima accoglienza dei Minori Stranieri non Accompagnati (MSNA)” e specificamente:

1) “Qualificazione del sistema nazionale di prima accoglienza dei minori stranieri non accompagnati (MSNA)”, con scadenza per la presentazione progetti fissata al 20 giugno 2016;

2) “Potenziamento della capacità ricettiva del sistema di seconda accoglienza dei minori stranieri non accompagnati (MSNA)”, con scadenza per la presentazione progetti fissata al 6 settembre 2016;

L’ACCORDO

Il documento approvato in Conferenza delle Regioni e delle Province autonome 16/63/CR9/C8 il 5 maggio 2016 concernente “Accordo sul sistema di accoglienza dei minori stranieri non accompagnati, per il quale il modello di accoglienza si struttura su due livelli:

- la prima accoglienza, gestita in strutture diffuse sul territorio nazionale con una capacità ricettiva di massimo 50 minori, con un turn over garantito di 60 giorni come previsto dall’articolo 19 del d. lgs.142/2015, finanziata dal Ministero dell’Interno sul fondo FAMI. Il predetto Ministero ha emanato un avviso per la realizzazione di tali strutture sul territorio nazionale con l’obiettivo di garantire la diffusione dell’accoglienza su tutto il territorio nazionale;

- la seconda accoglienza, gestita in strutture della rete SPRAR ed in caso di insufficienza di tali strutture, in strutture del territorio o mediante lo strumento dell’affido. Allo scopo di creare omogeneità sui territori e coerenza con il finanziamento ministeriale, è previsto che le regioni adottino linee guida condivise sui requisiti gestionali ed organizzativi minimi riferiti a questo target di utenza.

I REQUISITI NECESSARI

Per raggiungere gli obiettivi generali e per consentire la presentazione, da parte dei diversi soggetti istituzionali e non del territorio regionale, di candidature per la realizzazione di strutture di prima accoglienza per MSNA nell’ambito del sopracitato avviso ministeriale, si rende necessario procedere ad una approvazione di requisiti strutturali e organizzativi per tali strutture di accoglienza, anche ai fini del rilascio dell’autorizzazione al funzionamento delle stesse.

I COSTI

I costi della gestione delle strutture di prima e seconda accoglienza per MSNA vengono riconosciuti nell’ambito dell’Avviso ministeriale citato nonché le finalità dell’accoglienza.

LA DISPOSIZIONE

Nelle more dell’adozione da parte del Ministro dell’Interno del sopracitato decreto vengono individuati i requisiti strutturali e organizzativi minimi delle strutture di prima accoglienza rivolte a minori stranieri non accompagnati, come da allegato A che forma parte integrante del presente provvedimento;

Le strutture di accoglienza di cui alle lettere A) e B) sono autorizzate al funzionamento dal comune territorialmente competente che esercita altresì le conseguenti funzioni di vigilanza, ai sensi dell’articolo 3 della l.r. 141/2003, n. 41, nel rispetto di quanto previsto dal r. r. 2/2005, n. 2.

ALLEGATO A

REQUISITI STRUTTURALI E ORGANIZZATIVI DELLE STRUTTURE DI PRIMA ACCOGLIENZA PER MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI.

1. Definizione

Le strutture di prima accoglienza per minori stranieri non accompagnati (MSNA) sono caratterizzate dall’immediata ospitalità e tutela del minore e sono orientate a mantenere l’accoglienza per il tempo necessario, di norma non superiore a sessanta giorni, per acquisire informazioni sul soggetto e individuare e mettere in atto l’intervento più favorevole e stabile per il minore. Le strutture svolgono una funzione di accoglienza residenziale temporanea, favoriscono una gestione fattiva della vita quotidiana e promuovono tutte le iniziative che possano facilitare l’inserimento del minore. Collaborano con gli enti competenti nella dimissione del minore e nell’individuazione di una struttura di accoglienza di secondo livello.

2. Modalità di rilascio dell’autorizzazione al funzionamento

Le strutture sono autorizzate al funzionamento dal comune territorialmente competente che esercita altresì le conseguenti funzioni di vigilanza, ai sensi dell’articolo 3 della legge regionale 12 dicembre 2003, n. 41 (Norme in materia di autorizzazione all’apertura ed al funzionamento di strutture che prestano servizi socio-assistenziali), nel rispetto di quanto previsto dal regolamento regionale 18 gennaio 2005, n. 2 (Regolamento di attuazione dell’articolo 2 della legge regionale 12

dicembre 2003, n. 41. Modalità e procedure per il rilascio dell'autorizzazione all'apertura ed al funzionamento delle strutture che prestano servizi socio-assistenziali).

3. Capacità ricettiva

La struttura di prima accoglienza per MSNA, se costituita da un solo immobile, accoglie fino ad un massimo di trenta minori.

In relazione alla presentazione dei progetti di realizzazione di strutture di prima accoglienza per cinquanta MSNA, di cui all'avviso emanato con decreto del Ministero dell'Interno n. 6715 del 22 aprile 2016, che prevedono una ricettività di cinquanta MSNA, gli immobili dove si eroga il servizio di prima accoglienza devono essere almeno due.

4. Requisiti strutturali

La struttura deve essere ubicata in un territorio in grado di garantire l'accesso ai servizi del territorio, preferibilmente all'interno di una rete di pubblici trasporti al fine di agevolare gli spostamenti, e comunque in edifici accessibili, privi di barriere architettoniche interne ed esterne.

La struttura deve avere le caratteristiche della civile abitazione (decreto del Ministro della Sanità 5 luglio 1975) e deve rispettare tutte le normative in materia di sicurezza, accessibilità e incendi.

Deve altresì garantire le condizioni di visitabilità e agibilità secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

In particolare la struttura deve avere:

- a) una superficie minima delle camere, al netto di ogni locale accessorio, di mq. 9 per le camere ad un letto, mq. 14 per le camere a due letti e mq 20 per le camere con 3 letti. Per ogni camera il numero massimo di posti letto è tre e non sono ammessi letti a castello;
- b) almeno un servizio igienico-sanitario ogni 8 posti letto dotato di w.c., lavabo, specchio, vasca da bagno o piatto doccia, anche posti in vani separati. Nel rapporto di cui sopra non si computano le eventuali camere dotate di servizi igienici privati;
- c) arredamento minimo per le camere da letto composto da letto, sedia o sgabello, scomparto armadio per persona;
- d) locale comune di soggiorno, di norma distinto dalla sala da pranzo;
- e) appositi locali, rispondenti alla normativa vigente in materia di sicurezza alimentare ed in applicazione dei regolamenti comunitari di settore, per la somministrazione ed il consumo dei pasti (nel rispetto della cultura e della tradizione religiosa oltre che dell'età dei destinatari);
- f) locale/i e servizi igienici ad uso esclusivo del personale;
- g) locali per incontri individuali e di gruppo;
- h) locale/i di adeguate dimensioni che consenta ai rappresentanti delle competenti Autorità di svolgere le attività finalizzate alle procedure di identificazione ed accertamento della minore età;
- i) spazi per lavanderia, stireria, depositi, ecc. adeguati alle modalità organizzative adottate per il servizio.

5. Requisiti organizzativi

Le strutture di prima accoglienza per MSNA accolgono fino ad un massimo di trenta minori, e devono essere organizzate evitando situazioni di promiscuità tali da ledere il rispetto delle esigenze legate alla differenza di genere.

Le strutture di prima accoglienza curano:

- l'organizzazione di corsi di alfabetizzazione;
- il sostegno psico-pedagogico, come metodo di intervento per il superamento dei momenti critici dei minori ospiti;
- la responsabilizzazione dei minori attraverso possibili modi di compartecipazione alla gestione della vita comune;
- l'uso corretto ed attivo del tempo libero;
- i contatti con i coetanei di ambo i sessi;
- l'apertura alla realtà sociale;
- l'assistenza socio-sanitaria;
- la mediazione culturale;

- l'orientamento e assistenza legale
- lo stato di salute del minore attraverso il ricorso al Servizio sanitario regionale.

Ciascun minore è essere inserito in struttura secondo le procedure vigenti in materia di immigrazione. La struttura è tenuta a predisporre una scheda personale e una relazione tecnica a carattere sociale sia nella fase di ingresso sia al momento delle dimissioni, trasferendo il fascicolo relativo al minore alla struttura di seconda accoglienza (nel caso in cui si decida il mantenimento del minore sul territorio italiano).

Le strutture possono avvalersi per servizi integrativi della collaborazione di operatori volontari o di tirocinanti. L'apporto di tirocinanti e/o volontari deve essere considerato aggiuntivo rispetto all'organico del servizio e deve essere monitorato da operatori professionali.

6. Personale

Per ogni progetto di realizzazione di strutture di prima accoglienza finanziato con il citato avviso ministeriale, che prevede un'assistenza di cinquanta MSNA, deve operare un'équipe multidisciplinare così formata:

- un coordinatore/responsabile che opera nelle strutture di accoglienza individuate, ha la responsabilità di tutti gli interventi dedicati ai MSNA all'interno delle strutture e deve interfacciarsi con il Ministero dell'Interno e con le Autorità competenti per l'efficace riuscita degli interventi dedicati ai MSNA;
- un operatore di vigilanza presente per le ore notturne per ogni struttura;
- sei profili di educatore/operatore: quattro educatori professionali, un operatore legale ed un operatore amministrativo;
- cinque professionisti specializzati nell'ambito dei MSNA (un assistente sociale, uno psicologo, un medico dell'età evolutiva e/o Pediatra, un esperto di diritti dell'infanzia, un mediatore linguistico e culturale);
- un interprete/servizio di interpretariato per ogni struttura.

Tutte le figure individuate quali membri dell'équipe multidisciplinare, devono avere almeno 3 anni di esperienza nell'ambito dell'accoglienza e assistenza in favore di minori stranieri non accompagnati.

Inoltre, in ordine alle singole figure sotto indicate, si considerano necessari:

1. Coordinatore:

- esperienza di almeno 2 anni, dei tre anni sopra richiesti, nello specifico ruolo di coordinatore di strutture di accoglienza per MSNA;
- diploma di laurea in scienze dell'educazione, pedagogia, psicologia, scienze sociali, discipline umanistiche ad indirizzo socio-psico-pedagogiche.

2. Educatori professionali, almeno uno dei titoli sotto indicati:

- diploma di laurea in Pedagogia;
- diploma di laurea in Scienze dell'educazione;
- diploma di laurea in Scienze della formazione primaria;
- laurea di educatore professionale;
- titoli equipollenti, equiparati, o riconosciuti ai sensi di legge.

3. Operatori legali ed esperti diritti dell'infanzia:

- diploma di laurea in Giurisprudenza

4. Assistenti sociali:

- iscrizione all'albo

5. Psicologi:

- iscrizione all'albo

6. Medici dell'età evolutiva e/o Pediatri:

- laurea in medicina con esperienza in età evolutiva (corso in medicina generale e/o auxologia e/o pediatria e/o neuropsichiatria infantile)

7. Mediatore linguistico culturale e interprete:

- adeguata conoscenza della lingua italiana

- buona conoscenza della lingua veicolare scelta ai fini della mediazione e dell'interpretariato tra quelle parlate dai gruppi nazionali, etnici e linguistici maggiormente rappresentati nel territorio in cui si opera (es. arabo, tigrino, inglese francese)

- buona conoscenza dei codici culturali sottesi del gruppo immigrato di riferimento e del contesto in cui l'attività si svolge

- adeguate capacità comunicative, di relazione e di gestione dei conflitti

- diplomi specifici o partecipazione a corsi riconosciuti ed iscrizione ad eventuale Albo regionale.

Deve altresì essere previsto il personale necessario a garantire i servizi di pulizia, l'organizzazione e la distribuzione dei pasti (nel rispetto della cultura e della tradizione religiosa oltre che dell'età dei destinatari), fornitura di biancheria, vestiario, prodotti per l'igiene ecc...

Il suddetto personale deve prestare servizio a tempo pieno per un totale di cinquanta MSNA assistiti nell'ambito dei progetti di realizzazione di strutture di prima accoglienza, di cui all'avviso ministeriale citato. Nel caso di utilizzo di più immobili per il medesimo progetto, la presenza di personale per ciascun immobile è proporzionata al numero di minori accolti in ciascuna struttura, assicurando comunque personale in numero sufficiente a garantire le attività evidenziate in precedenza.

ALLEGATO B

REQUISITI STRUTTURALI E ORGANIZZATIVI DELLE STRUTTURE DI SECONDA ACCOGLIENZA PER MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI

1. Definizione

La struttura di accoglienza di secondo livello per minori stranieri non accompagnati (MSNA) è una struttura di tipo comunitario caratterizzata da un intervento socioeducativo, dove sono presenti operatori qualificati che guidano il minore in un percorso di crescita dell'identità personale e sociale, favorendone la progressiva responsabilizzazione e autonomia.

Le strutture devono rispondere alle esigenze di accoglienza e di sostegno in tutte le situazioni correlate a necessità di protezione dei minori e richiedono la presenza di personale adeguatamente qualificato.

2. Modalità di rilascio dell'autorizzazione al funzionamento

Le strutture sono autorizzate al funzionamento dal comune territorialmente competente che esercita altresì le conseguenti funzioni di vigilanza, ai sensi dell'articolo 3 della legge regionale 12 dicembre 2003, n. 41 (Norme in materia di autorizzazione all'apertura ed al funzionamento di strutture che prestano servizi socio-assistenziali), nel rispetto di quanto previsto dal regolamento regionale 18 gennaio 2005, n. 2 (Regolamento di attuazione dell'articolo 2 della legge regionale 12 dicembre 2003, n. 41. Modalità e procedure per il rilascio dell'autorizzazione all'apertura ed al funzionamento delle strutture che prestano servizi socio-assistenziali).

3. Capacità ricettiva

La struttura può accogliere, rispettando la divisione per genere, sino ad un massimo 16 MSNA, di età compresa fra i 16 e i 18 anni. È possibile un'articolazione in moduli.

Sulla base della progettualità specifica e della valutazione complessiva sulla praticabilità dell'inserimento e la compatibilità con gli altri ospiti della struttura e su provvedimento dell'Autorità giudiziaria, può essere disposto l'inserimento in deroga di fratelli e/o sorelle.

La struttura garantisce l'apertura per 365 giorni all'anno per 24 ore.

4. Requisiti strutturali

La struttura deve essere ubicata in un territorio in grado di garantire l'accesso ai servizi del territorio e preferibilmente all'interno di una rete di pubblici trasporti al fine di agevolare gli spostamenti. La struttura deve essere altresì ubicata in edifici accessibili, privi di barriere architettoniche interne ed esterne.

La struttura deve avere le caratteristiche della civile abitazione (decreto del Ministro della Sanità 5 luglio 1975) e deve rispettare tutte le normative in materia di sicurezza, accessibilità e incendi.

Gli spazi abitativi si configurano come spazi di quotidianità che contribuiscono a rendere l'ambiente confortevole e familiare. Tutti gli spazi sono ad esclusivo uso degli ospiti e dell'équipe

degli operatori nell'ambito delle finalità indicate nel progetto globale della struttura. In particolare si definisce quanto segue:

Zona pranzo - soggiorno

È adeguata per superficie ed arredi alle esigenze dei minori e consente lo svolgimento di attività collettive ed individuali in coerenza con le esigenze degli ospiti presenti.

Cucina

La cucina è in possesso dei requisiti previsti per le strutture di civile abitazione dalla normativa vigente in materia igienico-sanitaria.

L'alimentazione ed il processo di preparazione dei cibi costituisce all'interno della comunità un forte momento educativo, cui possono partecipare in diversi modi i minori e gli operatori. È opportuno, pertanto, promuovere livelli di flessibilità che consentano, pur nel mantenimento di garanzie in ordine all'igiene alimentare e all'equilibrio dietetico, di utilizzare tutte le potenzialità educative del coinvolgimento dei minori nella preparazione del menù, nella preparazione dei cibi e nel servizio a tavola.

Camere da letto

Le camere sono singole, doppie o triple.

Nell'età adolescenziale è preferibile che le camere siano condivise da minori dello stesso sesso.

La superficie minima delle camere da letto è la seguente:

- mq. 9 per la camera ad un letto;
- mq. 14 per le camere a due letti;
- mq. 20 per le camere a tre letti.

Servizi igienici

In relazione alla tipologia degli ospiti i servizi igienici sono dotati di tutti gli accessori necessari ad una facile fruizione. È previsto un servizio igienico ogni quattro ospiti dei quali almeno uno di dimensioni idonee ad essere all'occorrenza attrezzato per la non autosufficienza.

Spazio per attività amministrative e/o del personale:

È previsto almeno uno spazio per gli operatori residenti o in servizio notturno, tali da garantire la fruibilità e la privacy. È inoltre previsto uno spazio per le attività di tipo amministrativo.

Impianti:

Gli impianti installati sono in regola con la normativa vigente.

Spazi e attrezzature esterne:

Nel caso in cui la struttura abbia spazi esterni adibiti a verde, sono previsti punti per la sosta e per le attività ricreative. Nella realizzazione delle aree attrezzate esterne va rispettato quanto previsto in materia di accessibilità.

L'organizzazione degli spazi interni della struttura, deve garantire agli ospiti il massimo di fruibilità con particolare riferimento al mantenimento e sviluppo dell'autonomia individuale. La suddivisione degli spazi interni dovrà tener conto delle caratteristiche dell'utenza in relazione alle attività che vengono svolte.

5. Requisiti organizzativi

5.1 Modalità di ammissione

Possono essere accolti minori stranieri non accompagnati provenienti dai centri di prima accoglienza segnalati dal Ministero dell'Interno, o minori intercettati a qualsiasi titolo sul territorio, ivi compresi minori già inseriti nei centri di accoglienza stranieri.

Nel caso di MSNA rintracciati sul territorio dalle forze dell'ordine si utilizzeranno le procedure già in uso sui territori; nel caso di MSNA inseriti nei centri di accoglienza straordinari (CAS) sarà cura della Prefettura fare la segnalazione raccordandosi, in base al sistema organizzativo locale, con i Comuni o con i Servizi Sociali dell'EELL ove sono ubicate le strutture.

Per rispondere in modo adeguato ai diversi bisogni dei minori accolti, la struttura dovrà garantire il raccordo con le Prefetture e con la rete dei servizi del territorio: servizio sociale, servizi sanitari, sistema educativo/formativo, servizi per il lavoro, centri per l'impiego, realtà socializzanti e del tempo libero, ecc., anche attraverso la sottoscrizione di accordi/protocolli di collaborazione.

Si potranno altresì promuovere e favorire relazioni positive con adulti e coetanei, anche attraverso forme di appoggio da parte di singoli o famiglie, associazioni di volontariato e associazioni di stranieri.

Deve essere assicurata la stipula di un'assicurazione a favore dei minori idonea a coprire i principali rischi dovuti a infortuni subiti sia e ai danni arrecati sia all'interno sia all'esterno della struttura.

5.2 Piano personalizzato educativo-assistenziale

All'ingresso del minore la struttura predispone in collaborazione con il servizio sociale del comune territorialmente competente e con il tutore, un piano personalizzato educativo-assistenziale, che tenga conto delle aspirazioni, competenze ed interessi del minore, oltre che delle informazioni raccolte dalla struttura di prima accoglienza.

Il piano deve prevedere momenti di compartecipazione e di responsabilizzazione alla gestione della vita quotidiana comune in struttura. Dovrà, inoltre, prevedere le modalità di erogazione di un pocket money eventualmente previsto.

5.3 Attività

Per conseguire un buona qualità dell'inserimento, sono assicurate almeno le seguenti attività:

- recupero e/o potenziamento delle risorse individuali del minore allo scopo di favorire il processo di crescita;
- orientamento e tutela legale: supporto nell'espletamento delle procedure di identificazione, del rilascio del permesso di soggiorno;
- verifica della presenza di parenti e collaborazione per l'eventuale avvio delle procedure di ricongiungimento familiare;
- assistenza psicologica e sanitaria;
- verifica di eventuali condizioni di vulnerabilità o di necessità particolari (disagio psicologico, vittime di tratta, torture, violenza);
- assolvimento dell'obbligo scolastico;
- insegnamento della lingua italiana anche in raccordo con i piani regionali per la formazione civico-linguistica; formazione secondaria e/o professionale;
- collocamento in attività lavorative in apprendistato e/o in tirocini;
- inserimento in contesti e attività socializzanti e per il tempo libero.

Deve inoltre essere previsto un "pocket money" da erogarsi secondo le modalità previste nel piano.

5.4 Carta dei servizi e regolamento interno

Il soggetto gestore della struttura deve dotarsi della Carta dei servizi e di un regolamento interno di funzionamento del servizio. La Carta dei Servizi e il regolamento devono essere scritti e tradotti in più lingue e resi visibili per favorire la più ampia informazione degli ospiti della struttura,.

Il regolamento deve riportare oltre alla definizione del progetto globale di accoglienza della struttura:

a) le modalità per:

- la registrazione ospiti in entrata e in uscita;
- la tenuta/compilazione scheda/fascicolo individuale;
- la gestione adempimenti connessi alla tutela della riservatezza;
- la programmazione periodica delle attività destinate ai minori;
- lo svolgimento corsi lingua italiana;

b) la dotazione complessiva del personale, funzioni/ compiti, turnazioni;

c) il funzionamento dei servizi.

5.5 Personale

Nelle strutture di seconda accoglienza per MSNA è prevista l'individuazione di personale qualificato in relazione alla tipologia delle prestazioni da erogare e alle caratteristiche ed ai bisogni dell'utenza ospitata, nonché la presenza di un coordinatore responsabile della struttura e del servizio.

Qualora diverse funzioni facciano capo ad una sola persona è indispensabile che, comunque, queste vengano svolte tutte con completezza e dimostrata professionalità.

Ogni struttura inoltre garantisce l'applicazione dei contratti di lavoro e dei relativi accordi integrativi in relazione al personale dipendente. In relazione alla finalità educativa e di accompagnamento verso l'autonomia, della struttura il personale assicura la presenza soltanto in alcuni periodi della giornata in relazione ai bisogni di ciascun ospite.

In particolare per lo svolgimento delle attività va assicurata la presenza del seguente personale:

- un responsabile, in possesso del diploma di laurea in scienze dell'educazione, pedagogia, psicologia, scienze sociali, o discipline umanistiche ad indirizzo socio-psico-pedagogiche, con almeno tre anni di esperienza con funzioni educative, referente della gestione, della progettazione del servizio e dei piani socioeducativi personalizzati, per un monte ore di 15 ore settimanali;
- la presenza di tre educatori, in possesso del titolo di educatore rilasciato ai sensi della normativa vigente, deve in ogni caso essere garantita per 30 ore settimanali;
- un mediatore culturale in possesso di specifico titolo di studio, con finalità di supporto educativo di appoggio e di orientamento per 28 ore settimanali;
- un operatore per 15 ore settimanali con funzioni di supporto alla gestione della struttura anche favorendo il coinvolgimento degli ospiti.

In sede di formulazione del piano personalizzato, sarà cura dei servizi competenti definire l'eventuale presenza di altre figure, sulla base delle esigenze degli ospiti. In ogni caso è assicurata la presenza notturna di almeno un operatore. Il soggetto titolare della gestione della struttura può inoltre avvalersi della collaborazione di associazioni di volontariato iscritte nel registro regionale o di tirocinanti dell'Università. Tale presenza dovrà considerarsi aggiuntiva rispetto all'organico sopra descritto e monitorata da operatori professionali.

La struttura si impegna a favorire la partecipazione del personale a corsi di aggiornamento e formazione permanente ai fini di una riqualificazione con particolare riguardo all'interculturalità.

DCR 15.6.16, n. 9 - Nomina del Garante dell'infanzia e dell'adolescenza. (BUR n. 53 del 5.7.16)

Note

Viene nominato, ai sensi dell'articolo 5, comma 1 della l.r. 38/2002 e successive modifiche, Garante dell'infanzia e dell'adolescenza il Sig. Jacopo Marzetti;

LOMBARDIA

DGR 27.6.16 - n. X/5342 - Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2016: terzo provvedimento . (BUR n. 26 del 29.6.16)

Note **INTRODUZIONE NORMATIVA**

l.r. 6 dicembre 1999, n. 23 «Politiche regionali per la famiglia» che indica, tra le finalità perseguite, quella di promuovere le attività di tutela, assistenza e consulenza a sostegno dei minori privi delle cure dei genitori o sottoposti a maltrattamenti, abusi e abbandoni;

l.r. 14 dicembre 2004, n. 34 «Politiche regionali per i minori»;

l.r. n. 33/2009, come modificata dalla l.r. 23 del 11 agosto 2015 «Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)»;

d.c.r. n. IX/0088 del 17 novembre 2010 «Piano Socio Sanitario Regionale 2010 - 2014»;

d.c.r. n. X/78 del 9 luglio 2013 «Programma regionale di sviluppo della X legislatura» e i relativi aggiornamenti approvati mediante il Documento di economia e finanza regionale (DEFER) di cui alla Risoluzione del Consiglio regionale n. 897 del 24 novembre 2015;

d.g.r. n. ix/3239 del 4 aprile 2012 «linee guida per l'attivazione di sperimentazioni nell'ambito delle politiche di welfare»;

d.g.r. n. X/116 del 14 maggio 2013 «Determinazioni in ordine all'istituzione del fondo regionale a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili: atto di indirizzo»;

d.g.r. n. X/499 del 25 luglio 2013 «Determinazioni in ordine alle sperimentazioni realizzate ai sensi della d.g.r. 4 aprile 2012, n. 3239 ‘Linee guida per l’attivazione di sperimentazioni nell’ambito delle politiche di welfare’: indicazioni a conclusione del periodo sperimentale»;

d.g.r. n. X/856 del 25 ottobre 2013 «Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della d.g.r. 116/2013: primo provvedimento attuativo»;

d.g.r. n. 1765 dell’8.5.2014 «Il sistema dei controlli in ambito sociosanitario: definizione degli indicatori di appropriatezza in attuazione della d.g.r. X/1185 del 20 dicembre 2013»;

d.g.r. n. X/2022 dell’1 luglio 2014 «Determinazioni in ordine all’evoluzione delle attività innovative ai sensi delle d.d.g.r. 3239/2012 e 499/2013. Fase transitoria»;

d.g.r. n. X/2313 del 1 agosto 2014 «Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l’esercizio 2014» che, all’allegato B) «Ambito socio-sanitario» tra l’altro, fornisce indicazioni per la prosecuzione delle misure innovative in attuazione della succitata d.g.r. n. 856/2013;

d.g.r. n. X/2569 del 31 ottobre 2014 «Revisione del sistema di esercizio e accreditamento delle unità d’offerta sociosanitarie e linee operative per le attività di vigilanza e controllo»;

d.g.r. n. X/2942 del 19 dicembre 2014 «Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della d.g.r. 116/2013: secondo provvedimento attuativo - conferma misure avviate nel 2014 e azioni migliorative»;

d.g.r. n. X/3363 del 1 aprile 2015 «Determinazioni conseguenti alle d.d.g.r. n. X/2022/2014 e X/2989/2014 - allegato C»;

d.g.r. n. X/4086 del 25 settembre 2015 «Determinazioni conseguenti alla d.g.r. n. 3363/2015 avente ad oggetto: ‘Determinazioni conseguenti alle d.d.g.r. n. 2022/2014 e 2989/2014-allegato C’. Indicazioni per la stabilizzazione delle azioni innovative»;

d.g.r. n. X/4821 del 15 febbraio 2016 Approvazione delle «Linee guida per la promozione dei diritti e delle azioni di tutela dei minori con la loro famiglia»;

d.g.r. n. X/4702 del 29 dicembre 2015 «Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l’esercizio 2016» che, nella parte relativa alla misura «Minori vittime di abuso o maltrattamento», ha evidenziato, a fronte dell’analisi dei dati di rendicontazione, la necessità di una sostanziale ridefinizione della misura, alla luce sia del d.p.c.m. 14 febbraio 2001 sia del successivo d.p.c.m. 29 novembre 2001, relativo ai Livelli essenziali di assistenza;

d.g.r. n. X/4702/2015 prevede, tra l’altro, di destinare all’attuazione della misura a favore dei minori, l’importo complessivo pari a euro 17.000.000,00 a valere sulle risorse di parte corrente del FSR esercizio 2016.

Pertanto si procede, in attuazione della citata d.g.r. n. X/4702/2015, alla ridefinizione della misura attraverso l’introduzione di due interventi fondati su azioni migliorative e innovative finalizzate a garantire la migliore presa in carico dei minori vittime di abusi/violenze/gravi episodi di maltrattamento accolti in servizi residenziali e dei minori in stato di abbandono inseriti nel percorso di adozione.

LA DISPOSIZIONE

Viene approvato l’allegato 1) «Azioni migliorative per la misura comunità minori vittime di abuso o maltrattamento di cui ai provvedimenti attuativi della d.g.r. n.116/2013 e azione innovativa a favore dei minori in stato di abbandono inseriti nel percorso di adozione e ulteriori determinazioni in materia di misure e azioni innovative» quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento che, al paragrafo 1), in attuazione della d.g.r. n. X/4702/2015, ridefinisce il quadro della regolamentazione della misura, anche in relazione alla puntuale definizione del relativo sistema di accesso, remunerazione, rendicontazione e controllo, declinandola in due distinti interventi, precisamente attraverso:

la definizione di azioni migliorative per la misura comunità per minori vittime di abuso o maltrattamento di cui ai provvedimenti attuativi della d.g.r. n. 116/2013, funzionali a garantire l’orientamento dell’intervento alla migliore presa in carico di minori vittime di abusi/violenza/gravi

episodi di maltrattamento per i quali: è stato disposto un decreto di protezione da parte dell'autorità giudiziaria;

il comune dispone di precisa documentazione relativa a procedimenti penali assunti;

l'introduzione di una azione innovativa rivolta, in fase di prima applicazione, ai minori in stato di abbandono inseriti nel percorso di adozione che, a seguito della valutazione degli esiti di questa prima fase sperimentale, potrà essere stabilizzata, con le eventuali azioni migliorative, con il prossimo esercizio.

Vengono approvati gli allegati parti integranti del presente provvedimento che regolano i rapporti giuridici ed economici derivanti dall'attuazione dei due interventi di cui all'allegato 1):

Allegato 2) - «Schema regionale di convenzione per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra ATS e Comuni derivanti dall'attuazione dell'intervento a favore di minori vittime di abusi, violenze e gravi episodi di maltrattamento per i quali siano stati attivati procedimenti di protezione a cura del T.M. e procedimenti penali connessi a tale reato»;

Allegato 3 - «Schema regionale di convenzione per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra ATS e Comuni derivanti dall'attuazione dell'intervento a favore dei minori in stato di abbandono».

Viene finalizzato il mese di luglio alla stipula delle convenzioni tra le ATS e gli enti capofila dell'accordo di programma per la realizzazione del piano di zona ovvero il Comune titolare della funzione di tutela del minore, secondo lo schema di convenzione di cui all'allegato 2), parte integrante e sostanziale del presente atto, in funzione dell'attuazione dal 1 agosto 2016 della misura a favore dei minori vittime di abusi/violenze/gravi episodi di maltrattamento accolti in servizi residenziali, garantendo continuità per i mesi di giugno e luglio all'applicazione della misura minori in comunità secondo l'assetto di regole di cui alla d.g.r. n. X/856/2013, integrando a tal fine, per il mese di giugno e di luglio, le risorse di FSR per l'importo di euro 3.049.200,00 rispetto a quanto già assegnato alle singole ATS con decreto n. 1189 del 22 febbraio 2016, confermando il quadro delle risorse annuali di FSR pari a euro 17.000.000 già programmate per la misura sull'esercizio 2016 con d.g.r. n. X/4702/2015;

Viene stabilito che decorre dal 1 agosto 2016 l'attuazione degli interventi a favore dei minori vittime di abusi/violenze/gravi episodi di maltrattamento accolti in servizi residenziali e dei minori in stato di abbandono inseriti nel percorso di adozione, secondo il nuovo sistema di regole definito dall'allegato 1) al presente atto (a cui si rinvia).

Viene confermato il limite delle risorse annuali già assegnate alla misura con d.g.r. n. X/4702/2015 pari all'importo complessivo di euro 17.000.000,00.

PIEMONTE

DGR 6.6.16, n. 54-3452 - Approvazione requisiti strutturali e gestionali delle strutture per la prima accoglienza di minori stranieri non accompagnati (MSNA) di cui all'Avviso pubblico "Qualificazione del sistema nazionale di prima accoglienza dei minori stranieri non accompagnati" (Decreto del Ministero dell'Interno n. 6715 del 22/04/2016). (BUR n. 26 del 30.6.16)

Note

Vengono approvati i requisiti strutturali e gestionali relativi alla prima accoglienza delle strutture per minori stranieri non accompagnati in coerenza con l'Avviso pubblico per la presentazione di progetti da finanziare a valere sul Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020 - "Qualificazione del sistema nazionale di prima accoglienza dei minori stranieri non accompagnati (MSNA)" approvato con Decreto prot. 6715 del 22/04/2016 del Ministero dell'Interno, di cui all'allegato 1 parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Le strutture di accoglienza per minori stranieri non accompagnati sono soggette ad autorizzazione al funzionamento da parte dei competenti organismi, secondo le modalità di cui alla L.R. 1/2004.

Allegato 1

Requisiti strutturali e gestionali per le strutture di prima accoglienza di minori stranieri non accompagnati di cui all'Avviso pubblico per la presentazione di progetti da finanziare a valere

sul Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020 “Qualificazione del sistema nazionale di prima accoglienza dei minori stranieri non accompagnati (MSNA)” emanato dal Ministero dell’Interno in data 22/04/2016 – prot. 6715.

Definizione ed attività

I presenti requisiti si riferiscono alle strutture di prima accoglienza di minori stranieri non accompagnati.

La struttura di accoglienza può essere insediata in un unico immobile (fino ad un massimo di 30 posti per la stessa struttura) o in più immobili diffusi sul territorio purché totalmente dedicati ai minori stranieri non accompagnati e per un totale complessivo di 50 posti letto.

Essa deve assicurare le seguenti attività:

- a) Trasferimento di MSNA, a cura degli operatori delle strutture di accoglienza, dai luoghi di arrivo/rintraccio e ingresso presso i centri.
 - a.1 trasferimenti di MSNA dai luoghi di arrivo
 - a.2 trasferimenti di MSNA dai luoghi di rintraccio
- b) Prima accoglienza e risposta ai bisogni materiali
- c) Informazione e supporto legale propedeutici all’avvio delle procedure di identificazione, accertamento della minore età, affidamento/nomina tutore, richiesta della protezione internazionale e ricongiungimento familiare
- d) Assistenza sanitaria e supporto psico-sociale, in considerazione dello stato di vulnerabilità dei MSNA
- e) Trasferimento dei MSNA dalle strutture temporanee di prima accoglienza verso altre soluzioni di accoglienza di secondo livello (SPRAR) finalizzate all’autonomia

Requisiti di Accesso

Possono essere accolti un totale complessivo di 50 minori stranieri non accompagnati, provenienti dai luoghi di sbarco/di rintraccio, suddivisi in più strutture con al massimo 30 p.l. .

L’accoglienza dovrà essere garantita a ciascun minore per un periodo non superiore a 60 giorni.

Requisiti strutturali

Ogni struttura deve garantire le seguenti condizioni:

- requisiti igienici minimi previsti dai Regolamenti locali di igiene (D.M. 5.07.1975);
- difesa dagli incendi secondo normativa vigente;
- sicurezza degli impianti secondo normativa vigente;
- visitabilità secondo il D.P.R. n. 503/96;
- agibilità in conformità a quanto previsto dalle norme vigenti.

In particolare deve avere:

1. massimo 30 posti di accoglienza;
2. una superficie minima delle camere, al netto di ogni locale accessorio, di mq. 9 per le camere ad un letto, mq. 14 per le camere a 2 letti con un incremento di superficie di mq. 6 per ogni letto in più;
3. almeno un servizio igienico-sanitario ogni 8 posti letto dotato di w.c., lavabo, specchio, vasca da bagno o piatto doccia, anche posti in vani separati. Nel rapporto di cui sopra non si computano le eventuali camere dotate di servizi igienici privati;
4. arredamento minimo per le camere da letto composto da letto, sedia o sgabello, scomparto armadio per persona;
5. locale comune di soggiorno, di norma distinto dalla sala da pranzo, dimensionato nel rapporto minimo di mq. 0,50 per ogni posto letto effettivo;
6. appositi locali, rispondenti alla normativa vigente in materia di sicurezza alimentare ed in applicazione dei regolamenti comunitari di settore, per la somministrazione ed il consumo dei pasti (nel rispetto della cultura e della tradizione religiosa oltre che dell’età dei destinatari);
7. locale/i e servizi igienici ad uso esclusivo del personale;
8. locali per incontri individuali e di gruppo;

9. locale/i di adeguate dimensioni che consenta ai rappresentanti delle competenti Autorità di svolgere le attività finalizzate alle procedure di identificazione ed accertamento della minore età;
 10. spazi per lavanderia, stireria, depositi, ecc. adeguati alle modalità organizzative adottate per il servizio;

11. ubicazione nei centri abitati oppure, se in prossimità degli stessi, in luoghi ben collegati da frequente trasporto pubblico e/o privato in modo da consentire l'agevole e autonomo spostamento dei destinatari

La struttura deve essere organizzata in modo da garantire il rispetto delle differenze di genere ed essere dotata di un regolamento che, tenuto conto delle singole specificità strutturali e territoriali, fissa le modalità di erogazione dei servizi di accoglienza in modo da assicurare condizioni di vita adeguate alla minore età e al loro benessere.

Personale

In ciascuna struttura dovranno operare équipe multidisciplinari così formate:

un coordinatore/responsabile che opererà nelle strutture di accoglienza individuate ed avrà la responsabilità di tutti gli interventi dedicati ai MSNA all'interno delle strutture e dovrà interfacciarsi con il Ministero dell'Interno e con le Autorità competenti per l'efficace riuscita degli interventi dedicati ai MSNA;

un operatore di vigilanza presente per le ore notturne;

sei profili di educatore/operatore: quattro educatori professionali, un operatore legale ed un operatore amministrativo;

cinque professionisti specializzati nell'ambito dei MSNA (un assistente sociale, uno psicologo, un medico dell'età evolutiva e/o Pediatra, un esperto di diritti dell'infanzia, un mediatore linguistico e culturale);

un interprete/servizio di interpretariato.

Tutte le figure individuate quali membri dell'équipe multidisciplinare, dovranno avere almeno 3 anni di esperienza nell'ambito dell'accoglienza e assistenza in favore di minori stranieri non accompagnati.

Inoltre, in ordine alle singole figure sotto indicate, si considerano necessari:

1. Coordinatore:

- esperienza di almeno 2 anni, dei tre anni sopra richiesti, nello specifico ruolo di coordinatore di strutture di accoglienza dedicate all'accoglienza dei MSNA;

- diploma di laurea in scienze dell'educazione, pedagogia, psicologia, scienze sociali, discipline umanistiche ad indirizzo socio-psico-pedagogiche.

2. Educatori professionali, almeno uno dei titoli sotto indicati:

- diploma di laurea in Pedagogia;

- diploma di laurea in Scienze dell'educazione;

- diploma di laurea in Scienze della formazione primaria;

- laurea in Educazione professionale;

- titoli equipollenti, equiparati, o riconosciuti ai sensi di legge.

3. Operatori legali ed esperti diritti dell'infanzia:

- diploma di laurea in Giurisprudenza

4. Assistenti sociali:

- iscrizione all'albo

5. Psicologi

- iscrizione all'albo

6. Medici dell'età evolutiva e/o Pediatri:

- laurea in medicina con esperienza in età evolutiva (corso in medicina generale e/o auxologia e/o pediatria e/o neuropsichiatria infantile)

7. Mediatore linguistico culturale e interprete:

- adeguata conoscenza della lingua italiana

- buona conoscenza della lingua veicolare scelta ai fini della mediazione e dell'interpretariato tra quelle parlate dai gruppi nazionali, etnici e linguistici maggiormente rappresentati nel territorio in cui si opera (es. arabo, tigrino, inglese francese)
- buona conoscenza dei codici culturali sottesi del gruppo immigrato di riferimento e del contesto in cui l'attività si svolge
- adeguate capacità comunicative, di relazione e di gestione dei conflitti
- diplomi specifici o partecipazione a corsi riconosciuti ed iscrizione ad eventuale Albo regionale.

Dovrà altresì essere previsto il personale necessario a garantire i servizi di pulizia, l'organizzazione e la distribuzione dei pasti (nel rispetto della cultura e della tradizione religiosa oltre che dell'età dei destinatari), fornitura di biancheria, vestiario, prodotti per l'igiene ecc...

Il suddetto personale deve prestare servizio a tempo pieno per un totale di 50 p.l.; nel caso di utilizzo di più immobili diffusi sul territorio la presenza di personale dovrà essere proporzionata al numero di minori accolti in ciascuna struttura, assicurando comunque personale idoneo in numero sufficiente a garantire le attività di cui sopra.

Modalità rilascio autorizzazione al funzionamento

Le strutture devono essere in possesso dell'autorizzazione al funzionamento rilasciata dagli organismi competenti secondo quanto stabilito dalla L.r. 1/2004.

L'autorizzazione verrà rilasciata previa verifica dell'idoneità dei requisiti strutturali di cui al presente allegato, nonché, unitamente agli altri documenti finalizzati all'istanza, sulla base di idonea dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà del richiedente di impegno a rispettare i requisiti gestionali e organizzativi definiti dal presente provvedimento, indicando la pianta organica.

PUGLIA

DGR 28.6.16, n. 934 - Accoglienza dei minori stranieri non accompagnati. (BUR n. 80 dell'11.7.16)

Note

PREMESSA

L'art.19 dei D.Lgs.142 del 18.8.2015 prevede che, per le esigenze di soccorso e di protezione immediata, i minori stranieri non accompagnati siano accolti in strutture governative di prima accoglienza, istituite con decreto del Ministero dell'Interno, per il tempo strettamente necessario, comunque non superiore a sessanta giorni, alla identificazione e all'eventuale accertamento dell'età, nonché a ricevere, con modalità adeguate alla loro età, ogni informazione sui diritti riconosciuti al minore e sulle modalità di esercizio di tali diritti.

La norma prevede che le strutture di prima accoglienza siano attivate dal Ministero dell'interno, in accordo con l'ente locale nel cui territorio è situata la struttura, e gestite dal Ministero dell'interno anche in convenzione con gli enti locali, e che, con decreto del Ministro dell'interno, siano fissate le modalità di accoglienza, gli standard strutturali, in coerenza con la normativa regionale, e i servizi da erogare, in modo da assicurare un'accoglienza adeguata alla minore età, nel rispetto dei diritti fondamentali del minore.

Con l'obiettivo di far fronte al massiccio afflusso migratorio, che ha ormai assunto connotati di persistenza strutturale, il Ministero dell'Interno ha posto in essere interventi finalizzati all'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati; tali interventi si inseriscono in un sistema di accoglienza articolato su due livelli: la prima e la seconda accoglienza.

Con Decreto del Ministero dell'Interno n.6715 del 22.4.2016, sono stati emanati i seguenti avvisi pubblici per la presentazione di progetti da finanziare a valere sul Fondo Asilo, ' Migrazione e Integrazione 2014- 2020 — obiettivo specifico 1 — obiettivo nazionale 1 — lett. e: "Qualificazione del sistema nazionale di prima accoglienza dei Minori Stranieri non Accompanyati (MSNA)" e "Potenziamento della capacità ricettiva del sistema di seconda accoglienza dei Minori Stranieri non Accompanyati (MSNA)".

L'avviso "Qualificazione del sistema nazionale di prima accoglienza dei Minori Stranieri non Accompanyati (MSNA)" prevede l'erogazione in strutture, di servizi ad alta specializzazione per

l'accoglienza temporanea dei MSNA, con l'attivazione di 1.000 posti giornalieri complessivi distribuiti sul territorio nazionale.

In ciascun progetto dovrà essere garantita l'accoglienza giornaliera di 50 MSNA per un periodo non superiore a 60 giorni per singolo MSNA e l'erogazione di circa 47.350 giornate di accoglienza complessiva nel periodo 23.8.2016 - 27.3.2019.

L'avviso indica il contenuto delle proposte progettuali, i requisiti delle strutture di accoglienza, e le figure professionali richieste.

– per accedere al finanziamento previsto dal suddetto avviso, le domande devono essere presentate entro il 30.6.2016 ed essere corredate dal provvedimento di autorizzazione della struttura individuata dalla proposta progettuale.

L'avviso "Potenziamento della capacità ricettiva del sistema di seconda accoglienza dei Minori Stranieri non Accompagnati (MSNA)" prevede che anche le strutture di seconda accoglienza dei MSNA siano regolarmente autorizzate.

In data 5.5.2016, la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome ha peraltro approvato le linee di indirizzo ed i requisiti minimi delle strutture per la seconda accoglienza dei MSNA di età compresa tra i 16 ed i 18 anni.

La L.R. n. 19/2006 dispone che sono soggette ad autorizzazione tutte le strutture ed i servizi socio assistenziali rivolti a minori, per interventi socio assistenziali ed educativi integrativi o sostitutivi della famiglia (art. 40), e che il provvedimento di autorizzazione al funzionamento determina la legittimità all'esercizio delle attività delle strutture e dei servizi autorizzati (art.49).

Il R.R. n. 4/2007, attuativo della L.R. 19/2006, non prevede tuttavia strutture di prima accoglienza per MSNA aventi le caratteristiche previste dall'avviso pubblicato dal Ministero dell'Interno, né strutture di seconda accoglienza per MSNA di età compresa tra i 16 ed i 18 anni aventi i requisiti indicati nelle linee di indirizzo approvate in data 5.5.2016 dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome.

LA DISPOSIZIONE

In base all'art.44 del R.R. n. 4/2007, la Regione, riconoscendo la necessità di favorire sperimentazioni e soluzioni innovative nella organizzazione e nella progettazione di strutture e servizi che tengano conto delle evoluzioni normative e della evoluzione del sistema dei bisogni della popolazione, procede alla definizione di altre strutture e servizi e alla individuazione dei requisiti strutturali, organizzativi e funzionali minimi per le autorizzazioni.

Viene dato atto che con Decreto del Ministero dell'Interno n.6715 del 22.4.2016, è stato emanato l'avviso pubblico per la presentazione di progetti da finanziare a valere sul Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020 — obiettivo specifico 1 — obiettivo nazionale 1 — lett. e - "Qualificazione del sistema nazionale di prima accoglienza dei Minori Stranieri non Accompagnati (MSNA)".

Viene dato atto che in data 5.5.2016, la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome ha approvato le linee di indirizzo ed i requisiti minimi delle strutture per la seconda accoglienza dei MSNA di età compresa tra i 16 ed i 18 anni.

Viene dato atto che il R.R. n.4/2007, attuativo della L.R.19/2006, non prevede tuttavia strutture di prima accoglienza per MSNA aventi le caratteristiche previste dall'avviso pubblicato dal Ministero dell'Interno, né strutture di seconda accoglienza per MSNA di età compresa tra i 16 ed i 18 anni aventi i requisiti indicati nelle linee di indirizzo approvate in data 5.5.2016 dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome.

Viene approvato, nelle more dell'adozione del decreto del Ministero dell'interno che dovrà istituire le suddette strutture di prima accoglienza per MSNA (così come previsto dall'art.19 del D.Lgs.142 del 18.8.2015), i requisiti strutturali e gestionali relativi alle strutture per la prima accoglienza dei Minori Stranieri non Accompagnati, di cui all'allegato 1 parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, tenendo conto di quanto previsto dall'avviso pubblico per la presentazione di progetti da finanziare a valere sul Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020 — obiettivo specifico 1 — obiettivo nazionale 1 — lett. e - "Qualificazione del sistema nazionale di prima

accoglienza dei Minori Stranieri non Accompagnati (MSNA)”, emanato con Decreto del Ministero dell’Interno n.6715 del 22.4.2016;

I Comuni, nelle more dell’approvazione del decreto del Ministero dell’Interno che dovrà istituire le suddette strutture di prima accoglienza per MSNA, seguendo la procedura prevista dalle vigenti disposizioni regionali, rilascino autorizzazioni aventi validità fino al 27.3.2019 (data entro cui è prevista la conclusione delle attività progettuali finanziate dall’avviso pubblico del Ministero dell’Interno), in favore delle strutture di accoglienza per MSNA, aventi i requisiti di cui all’allegato 1 (a cui si rinvia).

NON AUTOSUFFICIENTI

ABRUZZO

DECRETO 04.04.2016, n. 34 - Determinazione delle tariffe e delle relative quote di compartecipazione per prestazioni residenziali e semiresidenziali - Area assistenziale degli Anziani non autosufficienti. (BUR n. 94 del 1.7.16)

Note

il Piano Sanitario Regionale 2008-2010, approvato con LR 10 marzo 2008, n. 5, nel recare indirizzi in materia di riorganizzazione della rete dei servizi residenziali e semiresidenziali, ha provveduto alla definizione delle tipologie di strutture extraospedaliere residenziali e semiresidenziali dell’Area assistenziale degli Anziani non autosufficienti, caratterizzando ciascuna di esse sulla base dei bisogni assistenziali da soddisfare, delle tipologie di utenze e di struttura, delle modalità di acceso, della durata di degenza, degli standard di struttura e degli standard minimi di personale.

Sulla base degli standards di personale e delle descrizioni delle tipologie di strutture contenuti nel citato Piano Sanitario Regionale 2008-2010 di cui alla Legge Regionale 5/2008, con il Manuale di Autorizzazione ed Accredimento approvato con Deliberazione della Giunta Regionale n. 591/P del 1° luglio 2008 e successive modifiche ed integrazioni si è provveduto a definire i requisiti minimi tecnologici organizzativi e di personale per le strutture che erogano servizi nell’Area assistenziale degli Anziani non autosufficienti.

In particolare, con le schede sinottiche contenute nel citato Piano Sanitario Regionale, (paragrafo 5.2.7.2.4), relative alle tipologie di struttura delle RSA Demenze (tabella 14, pag. 108) e delle Semiresidenze per anziani (tabella 16, pag. 109), si sono distinte in Semiresidenze per anziani non autosufficienti (SR Anziani) e Semiresidenze per pazienti anziani affetti da demenza (SR Demenze).

Nel citato Manuale di Autorizzazione ed Accredimento approvato con Deliberazione della Giunta Regionale n. 591/P del 1° luglio 2008 e successive modifiche ed integrazioni sono state definite le caratteristiche strutturali, organizzative e di personale delle Residenze Sanitarie Assistenziali Demenze (RSA Demenze, scheda 4.4.2), delle Semiresidenze per anziani (SR Anziani, scheda 4.4.4) e delle Semiresidenze demenza (SR Demenze, scheda 4.4.5);

Dalle citate schede sinottiche e definizioni si individuano, per ciascuna tipologia di struttura sopra citata, rispettivamente le seguenti tipologie di prestazioni e di utenze:

- RSA Demenze: cura - in residenze sanitarie o nuclei dedicati - di pazienti affetti da demenza senile, non assistibili a domicilio, nella fase centrale della malattia in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell’affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente “protesico”;
- Semiresidenze per anziani (SR Anziani): trattamenti di mantenimento per anziani erogati presso centri diurni;

- Semiresidenze per pazienti anziani affetti da demenza (SR demenze): prestazioni di cure estensive presso centri diurni a pazienti con demenza senile che richiedono trattamenti di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale.

Dalle citate descrizioni e dalle relative schede sinottiche risultano indirizzi per la determinazione delle tariffe giornaliere, IVA esclusa, delle prestazioni erogate, sono individuati i seguenti valori minimo e massimo:

Tipologia di struttura	Tariffe (euro)	
	minima	massima
RSA Demenze	115	135
Semiresidenze per anziani non autosufficienti (SR Anziani)	35	50
Semiresidenze per pazienti anziani affetti da Demenze (SR Demenze)	45	60

LA DISPOSIZIONE

Per le prestazioni erogate dalle tipologie di strutture sotto riportate, sono fissate le seguenti tariffe giornaliere per paziente al netto di IVA:

Tipologia di struttura	Tariffe (euro)
RSA Demenze	115
Semiresidenze per anziani (SR Anziani)	35
Semiresidenze per pazienti anziani affetti da Demenze (SR Demenze)	45

NB Le tariffe per prestazioni, di carattere estensivo, erogate nelle RSA Demenze e nelle Semiresidenze demenze, sono interamente a carico del Servizio Sanitario Regionale; Il costo delle tariffe delle prestazioni erogate nelle Semiresidenze Anziani (SR Anziani), in quanto prestazioni relative a cure di mantenimento, è per il 50% a carico dell'utente o Comune di residenza.

LAZIO

IPAB - ISTITUTO ROMANO DI SAN MICHELE

AVVISO PER L'INDIVIDUAZIONE DI UN MEDICO RESPONSABILE PER LA RSA E CASA DI RIPOSO ISTITUTO ROMANO DI SAN MICHELE

L'Istituto Romano di San Michele gestisce una Residenza Sanitaria Assistita "Toti" (RSA) di 40 posti letto e una Casa di Riposo per anziani autosufficienti e parzialmente autosufficienti che, a regime, garantisce 80 posti letto.

ATTESO

- che il Medico responsabile della RSA in possesso della specializzazione correlata alla tipologia dell'utenza è responsabile dell'assistenza sanitaria e delle condizioni psicofisiche degli ospiti nel rispetto delle norme etiche e deontologiche e in coerenza con le risorse disponibili
- che il Medico Responsabile della RSA sulla base degli obiettivi strategici della Direzione Assistenza, elabora il programma delle attività socio-sanitarie rispettose della dignità degli ospiti e atte al mantenimento degli standard di qualità.
- che il Medico responsabile della RSA svolge funzione di coordinamento con particolare riferimento agli aspetti igienico-sanitari, alla gestione dei farmaci, degli ausili e dell'assistenza degli ospiti.

- che il Medico Responsabile della RSA promuove l'integrazione e la qualificazione dell'assistenza socio-sanitaria, e mantiene i rapporti con gli Enti esterni (ASL, Aziende Ospedaliere, ecc.) e, quando richiesto, con i familiari degli ospiti, limitatamente a questioni socio-sanitarie.
- che sarà preferibile privilegiare la specializzazione conseguita in Geriatria anche in funzione delle esigenze degli ospiti della Casa di Riposo, vista la specifica tipologia assistenziale, spesso caratterizzata (alla stregua della RSA), da interventi di clinica e terapia geriatrica per garantire adeguati livelli prestazionali.

SI PUBBLICA

Il presente avviso diretto ai professionisti interessati a rivestire l'incarico di Medico Responsabile dell'RSA e Casa di Riposo dell'Ente

Requisiti

1. Cittadinanza italiana e possesso dei diritti civili e politici;
2. Titolo di studio: Laurea in Medicina e Chirurgia;
3. Specializzazione in Geriatria ovvero documentata attività di servizio per almeno cinque anni nel settore dell'assistenza sanitaria geriatrica agli anziani;
4. possesso dell'idoneità psico-fisica a rivestire l'incarico di cui trattasi;
5. Iscrizione all'Ordine dei Medici;
6. Assenza di condanne che impediscano, ai sensi delle vigenti disposizioni in materia, la costituzione di un rapporto di collaborazione una p.a..

I cittadini degli Stati membri dell'Unione europea devono possedere i seguenti requisiti:

- a) godere dei diritti civili e politici anche negli Stati di appartenenza o di provenienza;
- b) 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;
- c) essere in possesso, fatta eccezione per la titolarità della cittadinanza Italiana, di tutti gli altri requisiti previsti per i cittadini della Repubblica;
- d) avere adeguata conoscenza della lingua italiana.

Gli interessati dovranno far pervenire direttamente all'Ufficio protocollo dell'Ente (che provvederà a rilasciare agli interessati dichiarazione attestante dell'avvenuta ricezione) apposita istanza entro le ore 13.00 del 20.07.2016. Entro lo stesso termine del 20.07.2016 le istanze dei candidati potranno essere inviate all'indirizzo di posta elettronica certificata irms.segreteriagenerale@irms.postecert.it avendo cura di allegare tutta la documentazione richiesta possibilmente in formato pdf, tif o jpeg.

All'istanza dovranno essere allegati:

- a) il curriculum vitae: 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 al ruolo di cui al presente avviso.
- b) il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia;
- c) l'attestato di specializzazione in geriatria;
- d) l'iscrizione all'Ordine dei Medici;
- e) documentazione attestante l'attività svolta nel settore dell'assistenza sanitaria geriatrica agli anziani per almeno cinque anni;
- f) dichiarazione attestante l'insussistenza di eventuali situazioni di incompatibilità previste dalla vigente legislazione in caso di conferimento dell'incarico di cui trattasi.
- g) ogni altra certificazione ritenuta utile ad attestare la propria qualificazione professionale a rivestire l'incarico di Medico Responsabile presso la RSA e la Casa di Riposo dell'Ente.

La domanda, nella parte introduttiva, dovrà recare la seguente dichiarazione: “Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci dall’art. 76 del D.P.R. 442/2008 ai sensi di quanto previsto dagli artt. 46 e 47 del citato decreto, che quanto dichiarato corrisponde a verità”.

Alla domanda dovrà essere allegata fotocopia, sottoscritta, non autenticata di un documento di identità

in corso di validità, e la domanda stessa dovrà essere sottoscritta dal candidato a pena di nullità.

Nella domanda dovrà esser indicato il domicilio eletto per le comunicazioni, con l’indicazione del numero di avviamento postale ed il recapito telefonico.

Il curriculum dovrà essere datato e sottoscritto in originale dal candidato e i documenti presentati in copia dovranno essere controfirmati dal candidato che ne attesta la conformità all’originale.

Corrispettivo e durata

L’incarico oggetto del presente avviso avrà durata annuale (prorogabile per un ulteriore periodo fino ad un massimo di due anni).

Il corrispettivo lordo annuo onnicomprensivo sarà pari ad € 42.000,00 (pari ad euro 3.500,00 mensili);

Valutazione

La selezione avverrà attraverso la valutazione dei curricula, dei titoli e delle esperienze professionali e formative, e sarà finalizzata ad accertare la maggior coerenza tra le competenze possedute dal candidato e quelle proprie del profilo richiesto.

La valutazione sarà effettuata da una Commissione, nominata dal Commissario dell’Istituto Romano di San Michele.

La Commissione si riserva, se ritenuto necessario, 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.

Individuazione del candidato cui conferire l’incarico.

In base alla valutazione di cui sopra, la Commissione renderà note le risultanze della disamina delle istanze pervenute attraverso la pubblicazione all’albo dell’Ente e sul sito web dell’Istituto nell’apposita sezione “amministrazione trasparente”, sottosezione Bandi di concorso. I lavori della commissione saranno formalmente recepiti dall’Ente e il candidato selezionato tramite la procedura di cui sopra sarà invitato per l’accettazione dell’incarico di cui trattasi.

La mancata presentazione per sottoscrivere la lettera di accettazione dell’incarico determina la decadenza del diritto al medesimo.

L’Istituto Romano di San Michele si riserva di procedere all’affidamento dell’incarico anche nel caso in cui pervenga o sia ritenuta valida una sola domanda.

L’Istituto Romano di San Michele si riserva, altresì, qualora ricorrano motivi di interesse pubblico o disposizioni legislative ostative, la facoltà di modificare, prorogare, sospendere o revocare il presente bando senza che per i concorrenti insorga alcuna pretesa o diritto. Per quanto non espressamente previsto dal presente avviso pubblico si rinvia alle disposizioni di legge, contrattuali e regolamentari vigenti in materia, per quanto applicabili.

Dati Personali

I dati personali trasmessi dai candidati con le domande di partecipazione alla selezione saranno trattati esclusivamente ai sensi del D.Lgs. 30.06.2003 n. 196 e s.m.i. per le finalità di gestione della presente procedura selettiva. Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, pena l’esclusione dalla selezione.

Il rapporto di collaborazione libero professionale con l’Istituto Romano di San Michele si articolerà nel rispetto delle seguenti condizioni:

Il Medico Responsabile si impegnerà a svolgere a favore dell’Istituto, nell’ambito della RSA e della Casa di Riposo “Toti”, le funzioni a lui ascritte dalla vigente normativa di settore; dovrà predisporre

una relazione trimestrale sull'andamento delle attività svolte alla Direzione dell'Assistenza; la collaborazione professionale avrà durata annuale e, si risolverà automaticamente, senza bisogno di alcun preavviso, salvo espresso provvedimento di proroga;

il Medico Responsabile dovrà assicurare la propria presenza nella RSA per almeno 4 ore giornaliere (24 ore settimanali) per 6 giorni a settimana e presso la Casa di Riposo per almeno due ore giornaliere (12 ore settimanali) per 6 giorni a settimana

il Medico Responsabile è tenuto a stipulare una polizza assicurativa contro gli infortuni ai quali potrebbe andare incontro nell'ambito lavorativo per i casi di morte, invalidità ed inabilità temporanea, e una polizza professionale di responsabilità civile verso terzi;

in tutti i casi di assenza il Medico Responsabile dovrà essere sostituito, a sue spese, da un professionista con idonea specializzazione (o qualificazione professionale) che lo stesso provvederà a indicare nominativamente all'Amministrazione con congruo anticipo al fine di consentire all'Amministrazione la disamina della relativa documentazione.

Per ogni ospite il Medico Responsabile dovrà assicurare, all'Istituto Romano di San Michele in collaborazione con il personale dipendente e rispondendo direttamente alla Direzione dell'Assistenza:

- a) la valutazione multidimensionale attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione e periodicamente;
- b) la stesura di un piano di assistenza individualizzato corrispondente ai problemi/bisogni identificati;
- c) l'istituzione di una cartella personale contenente tutte le informazioni sanitarie e sociali necessarie per la continuità assistenziale, periodicamente aggiornata dal personale.
- d) la stesura, conoscenza e rispetto delle norme interne di sicurezza e dell'esecuzione dei controlli di qualità nell'assistenza;
- e) la stesura dei protocolli e/o linee guida per piani di intervento con pazienti anziani nei casi di emergenza;
- f) il controllo della sussistenza per gli addetti all'idoneità nello svolgimento delle attività lavorative;
- g) la formazione ed informazione del personale di assistenza;
- h) l'identificazione dei problemi dell'ospite affinché gli obiettivi siano fissati, le procedure determinate le misure preventive prese e le cure erogate;
- i) la continuità delle osservazioni dei giudizi e degli obiettivi durante tutto il soggiorno dell'ospite;
- j) fornire ogni dato e documentazione utile alla Direzione Assistenza per rispondere meglio alle istituzioni territoriali e agli organi di controllo regionali .

Conferimento dell'incarico

Il conferimento dell'incarico avverrà mediante la stipula di un contratto libero professionale.

I candidati verranno considerati rinunciatari qualora non si presentino entro il termine fissato e verranno dichiarati decaduti nel caso non producano la documentazione richiesta. In entrambi i casi gli incarichi potranno essere conferiti mediante scorrimento della graduatoria.

Per eventuali informazioni gli interessati potranno contattare il numero 0651858257 dalle ore 10,00 alle ore 13,00 (escluso il sabato) Sig.ra Silvana Cianfarani.

Il presente avviso sarà pubblicizzato per 15 giorni consecutivi anche sul sito Internet dell'Istituto, www.irsm.it nell'apposita sezione "amministrazione trasparente", sottosezione Bandi di concorso e contestualmente sul BURL.

Roma, 05.07.2016

Il Commissario Straordinario

f.to Dott. Riccardo Casilli

PIEMONTE

DD 30 giugno 2016, n. 384 - D.G.R. n. 34-3309 del 16 maggio 2016 "Modulazione dell'offerta di interventi sanitari domiciliari a favore degli anziani non autosufficienti con progetto residenziale e

definizione del percorso di attivazione e valutazione dell'Unità di Valutazione Geriatrica" – Approvazione dello Schema contrattuale. (BUR n. 27 del 7.7.16)

Note

PREMESSA

Con D.G.R. 34-3309 del 16 maggio 2016 si è dato avvio al Progetto sperimentale RSA Aperta che prevede prestazioni erogabili ai sensi della D.G.R. n. 45-4248/2012, integrate con altre figure professionali, rese al domicilio dalle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per anziani non autosufficienti accreditate con il Servizio Sanitario Regionale (SSR) ai sensi della D.G.R. n. 25-12129 del 14 settembre 2009, al fine di agevolare il mantenimento della persona al domicilio.

La Giunta Regionale, nel medesimo provvedimento, demanda alla Direzione Sanità, di concerto con la Direzione Coesione Sociale, l'adozione di un apposito schema contrattuale, sul modello della D.G.R. 44-12758/2009 e s.m.i. "Approvazione dello schema contrattuale per la definizione dei rapporti tra soggetti pubblici e soggetti gestori delle strutture socio sanitarie accreditate", per la definizione dei rapporti tra le ASL e i soggetti gestori delle strutture RSA, che aderiscono al progetto domiciliare sperimentale "RSA Aperta".

Lo schema contrattuale allegato al presente provvedimento, predisposto e definito congiuntamente con la Direzione Coesione Sociale, è pienamente coerente con quanto disposto dalla D.G.R. n. 25-12129/2009 sopra richiamata e, pertanto, appare opportuno stabilire, analogamente a quanto previsto per lo schema contrattuale contenuto nella D.G.R. 44-12758/2009, che gli articoli contrattuali di cui è composto devono essere considerati sostanziali e, quindi, non derogabili.

A tal fine si procede all'adozione dello "Schema contrattuale" di cui sopra come da Allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Allegato 1

Schema contrattuale per la definizione dei rapporti tra A.S.L. e RSA accreditate per il Progetto Residenziale RSA Aperta

TRA

L'A.S.L. con sede legale in (.....), via
 n°....., Codice fiscale, rappresentata da
 in qualità di

E

Il Presidio socio-sanitario ubicato in (.....), via
, n°, Codice fiscale, legalmente
 rappresentato da in qualità di dell'Ente/Società
, Codice fiscale, quale titolare
 dell'autorizzazione al funzionamento del Presidio stesso.

SI STIPULA QUANTO SEGUE

Art. 1

Premesse

1. Il presente contratto viene stipulato in attuazione della D.G.R. n. 34-3309 del 16.05.2016, "Modulazione dell'offerta di interventi sanitari domiciliari a favore degli anziani non autosufficienti con progetto residenziale e definizione del percorso di attivazione e valutazione dell'Unità di Valutazione Geriatrica", nota alle parti in quanto pubblicata sul supplemento ordinario n. 1 del B.U.R. n. 20 in data 19.05.2016 e, pertanto, non allegata al presente contratto.
2. Con D.G.R. n. 25-12129 del 14.9.2009 sono stati definiti i requisiti e le procedure per l'accreditamento istituzionale delle strutture residenziali e semiresidenziali che operano nell'area dell'integrazione socio-sanitaria, vale a dire anziani non autosufficienti, disabili, minori.
3. Con D.G.R. n. 45-4248 del 30.07.2012 sono stati indicati i requisiti strutturali, gestionali e organizzativi per le RSA per anziani non autosufficienti.
4. Il mantenimento dei requisiti di autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione delle prestazioni di RSA come previsti dalla D.G.R. n. 25-12129 del 14 settembre 2009 e s.m.i. e

dalla D.G.R. n. 45-4248/2012, è requisito essenziale per la validità del presente contratto.

5. Il Presidio socio-sanitario ubicato in Prov (.....), è autorizzato al funzionamento quale RSA per anziani non autosufficienti con provvedimento n° rilasciato in data ed emesso da

6. Il predetto Presidio socio-sanitario con provvedimento n° rilasciato in data ed emesso da è stato accreditato ed ha sottoscritto con l'ASL il contratto per la definizione dei rapporti intercorrenti tra soggetti pubblici titolari delle funzioni e i soggetti gestori dei servizi residenziali in data

7. Il predetto Presidio ha espresso disponibilità a fornire le prestazioni di RSA Aperta di cui alla D.G.R. n. 34-3309/ 2016.

8. L'A.S.L. intende avvalersi del Presidio socio-sanitario sopra individuato per l'erogazione delle prestazioni del "Progetto RSA Aperta", previste a favore di anziani non autosufficienti nel rispetto della normativa di riferimento.

Art. 2

Oggetto

1. L'A.S.L. si avvale del Presidio socio-sanitario con sede in, nel prosieguo semplicemente indicato come Presidio, per l'erogazione di prestazioni sanitarie relative al "Progetto RSA Aperta" di cui alla D.G.R. n. 34-3309/2016.

2. Il Presidio garantisce le prestazioni di assistenza sanitaria, avvalendosi delle strutture, attrezzature, servizi e personale come definiti nella normativa regionale di riferimento.

3. Il Titolare dell'autorizzazione al funzionamento e accreditamento, anche in caso di affidamento a soggetti terzi di parti del servizio, è pienamente responsabile per gli impegni assunti con il presente contratto, con particolare riferimento all'utilizzo delle figure professionali richieste nei progetti attivati.

4. Il Presidio garantisce le prestazioni del "Progetto RSA Aperta" nei seguenti Comuni/Circoscrizioni afferenti all'ASL Contraente:

.....

Art. 3

Impegni del Presidio

1. Il Presidio eroga le prestazioni della RSA Aperta sulla base del coordinamento metodologico realizzato dall'ASL.

2. Il Presidio, s'impegna:

a) a considerare il debito orario del personale impiegato per le attività della RSA Aperta al di fuori del calcolo dello standard assistenziale erogato nel Presidio, documentandolo e rendicontandolo separatamente;

b) a redigere il PAI (Progetto Assistenziale Individualizzato) in tre copie, di cui una deve essere presente al domicilio della persona in RSA Aperta, una deve essere conservata presso la RSA erogatrice e l'ultima inviata all'UVG;

c) a tenere ed aggiornare in tempo reale presso il domicilio della persona in RSA Aperta il Diario RSA Aperta della persona, in cui devono essere riportate almeno le seguenti informazioni: la data, l'ora dell'accesso, la figura professionale, nome e cognome, la tipologia della/e prestazione/i erogate di ogni accesso identificate nel PAI, nonché la firma. Le visite del Care Manager debbono essere registrate nel Diario RSA Aperta presente al domicilio della persona;

d) a tenere ed aggiornare in tempo reale presso la RSA il Diario RSA Aperta della persona, in cui devono essere riportate almeno le seguenti informazioni: la data, l'ora di inizio e fine della/e prestazione/i, la figura professionale, nome e cognome, la tipologia della/e prestazione/i erogate di ogni accesso identificate nel PAI, nonché la firma. Le visite del Care Manager debbono essere registrate nel Diario

RSA Aperta presente in RSA;

e) a dare immediata informazione all'ASL del verificarsi dei seguenti eventi: cambio di residenza, trasferimento di domicilio (anche temporaneo), ricovero temporaneo in strutture sanitarie, decesso delle persone inserite.

Art. 4

Verifiche e controlli dell'Azienda Sanitaria Locale e l'Unità di Valutazione Geriatrica

1. L'Unità di Valutazione Geriatrica dell'ASL di competenza può visionare e acquisire copia del Piano Assistenziale Individuale e il Diario RSA Aperta, sia in struttura sia al domicilio, al fine di verificare la correttezza degli impegni assunti, anche in rogatoria.

2. La Commissione di Vigilanza dell'ASL di competenza territoriale può effettuare sopralluoghi presso il Presidio al fine di verificare:

- la corretta copertura del fabbisogno delle figure professionali, in rapporto al fabbisogno complessivo della struttura considerando anche gli eventuali progetti aperti per conto di altre ASL;
- il corretto assolvimento degli altri oneri a carico della struttura e precisati nel contratto stipulato con l'ASL.

3. E' esclusa la possibilità della Commissione di vigilanza di effettuare sopralluoghi presso il domicilio del beneficiario delle prestazioni.

Art. 5

Profili di intensità, Valore economico del profilo di intensità, Prestazioni erogabili a domicilio, fatturazione obblighi e vincoli

1. I Profili di intensità, i valori economici dei Profili di intensità, le prestazioni erogabili a domicilio, le modalità di remunerazione e rendicontazione, nonché la fatturazione, obblighi e vincoli sono normati nell'Allegato A della D.G.R. n. 34-3309 del 16.05.2016.

Le tariffe delle prestazioni, così come stabilito nella tabella 1 dell'Allegato A della predetta D.G.R. n. 34-3309/2016, includono gli oneri fiscali.

2. La fatturazione del costo delle prestazioni erogate avverrà a seguito della contestuale presentazione di analitico prospetto delle stesse, suddiviso per figure professionali impiegate, coerente con il PAI predisposto. Il pagamento delle stesse deve avvenire entro 60 giorni, come previsto dall'art. 4, comma 5, lett. b), del D.Lgs. 9.10.2002, n. 231, come sostituito dall'art. 1, comma 1, lett. d), D.Lgs. 9.11.2012, n. 192.

3. Nel caso in cui il Progetto RSA Aperta preveda anche l'erogazione di prestazioni residenziali, l'ASL attiverà la procedura di residenzialità temporanea e il costo delle predette giornate di servizio non saranno conteggiate nel budget assegnato al singolo utente quale prestazione RSA Aperta.

Art. 6

Debito Informativo

1. Il Presidio ha l'obbligo di inviare i dati richiesti dal flusso FAR-RP ai sensi della D.G.R. n. 69-481/2010 e della D.G.R. n. 34-3309/2016.

2. Le eventuali prestazioni erogate in regime residenziale devono essere inserite nel Portale FAR/SIAD RP, per soddisfare il Flusso Ministeriale dato dal DM 17 dicembre 2008 "*Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali (FAR)*".

3. In caso di inadempimento da parte del Presidio nell'invio dei dati richiesti dalle ASL o dal flusso FAR-RP, le ASL dopo tre solleciti, a cui non viene data una motivata giustificazione, possono sospendere il pagamento della quota sanitaria degli ospiti in convenzione sino a quando i debiti informativi non sono debitamente ottemperati.

Art. 7

Sanzioni

1. Si applicano al rapporto disciplinato dal presente contratto le decadenze e le cause di risoluzione ivi contemplate, nonché quelle previste dalla vigente legislazione nazionale e regionale e dagli articoli 1453 e seguenti del codice civile.
2. L'A.S.L., accertata l'inadempienza ad uno degli obblighi di cui agli articoli precedenti, diffida il Legale Rappresentante del Presidio a sanarla entro un congruo termine o a far pervenire le proprie controdeduzioni entro il termine di 30 giorni. L'inadempienza degli obblighi assunti comporta la risoluzione anticipata del presente contratto .
3. Il contratto è automaticamente risolto in caso di sospensione o revoca del titolo autorizzativo al funzionamento e/o dell'accreditamento della RSA fornitrice delle prestazioni.
4. Nei casi di risoluzione del contratto di cui ai commi precedenti sarà cura dell'A.S.L. contraente darne notizia alla Regione Piemonte, a tutte le altre A.S.L. piemontesi ed al Comune in cui ha sede il Presidio.

Art. 8

Controversie

1. Le controversie di natura patrimoniale potranno essere deferite, su accordo di entrambe le parti, ad un Collegio di tre arbitri, il quale le risolverà in via definitiva entro il termine di 90 giorni dall'accettazione dell'incarico.
2. Gli arbitri saranno designati dai due sottoscrittori del contratto. La procedura relativa alla nomina ed all'attività del Collegio sarà curata dall'A.S.L.; gli oneri saranno a carico della parte soccombente, salvo diversa determinazione del Collegio Arbitrale.
3. Per il procedimento di arbitrato si applicano le norme di cui all'art. 806 e ssg. del c.p.c.

Art. 9

Durata

1. Il presente contratto avrà durata annuale e non è soggetto a tacito rinnovo.
2. Il Presidio può risolvere anticipatamente il presente contratto dandone preavviso di 60 giorni all'ASL contraente, che procederà al ricollocamento dei progetti presso altre RSA aderenti.

Art. 10

Spese di contratto

1. Il presente contratto, stipulato in forma di scrittura privata, con l'applicazione del bollo, riguarda anche prestazioni soggette ad IVA e, in quanto tale, sarà registrato solo in caso d'uso. Le spese di bollo sono a carico del Presidio e quelle di registrazione, in caso d'uso, sono a carico della parte richiedente ai sensi dell'art. 5 del D.P.R. n. 131/1986.

Art. 11

Disposizioni finali

1. Il contratto viene redatto in due copie, una per ciascun contraente; sarà cura dell'A.S.L. inviare una copia, in forma digitalizzata, alla Regione Piemonte - Settore Assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale della Direzione Sanità.
2. Per tutto quanto non previsto nel contratto, si fa rinvio alle disposizioni nazionali e regionali vigenti in materia.
3. In caso di successiva emanazione di norme legislative nazionali e/o regionali, o regolamentari regionali, nonché di adozione di provvedimenti amministrativi regionali incidenti sul contenuto del contratto stipulato lo stesso deve essere integrato e sottoscritto con le nuove disposizioni.

Letto, confermato e sottoscritto,

Luogo e data.....

Per il Presidio Socio-Sanitario

Per l'Azienda Sanitaria Locale

DD 30.6.16, n. 383 - D.G.R. n. 34-3309 del 16 maggio 2016 "Modulazione dell'offerta di interventi sanitari domiciliari a favore degli anziani non autosufficienti con progetto residenziale e definizione

del percorso di attivazione e valutazione dell'Unità di Valutazione Geriatrica". Adozione nuovo modulo "Richiesta di valutazione/rivalutazione". (BUR n. 27 del 7.7.16)

Note

Con D.G.R. 34-3309 del 16 maggio 2016 si è dato avvio al Progetto sperimentale RSA Aperta che prevede prestazioni erogabili ai sensi della D.G.R. n. 45-4248/2012, integrate con altre figure professionali, rese al domicilio dalle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per anziani non autosufficienti accreditate con il Servizio Sanitario Regionale (SSR) ai sensi della D.G.R. n. 25-12129 del 14 settembre 2009, al fine di agevolare il mantenimento della persona al domicilio.

L'adozione della predetta deliberazione rende necessario aggiornare con le integrazioni necessarie introdotte dal deliberato la modulistica presente in diversi provvedimenti della Giunta Regionale, succedutisi nel tempo, in vari ambiti inerenti la Valutazione Geriatrica. La Giunta regionale, nel medesimo provvedimento, demanda alla Direzione Sanità, di concerto con la Direzione Coesione Sociale, l'adozione di nuovi moduli tra i quali la "Richiesta di valutazione/rivalutazione" in sostituzione del modulo A - "Domanda di valutazione", di cui all'Allegato B della D.G.R. n. 14-5999/2013 "Interventi per la revisione del Percorso di presa in carico della persona anziana non autosufficiente in ottemperanza all'ordinanza del T.A.R. Piemonte n. 141/2013 e adempimenti derivanti dal D.Lgs 14 marzo 2013 n. 33".

Ottemperando così alla disposizione data, con il presente atto si adotta il nuovo modulo "Richiesta di valutazione", di cui sopra, come da Allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Allegato 1 - Richiesta di valutazione/rivalutazione socio-sanitaria

da presentare in duplice copia

ALLA UNITA' DI VALUTAZIONE GERIATRICA (U.V.G.) dell'A.S.L. _____

(Ufficio di Segreteria dell'U.V.G.)

Alla consegna presentarsi con documento di identità valido dell'interessato e, in caso di altra persona,

anche del proprio

RICHIESTA SEGNALAZIONE

di Valutazione Multidimensionale

sanitaria

di Rivalutazione sociale

socio-sanitaria

al fine della definizione o ridefinizione di un Progetto socio-sanitario

per il Signor/ra _____

nato/a a _____ Prov _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ Prov _____

via/piazza _____ n° _____ telefono _____

Codice Fiscale _____

Medico Curante: _____ tel. _____

La richiesta è avanzata dal

diretto interessato

o dal tutore amministratore di sostegno

Sig/ra _____

nato/a a _____ Prov _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ Prov _____

via/piazza _____ n° _____ telefono _____

e – mail _____

La segnalazione è avanzata dal

coniuge/convivente (specificare) _____

prossimo congiunto (specificare grado di parentela) _____

altro (specificare) _____

Sig/ra _____

nato a _____ Prov _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ Prov _____

via/piazza _____ n° _____ telefono _____

e – mail _____

A tal fine:

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D.Lgs. 445/2000 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.

COMUNICACHE

Il/la suddetto/a Sig./Sig.ra

_____ riceve o ha ricevuto (nell'ultimo anno) interventi da

Servizio sanitario Si No Quale /i

Servizio sociale Si No Quale /i

Per la **valutazione sanitaria e sociale** allega alla presente domanda la seguente documentazione necessaria:

- Impegnativa del Medico di Medicina Generale
- Scheda informativa sanitaria
- Attestazione di richiesta del Modello ISEE
- Copia della Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU)

L'eventuale dichiarazione scritta di rifiuto alla presentazione della richiesta del Modello ISEE e della copia della DSU deve essere allegata alla presente richiesta di valutazione (in tal caso il punteggio della valutazione economica è pari a zero).

Allega, inoltre, la seguente documentazione ritenuta di utilità per la valutazione sanitaria e/o sociale:

- _____
- _____
- _____
- _____

=====
=====
Per la **rivalutazione sanitaria** allega alla presente domanda:

- Scheda informativa sanitaria
- Documentazione ritenuta di utilità per la rivalutazione sanitaria
- _____
- _____

=====
=====
=

Per la **rivalutazione sociale**:

ai sensi dell'Allegato B della DGR 34-3309/2016 rappresenta "la documentazione che attesti le mutate condizioni previste dalla Scheda di valutazione sociale"

- _____
- _____
- _____

=====
=====
=

Per la **rivalutazione sanitaria e sociale** allega alla presente domanda:

- Scheda informativa sanitaria

Documentazione ritenuta di utilità per la rivalutazione sanitaria

e per quanto riguarda la rivalutazione sociale, ai sensi dell'Allegato B della DGR 34- 3309/2016, ripresenta "la documentazione che attesti le mutate condizioni previste dalla Scheda di valutazione sociale"

CHIEDE CHE

eventuali comunicazioni al riguardo siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / piazza _____

Comune _____ CAP _____

Tel. _____ e-mail _____

=====

=

Il sottoscritto è altresì consapevole che la presente domanda deve essere corredata dell'Espressione di consenso al trattamento dei dati, a firma della persona destinataria della valutazione socio-sanitaria (salvo nei casi di tutore o amministratore di sostegno).

L'Espressione di consenso potrà essere acquisita anche nel primo momento di contatto tra l'UVG e la persona destinataria, qualora non sia stato possibile acquisirla contestualmente alla richiesta di valutazione/rivalutazione.

In assenza del Consenso al trattamento dei dati non si potrà procedere alla valutazione/rivalutazione socio-sanitaria.

Luogo e data _____

(firma leggibile di chi presenta l'istanza)

(Timbro e firma di chi riceve l'istanza)

N.B. È importante ricordare al richiedente:

di presentare la richiesta di valutazione/rivalutazione in **duplice copia**: una sarà depositata, l'altra gli verrà restituita con data, timbro e firma dell'operatore di accettazione da parte della Segreteria dell'UVG o dello Sportello Unico.

=====

AVVERTENZE PER CAMBIO DI RESIDENZA

Ai sensi della DGR 34-3309 del 16/05/2016, qualora, dopo la presentazione di richiesta di valutazione, la persona interessata, cambi residenza e questo comporti anche cambio di ASL di appartenenza, (analogamente, in caso di cambio di indirizzo nell'ambito del Comune di Torino, che comporti anche il cambio di ASL di residenza tra le due ASL torinesi), deve comunicare per iscritto il cambio di residenza, **entro 15 giorni** dalla data di richiesta di cambio di residenza (indirizzo per Torino), alla nuova ASL di residenza.

Sulla base della data di comunicazione del cambio di residenza rispetto all'iter di valutazione si potranno avere i seguenti casi a) e b):

a) Nel caso in cui non sia stata effettuata o completata la valutazione multidimensionale, l'UVG dell'ASL di nuova residenza considererà valida la documentazione presentata di corredo alla domanda di valutazione socio-sanitaria, ossia:

- il modulo di presentazione di richiesta di valutazione;
- l'impegnativa del Medico di Medicina Generale;
- la Scheda Informativa Sanitaria;
- l'attestazione di richiesta del Modello ISEE;

- la copia della Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU).

L'UVG dell'ASL di nuova residenza procederà quindi ad effettuare la valutazione sociosanitaria.

b) Nel caso in cui la persona interessata abbia già ricevuto l'esito della valutazione multidimensionale, l'UVG dell'ASL di nuova residenza deve considerare valida:

la documentazione presentata di corredo alla domanda di valutazione socio-sanitaria, ossia:

- il modulo di presentazione di richiesta di valutazione;

- l'impegnativa del Medico di Medicina Generale;

- la Scheda Informativa Sanitaria;

- l'attestazione di richiesta del Modello ISEE;

- la copia della Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU);

la data di valutazione dell'UVG dell'ASL di provenienza.

Deve essere rinnovata la valutazione sociale, salvo i casi per i quali il cambio di indirizzo è avvenuto all'interno del Comune di Torino e comporta il passaggio di competenza tra l'ASL TO1 e l'ASL TO2.

A seguito della nuova valutazione sociale l'UVG dell'ASL di nuova residenza procede a definire la priorità di accesso ai sensi della D.G.R. n. 14-5999/2013.

La persona interessata, in caso di omessa comunicazione **entro 15 giorni** dalla richiesta di cambio di residenza anagrafica, deve ripresentare alla ASL di nuova residenza una **nuova**

Richiesta di valutazione, corredata da una nuova l'impegnativa del Medico di Medicina Generale, da una nuova Scheda Informativa Sanitaria, l'attestazione di richiesta del Modello ISEE e copia della Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU).

Il sottoscritto dichiara di aver letto e compreso quanto riportato nel presente paragrafo "AVVERTENZE PER CAMBIO DI RESIDENZA".

—
Luogo e data _____

(firma leggibile di chi presenta l'istanza)

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E DEI DATI INERENTI ALLA SALUTE

Gentile Interessato,

conformemente a quanto previsto dall'articolo 13 del D.Lgs. n.196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), La informiamo che l'Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.) tratterà dati definiti dalla legge (art. 4) come "Dati Personali" (es.: identificativi, anagrafici, economici) e "Dati Sensibili" (es.: stato di salute), relativamente alla valutazione sociosanitaria ed ai connessi adempimenti amministrativi, in qualità di Titolare del Trattamento.

Finalità del trattamento

Tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. I dati personali (eventualmente dei familiari e dei congiunti) sono necessari per le finalità di valutazione socio-sanitaria e susseguente individuazione del Progetto individuale.

Modalità del trattamento

Il trattamento dei dati sarà effettuato tramite l'utilizzo di strumenti e di procedure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza. Il personale incaricato farà uso di supporti cartacei e di strumenti elettronici. Oltre ai professionisti in ambito socio-sanitario, anche il personale preposto alla gestione amministrativa e organizzativa, ove sia responsabile o incaricato del trattamento, può venire a conoscenza dei suoi dati personali, nel rispetto del principio di necessità. A questi soggetti sono state fornite istruzioni specifiche ed è stato esteso l'obbligo di mantenere il segreto d'ufficio.

Facoltà di conferire i dati e conseguenze del rifiuto

Il conferimento dei Suoi dati è facoltativo. La informiamo che il mancato conferimento dei dati strettamente necessari comporta l'impossibilità di dare esito all'istanza di valutazione/rivalutazione. In calce alla presente informativa Le sarà richiesto il consenso scritto al trattamento dei Suoi dati personali.

Comunicazione e Diffusione

I dati personali comuni e, solo ove strettamente indispensabili, anche sensibili potranno essere comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., oltre che agli Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi;

Diritti dell'interessato

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione.

Titolare del trattamento dei Suoi dati è: _____

(indicare la persona fisica responsabile a cui rivolgersi con il riferimento e-mail)

Espressione di CONSENSO al Trattamento dei DATI

Artt. 81- 82 del Decreto Legislativo 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

Alla consegna presentarsi con documento di identità valido dell'interessato e, in caso di tutore o

amministratore di sostegno, anche del proprio

Il Signor/ra _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via/Piazza _____

telefono/cell. _____ e-mail _____

Cod. Fisc. _____

oppure (se impossibilitato)

in qualità di: tutore amministratore di sostegno

il/la Sig./Sig.ra _____

DICHIARA

di aver ricevuto l'informativa per il trattamento dei dati personali e, con riferimento alla finalità di valutazione/rivalutazione socio-sanitaria e susseguente individuazione del Progetto individuale, di:

esprimere il consenso al trattamento dei suoi dati

negare il consenso al trattamento dei suoi dati

(il consenso è necessario allo svolgimento della valutazione/rivalutazione e in sua assenza non si potrà

dare esito all'istanza).

Luogo e Data _____

Firma del dichiarante _____

DD 30.6.16, n. 382- D.G.R. n. 34-3309 del 16 maggio 2016 "Modulazione dell'offerta di interventi sanitari domiciliari a favore degli anziani non autosufficienti con progetto residenziale e definizione del percorso di attivazione e valutazione dell'Unità di Valutazione Geriatrica". Adozione nuova "Scheda Informativa Sanitaria". (BUR n. 27 del 7.7.16)

Note

Con D.G.R. 34-3309 del 16 maggio 2016 si è dato avvio al Progetto sperimentale RSA Aperta che prevede prestazioni erogabili ai sensi della D.G.R. n. 45-4248/2012, integrate con altre figure professionali, rese al domicilio dalle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per anziani non autosufficienti accreditate con il Servizio Sanitario Regionale (SSR) ai sensi della D.G.R. n. 25-12129 del 14 settembre 2009, al fine di agevolare il mantenimento della persona al domicilio.

La Giunta Regionale, nel medesimo provvedimento, demanda alla Direzione Sanità, di concerto con la Direzione Coesione Sociale, l'adozione di nuovi moduli tra i quali la "Scheda Informativa Sanitaria" in sostituzione dell'Allegato B "Scheda Informativa Sanitaria" della D.G.R. n. 42-8390 del 10 marzo 2008 "Cartella Geriatrica dell'Unità di Valutazione Geriatrica e Linee Guida del Piano Assistenziale Individuale".

Ottemperando così alla disposizione data, con il presente atto si adotta la nuova “Scheda Informativa Sanitaria” di cui sopra come da Allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Allegato 1

SCHEDA INFORMATIVA SANITARIA

Cognome

Nome

Luogo

Data di nascita

IL/LA PAZIENTE È A DOMICILIO

IL/LA PAZIENTE È PRESSO UNA STRUTTURA SOCIO-SANITARIA

SPECIFICARE _____ DAL ____/____/____

IL/LA PAZIENTE È PRESSO UNA STRUTTURA SANITARIA

(OSPEDALE, CASA DI CURA, CAVS, ...)

SPECIFICARE _____ DAL ____/____/____

la scheda informativa è stata compilata con il supporto delle informazioni presenti nella documentazione della Struttura Sanitaria

la scheda informativa è stata compilata senza il supporto delle informazioni presenti nella documentazione della Struttura Sanitaria

Sintesi clinico-anamnestica con particolare riferimento alle patologie invalidanti:

Terapia in atto:

CONDIZIONI ATTUALI

DEFICIT SENSORIALI:

grave deficit visivo (anche con correzione)

grave deficit uditivo (anche con correzione)

Nota

DEAMBULAZIONE:

normale

cammina con aiuto o assistenza

presenta rischio di caduta

costretto a letto, poltrona o carrozzella

Nota

INCONTINENZA sì noUrinaria saltuaria permanenteFecale saltuaria permanente Catetere vescicale

Nota

ALIMENTAZIONE autonoma deve essere imboccato presenta disfagiaPresenza di magrezza patologica sì noPresenza di obesità patologica sì no

Nota

DISTURBI MOTORI

Paralisi / paresi di

Instabilità motoria sì noDeficit equilibrio sì noTendenza alle cadute sì no

Nota

VALUTAZIONE PSICO-RELAZIONALEDisturbi importanti della memoria sì noOrientamento temporo/spaziale normale patologico
se patologicoEpisodi di disorientamento t/s sì noDisorientamento costante sì noDisturbi della parola sì noDisturbi della comunicazione sì no

Note

DISTURBI DEL COMPORTAMENTOAggressività verbale sì noPone domande ripetitivamente sì noSi sente ansioso, agitato, preoccupato, costantemente inquieto sì noAllucinazioni/deliri sì noAttività motoria afinalistica (wandering, fughe) sì noAggressività fisica sì noComportamento socialmente inadeguato/disinibizione sì noAlterazione severa del ritmo sonno veglia/insonnia grave sì noRifiuto dell'assistenza sì noComportamento alimentare gravemente alterato sì no

Note

Utilizzo di psicofarmaci (specificare)

TONO DELL'UMORE normale depresso euforico
 ha assunto terapie antidepressive nell'ultimo anno sì no
 sta assumendo terapie antidepressive sì no

Note

ALLERGIE

TRATTAMENTI SPECIALISTICI

Alimentazione parenterale sì no
 SNG/PEG sì no
 Tracheostomia sì no
 Respiratorie/Ventilazione Assistita sì no
 Ossigenoterapia sì no
 Dialisi sì no
 Ulcere da decubito sì no
 Gestione stomia (colon o altre) sì no
 Trattamenti ulcere cutanee (non da pressione) sì no
 Gestione C.V.C. sì no
 Gestione terapia con microinfusori /elastomeri sì no
 Gestione cateterismo peridurale sì no
 Drenaggi sì no
 Trattamento riabilitativo post acuto sì no
 Altro (specificare):

OSSERVAZIONI

Data di compilazione Timbro e firma leggibile

MMG/Medico Curante

____/____/____

DD 30.6.16, n. 381 - D.G.R. n. 34-3309 del 16 maggio 2016 "Modulazione dell'offerta di interventi sanitari domiciliari a favore degli anziani non autosufficienti con progetto residenziale e definizione del percorso di attivazione e valutazione dell'Unita' di Valutazione Geriatrica" – Adozione della nuova Cartella Geriatrica dell'Unita' di Valutazione Geriatrica. (BUR n. 27 del 7.7.16)

Note

Con D.G.R. 34-3309 del 16 maggio 2006 si è dato avvio al Progetto sperimentale RSA Aperta che prevede prestazioni erogabili ai sensi della D.G.R. n. 45-4248/2012, integrate con altre figure professionali, rese al domicilio dalle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per anziani non autosufficienti accreditate con il Servizio Sanitario Regionale (SSR) ai sensi della D.G.R. n. 25-12129 del 14 settembre 2009, al fine di agevolare il mantenimento della persona al domicilio.

La Giunta Regionale, nel medesimo provvedimento, demanda alla Direzione Sanità, di concerto con la Direzione Coesione Sociale, l'adozione di nuovi moduli tra i quali la "Cartella Geriatrica dell'Unità di Valutazione Geriatrica" in sostituzione dell'Allegato A "Unità di Valutazione Geriatrica Cartella Geriatrica" della D.G.R. n. 69-481 del 2 agosto 2010 "Modifiche ed integrazioni della D.G.R. 42-8390 del 10 marzo 2008, della D.G.R. 41-5952 del 7 maggio 2002 e s.m.i., D.G.R. 55-13238 del 3 agosto 2004 e D.G.R. 44-12758 del 17 dicembre 2009".

Ottemperando così alla disposizione data, con il presente atto si adotta la nuova "Cartella Geriatrica dell'Unità di Valutazione Geriatrica" di cui sopra come da Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Allegato A**UNITÀ DI VALUTAZIONE GERIATRICA (UVG)**

Azienda Sanitaria Locale _____

Moduli della Cartella Geriatrica

A - RICHIESTA DI VALUTAZIONE / RIVALUTAZIONE

B - SCHEDA ANAGRAFICA INFORMATIVA

B1 - SCHEDA DI VALUTAZIONE SOCIALE (*)

B2 - SCHEDA DI VALUTAZIONE SANITARIA ()**

B3 - RIEPILOGO DELLA VALUTAZIONE SOCIALE E SANITARIA

C - DEFINIZIONE DELLA INTENSITÀ ASSISTENZIALE DOMICILIARE

C1 - DEFINIZIONE DELLA INTENSITÀ ASSISTENZIALE RESIDENZIALE (ANCHE TEMPORANEA) E RESIDENZIALITÀ IN NUCLEO ALZHEIMER TEMPORANEO

C2 - DEFINIZIONE DELLA INTENSITÀ ASSISTENZIALE RESIDENZIALE

PROGETTO RSA APERTA

D - PROGETTO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

D1 - PROGETTO RESIDENZIALE (ANCHE PER RESIDENZIALITÀ TEMPORANEA E NUCLEO ALZHEIMER TEMPORANEO)

D2- PROGETTO RESIDENZIALE RSA APERTA

D3 - PROGETTO SEMIRESIDENZIALE CENTRO DIURNO

D4 - PROGETTO SEMIRESIDENZIALE CENTRO DIURNO ALZHEIMER

Nota:

La Cartella Geriatrica è modulare, pertanto, spuntando i moduli che via via si utilizzano si compone la Cartella medesima.

(*) La scheda B1 è modificata negli item 7) 8) della sezione 4A "Persona valutata al domicilio" e negli item 10) 11) 12) e 14) della sezione 4B "Persona valutata in struttura residenziale", in quest'ultima sezione è stata inserita una sintetica griglia di rilevazione dei bisogni assistenziali: 1) Igiene personale e vestizione e 2) Somministrazione dei pasti.

(**) La scheda B2 contiene:

ADL di Barthel,

IADL di Lawton

SPMSQ di Pfeiffer

A.Di.Co

DMI

Trattamenti specialistici

CIRS

A cura della Segreteria UVG Data ricevimento __/__/__

SCHEDA ANAGRAFICA INFORMATIVA

Cognome

Nome

Nato/a a il

residente a

via

recapito telefonico

piano dello stabile numero vani.....

ascensore Sì No

stato civile Codice Fiscale

titolo di studio attività lavorativa pregressa

Medico di Medicina Generale pensionato iscritto Cassa INPDAP Sì No coniuge conv. di pensionato INPDAP Sì No

Persona con handicap grave (ex art.3 L.104/92)

Sì No

Domanda in corso dal.....

invalidità civile Sì percentuale No

domanda in corso dal.....

indennità di accompagnamento

No Sì dal.....

Domanda in corso dal.....

La domanda è presentata in data / /

da **diretto interessato** **tutore** **amministr. di sostegno** **famigliari (specificare)** _____ **altro (specificare)** _____ **I dati e le informazioni sono state fornite da**

Cognome

Nome

indirizzo rec. tel.

Persona di riferimento (se diversa da chi ha fornito le informazioni)

Cognome

Nome

indirizzo rec. tel.

Luogo di valutazione della
persona da parte dell'UVGData e luogo previsti
per la valutazioneData e luogo in cui è
stata effettuata

Domicilio

Struttura residenziale

Reparto ospedaliero

Lungodegenza

CAVS

Sede UVG

Altro: indicare quale

UNITÀ DI VALUTAZIONE GERIATRICA (UVG) ASL**SCHEDA DI VALUTAZIONE SOCIALE**

Ente gestore/Comune _____

Cognome e Nome.....

1. CONDIZIONI ABITATIVE

Questa parte non viene compilata in caso di persona già ricoverata in struttura attribuendo punteggio 1 all'area abitativa.

1) Centro abitato con servizi tutti facilmente raggiungibili dall'interessato

(Negozi, Farmacia, Posta)

0

2) Centro abitato con anche solo due dei servizi sopramenzionati difficilmente raggiungibili o non presenti

1

3) Isolata e/o impossibilità totale da parte dell'interessato ad accedere ai servizi 2

4) È previsto uno sfratto o sgombero definitivo Sì* No

*Se sì: punteggio finale massimo delle condizioni abitative = 10; passare alla valutazione delle condizioni economiche

Condizioni igieniche:

5) Buone 0

6) Scadenti 1

7) Pessime 2

8) Chi si occupa dell'igiene ambientale ? – Interessato/a Sì No

Servizi Igienici:

9) Adeguati 0

10) Interni non adeguati/esterni 2

Riscaldamento:

11) Autonomo / centrale 0

12) Stufa a gas / 1

13) Stufa cherosene / legna 2

Presenza di barriere architettoniche:

14) No 0

15) Sì, interne 1

16) Sì esterne 1

Note

Sub condizione abitativa

2. CONDIZIONE ECONOMICA

In attesa della definizione regionale, ai sensi dell'art. 40 della l.r. 1/2004, di criteri uniformi di valutazione della situazione economica rilevante si ritiene opportuno, individuare, quale ISEE da considerare nel percorso di valutazione, l'ISEE socio-sanitario per le prestazioni socio-sanitarie, o, qualora non fosse ancora concluso l'iter per il riconoscimento dell'invalidità civile, l'ISEE ordinario. Per l'accesso alla prestazione agevolata dell'integrazione della quota della retta residenziale a carico dell'utente, per graduare l'entità della contribuzione prevista (o per disporre l'esclusione da tale contribuzione), si rinvia alla DGR n. 10-881 del 12 gennaio 2015 "Linee guida per la gestione transitoria dell'applicazione della normativa ISEE di cui al DPCM 5 dicembre 2013, n. 159" ed occorre considerare l'ISEE socio sanitario residenziale.

3. CONDIZIONI FAMILIARI

Dati relativi al contesto familiare della persona oggetto di valutazione

Esistono parenti o persone di riferimento: Sì No

Descrizione dei conviventi:

Cognome e nome età grado di parentela/ altro

Descrizione dei non conviventi

Cognome nome

Grado di parentela/altro età residenza telefono vivono

- Stesso stabile
- Stesso quartiere
- Stessa città
- Altrove
- Stesso stabile
- Stesso quartiere
- Stessa città
- Altrove
- Stesso stabile
- Stesso quartiere
- Stessa città
- Altrove
- Stesso stabile
- Stesso quartiere
- Stessa città
- Altrove
- Stesso stabile
- Stesso quartiere
- Stessa città
- Altrove

A) Persona sola * SÌ

Se persona sola priva di parenti conviventi/non conviventi (si intendono quelli indicati dall'articolo 433 C.C.), non si compilano le domande da B1 a C5 e, ove significativo, si utilizzano le variabili C6/C7 o si attribuisce il punteggio massimo (20) passando alla valutazione delle CONDIZIONI ASSISTENZIALI (area 4);

B) Persona con conviventi

Conviventi (compilare 1 sola voce la più significativa)

B1) Presenza del coniuge / altra persona convivente valutato UVG/UMVD non autosufficiente o con problemi di dipendenza o disturbi psichiatrici 11

B2) Problemi del coniuge/persona convivente, **non** valutato/a UVG/UMVD (elevata età, problemi sanitari, episodi acuti, ecc.) 9

B3) Grave affaticamento del convivente (care-giver) derivante dal lavoro di cura 7

B4) Problemi del convivente/i a svolgere lavoro di cura per impegni lavorativi o avvenimenti particolari 5

B5) Dinamiche relazionali altamente problematiche all'interno del nucleo 5

Persona senza familiari non conviventi (da compilare solo se compilata almeno una delle voci dal B1 al

B5)

B6) Al di fuori dei familiari conviventi non esistono altri parenti 9

Se compilata una voce dal B1 al B5 e il B6, passare direttamente alla valutazione delle condizioni assistenziali

Rete familiare non convivente (compilare 1 sola voce la più significativa)

B7) Elevato carico di cura per la presenza all'interno del nucleo familiare di minori e/o di persone con

gravi problemi (non autosufficiente, disabilità, dipendenze, disturbi psichiatrici, ecc.) e/o l'unico/i parente/i di riferimento ha problemi connessi all'elevata età e alla salute 7

B8) ...) Dinamiche relazionali altamente problematiche tra nucleo del valutato e la sua rete parentale 5

B9) Grave affaticamento del care-giver (non convivente) derivante dal lavoro di cura 5

B10) Lontananza (distanza fisica, elevati tempi di spostamento) 3

B11) Impegni lavorativi che non consentono un adeguato supporto alla persona 2

C) Persona che vive sola, con rete parentale non convivente

Rete familiare non convivente con parenti tenuti agli alimenti (art. 433 C.C.)

(compilare una sola voce la più significativa)

C1) Elevato carico di cura per la presenza all'interno del nucleo familiare di minori e/o di persone con gravi problemi (non autosuff., disabilità, dipendenze, disturbi psichiatrici, ecc.) e/o l'unico/i parente/i di riferimento ha problemi connessi all'elevata età e alla salute

18

C2) Dinamiche relazionali altamente problematiche tra nucleo del valutato e la sua rete parentale 16

C3) Grave affaticamento del care-giver (non convivente) derivante dal lavoro di cura 16

C4) Lontananza (distanza fisica, elevati tempi di spostamento...) 10

C5) Impegni lavorativi che non consentono un adeguato supporto alla persona 8

Rete parentale è composta esclusivamente da parenti non tenuti agli alimenti secondo art. 433 C.C. che:

C6) se ne occupano, sono presenti ed adeguati 13

C7) non se ne occupano o se ne occupano in modo inadeguato 17

Note

Sub totale condizione familiare

4. CONDIZIONI ASSISTENZIALI*

(*La compilazione della scheda 4A esclude la compilazione della scheda 4B e viceversa)

4A. Persona valutata a domicilio

Indicare i bisogni ed il loro grado di copertura da parte della persona valutata:

GIORNO NOTTE totale

BISOGNI

soddisfatto

In parte

Non

soddisfatto

soddisfatto

In parte

Non

soddisfatto

1) Igiene

personale 0 1 2 0 1 2

2) Vestirsi

0 1 2

3) Igiene

ambientale 0 1 2

4) Preparazione e somministrazione dei pasti 0 1 2

5) Spesa e/o

disbrigo di pratiche

0 1 2

6) sorveglianza e/o monitoraggio

0 1 2 0 1 2

Chi lo fa

Tutti i

giorni

2/3 volte la settimana

1 volta la settimana saltuariamente

1) Igiene personale

parente volontario

amico/vicino persona a pagamento

2) Vestirsi parente volontario

amico/vicino persona a pagamento

3) Igiene ambientale

parente volontario

amico/vicino persona a pagamento

4) Preparazione e somministrazione dei pasti

parente volontario

amico/vicino persona a pagamento

5) Spesa e/o disbrigo di pratiche

parente volontario

amico/vicino persona a pagamento

6) sorveglianza e/o monitoraggio

parente volontario

amico/vicino persona a pagamento

7) Assenza del care-giver (punteggio “Area condizioni familiari = o > di 18) 5

8) Grave difficoltà della rete familiare a soddisfare i bisogni del valutato (punteggio “Area condizioni familiari = o > di 16) 5

9) Espressa volontà di ricovero dell’interessato 2

Nel caso in cui siano barrati uno o più item (7,8,9) e con un punteggio totale oltre 12 (alle domande dalla 1 alla 6 relative agli item sui bisogni), verificare la reale possibilità di un progetto a domicilio.

4 B. Persona valutata in struttura residenziale

B14) Grave difficoltà o assenza di un care-giver che permetta un progetto di domiciliarità (punteggio “Area condizioni familiari = o > di 16) 8

B15) Espressa volontà di rimanere in struttura dell’interessato 2

Indicare il grado di copertura necessario per soddisfare i seguenti bisogni assistenziali del valutato:

totale

BISOGNI

soddisfatto

In parte

Non

soddisfatto

1) Igiene

personale e

vestizione

0 1 2

2)

Somministrazioni e dei pasti

0 1 2

Note:

B10) Ricoverato da meno di 6 mesi oltre 6 mesi

0

2

B11) Ricovero concordato dal valutato e/o dai parenti con i servizi sociali per rispondere ad una urgenza sociale per impossibilità di rimanere a domicilio, che permane al momento

della valutazione

5

B12) Non disponibilità di uno spazio abitativo adeguato o mancanza di alternativa abitativa alla residenzialità 6

B13) Assenza di persone che mantengano un significativo rapporto con il valutato 4

Sub totale condizione assistenziale

SINTESI VALUTAZIONE SOCIALE

1) condizione abitativa:

0

1 - 5

6 - 10

0

1

2

2) condizione economica (da valorizzare a cura di ogni Ente Gestore):

0

1 - 2

3 - 4

5 - 6

7 - 9

0

1

2

3

4

3) condizione familiare:

0

1 - 6

7 - 12

13 - 16

17 - 20

0

1

2

3

4

4) condizione assistenziale:

0 - 2

3 - 7

8 - 12

13 - 17

Oltre 17

0

1

2

3

4

Totale punteggio sociale

data, _____ / _____ / _____ luogo _____

L'Assistente Sociale referente della valutazione

Nome e cognome

Firma leggibile

U.V.G ASL

SCHEDA DI VALUTAZIONE SANITARIA

Cognome e Nome.....

SINTESI ANAMNESTICA E CLINICA

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Codice ICD IX CM patologia principale (*):

Codice ICD IX CM patologie concomitanti:

Codice ICD IX CM patologie concomitanti :

Codice ICD IX CM patologie concomitanti :

Codice ICD IX CM patologie concomitanti :

Codice ICD IX CM patologie concomitanti :

(*) che determina la maggiore ricaduta funzionale

INDICE DI BARTHEL*

SITUAZIONE FUNZIONALE

ALIMENTAZIONE

Capace di alimentarsi da solo quando i cibi sono preparati su di un vassoio o tavolo raggiungibili.
Se usa un ausilio deve essere capace di utilizzarlo, tagliare i cibi e, se lo desidera, usare sale e pepe,
spalmare il burro, ecc.

0

Indipendente nell'alimentarsi con i cibi preparati su di un vassoio, ad eccezione di tagliare la carne,
aprire il contenitore del latte, girare il coperchio di un vasetto, ecc.

Non è necessaria la presenza di un'altra persona.

2

Capace di alimentarsi da solo, con supervisione. Richiede assistenza nelle attività associate come versare il latte, zucchero o altro nella tazza, usare sale e pepe, spalmare il burro, girare un piatto di portata o altro.

5

Capace di utilizzare una posata, in genere un cucchiaino, ma qualcuno deve assistere attivamente durante il pasto. **8**

Dipendente per tutti gli aspetti. Deve essere alimentato (imboccato, SNG, PEG, ecc.) **10**

BAGNO/DOCCIA-LAVARSI

Capace di fare il bagno in vasca, la doccia, o una spugnatura completa. Autonomo in tutte le operazioni, senza la presenza di un'altra persona, quale che sia il metodo usato.

0

Necessita di supervisione per sicurezza (trasferimenti, temperatura dell'acqua, ecc.). **1**

Necessita di aiuto per il trasferimento nella doccia / bagno oppure nel lavarsi o asciugarsi. **2**

Necessita di aiuto per tutte le operazioni. **4**

Totale dipendenza nel lavarsi. **5**

IGIENE PERSONALE

Capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti e radersi. Un uomo deve essere capace di usare, senza aiuto, qualsiasi tipo di rasoio, comprese le manipolazioni necessarie. Una donna deve essere in grado di truccarsi, se abituata a farlo, ma non è necessario che sia in grado di acconciarsi i capelli.

0

In grado di attendere all'igiene personale, ma necessita di aiuto minimo prima e/o dopo le operazioni. **1**

Necessita di aiuto per una o più operazioni dell'igiene personale. **2**

Necessita di aiuto per tutte le operazioni. **4**

Incapace di attendere all'igiene personale, dipendente sotto tutti gli aspetti. **5**

ABBIGLIAMENTO

Capace di indossare, togliere e chiudere correttamente gli indumenti, allacciarsi le scarpe e toglierle, applicare oppure togliere un corsetto o una protesi. **0**

Necessita solo di un minimo aiuto per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseno, lacci di scarpe. **2**

Necessita di aiuto per mettere o togliere qualsiasi indumento. **5**

Capace di collaborare in qualche modo, ma dipendente sotto tutti gli aspetti. **8**

Dipendente sotto tutti gli aspetti e non collabora. **10**

CONTINENZA INTESTINALE

Controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettersi supposte o praticarsi un enteroclisma se necessario. **0**

Può necessitare di supervisione per l'uso di supposte o enteroclisma; occasionali perdite. **2**

Capace di assumere una posizione appropriata, ma non di eseguire manovre facilitatorie o pulirsi da solo senza assistenza, e ha perdite frequenti. Necessita di aiuto nell'uso di dispositivi come pannoloni, ecc.

5

Necessita di aiuto nell'assumere una posizione appropriata e necessita di manovre facilitatorie. **8**

Incontinente. **10**

CONTINENZA URINARIA

Controllo completo durante il giorno e la notte e/o indipendente con i dispositivi esterni o interni. **0**

Generalmente asciutto durante il giorno e la notte, ha occasionalmente qualche perdita e necessita di minimo aiuto per l'uso dei dispositivi esterni o interni. **2**

In genere asciutto durante il giorno ma non di notte, necessario l'aiuto parziale nell'uso dei dispositivi. (Ha bisogno di stimolo e supervisione). **5**

Incontinente ma in grado di cooperare nell'applicazione di un dispositivo esterno o interno. **8**

Incontinente o catetere a dimora (sottolineare la voce che interessa). Dipendente per l'applicazione di dispositivi esterni o interni. **10**

USO DEL GABINETTO

Capace di trasferirsi sul e dal gabinetto, gestire i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica senza aiuto. Se necessario, può usare la comoda o padella, o il pappagallo, ma deve essere in grado di svuotarli e pulirli.

0

Necessita di supervisione per sicurezza con l'uso del normale gabinetto. Usa la comoda indipendentemente tranne che per svuotarla e pulirla. **2**

Necessita di aiuto per svestirsi / vestirsi, per i trasferimenti e per lavare le mani. **5**

Necessita di aiuto per tutti gli aspetti. **8**

Completamente dipendente. **10**

Totale valutazione funzionale

MOBILITÀ

TRASFERIMENTO LETTO - SEDIA O CARROZZINA (compilare anche in caso di paziente totalmente allettato)

È indipendente durante tutte le fasi. Capace di avvicinarsi al letto in carrozzina con sicurezza, bloccare i freni, sollevare le pedane, trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina e ritrasferirsi con sicurezza.

0

Necessaria la presenza di una persona per maggior fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza. **3**

Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento. **8**

Collabora, ma richiede massimo aiuto da parte di una persona durante tutti i movimenti del trasferimento. **12**

Non collabora al trasferimento. Necessarie due persone per trasferire l'anziano con o senza un sollevatore meccanico. **15**

DEAMBULAZIONE

In grado di usare stampelle, bastoni, walker e deambulare per 50 m. senza aiuto o supervisione. Capace di portare una protesi se necessario, bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e piazzare gli ausili a portata di mano.

0

Indipendente nella deambulazione, ma con autonomia < 50 m. Necessita di supervisione per maggior fiducia o sicurezza in situazioni pericolose. **3**

Necessita dell'assistenza di una persona per raggiungere gli ausili / o per la loro manipolazione. (necessita di aiuto per il cammino su terreni accidentati, ma è in grado di deambulare). **8**

Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione. **12**

Non in grado di deambulare autonomamente (e se tenta, necessita di 2 assistenti). **15**

USO DELLA CARROZZINA (*utilizzare questo item solo se il paziente ha punteggio di 15 nell'item "deambulazione" ed è stato addestrato all'uso della carrozzina*)

Capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi, avvicinarsi al tavolo, letto, wc, ecc.); l'autonomia deve essere > 50 m.

10

Capace di spostarsi autonomamente, per periodi ragionevolmente lunghi, su terreni e superfici regolari. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette. **11**

Necessaria la presenza e l'assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto, ecc. **12**

Capace di spostarsi solo per brevi tratti o su superfici piane, ma è necessaria assistenza per tutte le altre manovre. **14**

Dipendente negli spostamenti con la carrozzina. **15**

SCALE

In grado di salire e scendere una rampa di scale con sicurezza, senza aiuto o supervisione. In grado di usare corrimano, bastone o stampelle se necessario, ed in grado di portarli con sé durante la salita o discesa.

0

In genere non richiede assistenza. Occasionalmente necessita di supervisione, per sicurezza (es: a causa di rigidità mattutina, dispnea, ecc.). **2**

Capace di salire / scendere le scale, ma non in grado di gestire gli ausili e necessita di supervisione e assistenza. **5**

Necessita di aiuto per salire e scendere le scale (compreso eventuale uso di ausili). **8**

Incapace di salire e scendere le scale. **10**

Totale valutazione mobilità

* Shah, S., Vanclay, F., Cooper, B. (1989). Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42(8), 703-709.

Nell'allegato B della D.G.R. n. 69-481 del 2 agosto 2010 "Modifiche ed integrazioni della D.G.R. 42-8390 del 10 marzo 2008, della D.G.R. 41-5952 del 7 maggio 2002 e s.m.i., D.G.R. 55-13238 del 3 agosto 2004 e D.G.R. 44-12758 del 17 dicembre 2009" sono descritte le istruzioni per la compilazione del Barthel Index e le specifiche per vari item finalizzate ad una più precisa compilazione della scala.

Nella tabella seguente sono riportati i punteggi per la determinazione del livello di autonomia.

BARTHEL SITUAZIONE FUNZIONALE

Punteggio 0-14 autonomo o quasi **0**

Punteggio 15-49 parzialmente dipendente **2**

Punteggio 50-60 totalmente dipendente **3**

BARTHEL MOBILITÀ

Punteggio 0-14 Si sposta da solo **0**

Punteggio 15-29 Si sposta assistito **2**

Punteggio 30-40 Non si sposta da solo **3**

I.A.D.L. (Instrumental Activities of Daily Living scale)*

A) Capacità di usare il telefono

(3) Usa il telefono di propria iniziativa, alza il microfono e compone il numero, ecc.

(2) Compone solo alcuni numeri ben conosciuti

(1) È in grado di rispondere al telefono, ma non di chiamare

(0) Non è capace di usare il telefono

B) Movimenti per acquisti nei negozi

(3) Si prende autonomamente cura di tutte le necessità di acquisti nei negozi

(2) È in grado di effettuare piccoli acquisti nei negozi

(1) Necessita di essere accompagnato per qualsiasi giro di acquisti nei negozi

(0) È del tutto incapace di fare acquisti nei negozi

C) Mezzi di trasporto

(4) Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto.

(3) Organizza i propri spostamenti con taxi, ma non usa i mezzi pubblici.

(2) Usa i mezzi pubblici se accompagnato da qualcuno.

(1) Può spostarsi soltanto con taxi o auto con l'assistenza di altri.

(0) Non si sposta per niente.

D) Responsabilità nell'uso dei medicinali

(2) È in grado di assumere i medicinali nelle giuste dosi al giusto tempo.

(1) È in grado di assumere i medicinali se preparati in anticipo in dosi separate.

(0) Non è in grado di assumere le medicine da solo.

E) Capacità di gestire le proprie finanze

Le informazioni richieste nei 5 item possono essere raccolte dal soggetto stesso, quando abbia preservato le sue funzioni cognitive, oppure dall'ambiente o dal personale di assistenza che abbia avuto modo di osservare il soggetto.

(2) Gestisce le operazioni finanziarie indipendentemente (bilanci, scrive assegni, paga affitti, conti, va in banca), raccoglie e tiene nota delle entrate .

(1) Gestisce gli acquisti quotidiani, ma necessita di aiuto per le operazioni bancarie, gli acquisti maggiori, ecc.

(0) È incapace di maneggiare il denaro.

RISULTATO 14 – 13 – 12 – 11 – 10 9 – 8 – 7 – 6 – 5 4 – 3 – 2 – 1 – 0

Autonomo Parzialmente autonomo

Non autonomo

PUNTEGGIO 0 1 2

*) Modificata da: Lawton M.P., Brody E.M., Gerontologist 9, 179 – 186, 1969

S.P.M.S.Q. (Short Portable Mental Status Questionnaire) *

1. Che giorno è oggi (giorno, mese, anno) ?

2. Che giorno è della settimana ?

3. Qual è il nome di questo posto ?

4. Qual è il suo numero di telefono ?

(o indirizzo se non ha il telefono)

5. Quanti anni ha ?

6. Quando è nato ?

7. Chi è l'attuale Papa ? (o Presidente della Repubblica)

8. Chi era il Papa precedente ? (o Presidente della Repubblica)

9. Qual era il nome di sua madre prima di sposarsi ?

10. Quanto fa "20 – 3 " e ora ancora - 3 fino arrivare a 2

Registrare il numero totale di errori date come risposte alle 10 domande; sottrarre 1 errore se il soggetto ha frequentato solo le scuole elementari; aggiungere 1 errore se il soggetto ha frequentato le scuole superiori.

* Pfeiffer E.: J. Am. Geriatr. Soc. 23, 433-441, 1975.

Nel caso il test non sia somministrabile, indicare le motivazioni :

.....

0 - 1 - 2 - 3 - 4 5 - 6 - 7 8 - 9 - 10

Deterioramento assente – lieve moderato grave

PUNTEGGIO 0 1 2

A.Di.Co. Area dei Disturbi Comportamentali

Si tratta di azioni o intenti che abbiano causato malessere/danno alla persona o che siano stati stressanti o nocivi per familiari e conviventi, personale, ospiti o altre persone.

A

Assenza o lievi disturbi del comportamento

1. Aggressività verbale

2. Pone domande ripetitivamente

3. Si sente ansioso, agitato, preoccupato, costantemente inquieto

B

4. Allucinazioni/deliri

5. Attività motoria afinalistica (wandering, fughe)

6. Aggressività fisica

- 7. Comportamento socialmente inadeguato/disinibizione
- 8. Alterazione severa del ritmo sonno veglia/insonnia grave
- 9. Rifiuto dell'assistenza

C

- 10. Comportamento alimentare gravemente alterato

Si considerano presenti i disturbi comportamentali che si manifestano con frequenza giornaliera o almeno 2/3 volte a settimana e sono resistenti agli interventi di supervisione e rassicurazioni; la risposta ai farmaci è incompleta o instabile.

Il periodo di riferimento è alle 4 settimane precedenti l'intervista.

N.B. Ogni alterazione comportamentale indicata in B deve avere ricadute di maggiore impegno sull'assistenza da fornire al valutato, altrimenti rientrano in A come lievi disturbi del comportamento.

A Qualsiasi B Qualsiasi C

PUNTEGGIO 0 1 2

In presenza di disturbi comportamentali descritti negli item dal 4 al 10 dell'A.Di.Co. deve essere somministrata la Neuropsychiatric Inventory di Cummings JL, Mega M, Gray K

Punteggio N.P.I.

Qualora il punteggio complessivo sia eguale o maggiore a 24 o raggiunga in un singolo disturbo (ad eccezione di apatia e depressione) un punteggio non inferiore a 12 è opportuno valutare la possibilità di un Progetto di residenzialità in un Nucleo Alzheimer Temporaneo o la frequenza in un Centro Diurno Alzheimer

Neuropsychiatric Inventory (NPI)

(Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J: *Neurology* 1994; 44:2308-2314)

N.A. Frequenza (a) Gravità (b) a x b Distress

Deliri [] [0] [1] [2] [3] [4] [1] [2] [3] [0] [1] [2] [3] [4] [5]

Allucinazioni [] [0] [1] [2] [3] [4] [1] [2] [3] [0] [1] [2] [3] [4] [5]

Agitazione [] [0] [1] [2] [3] [4] [1] [2] [3] [0] [1] [2] [3] [4] [5]

Depressione/disforia [] [0] [1] [2] [3] [4] [1] [2] [3] [0] [1] [2] [3] [4] [5]

Ansia [] [0] [1] [2] [3] [4] [1] [2] [3] [0] [1] [2] [3] [4] [5]

Euforia/esaltazione [] [0] [1] [2] [3] [4] [1] [2] [3] [0] [1] [2] [3] [4] [5]

Apatia/indifferenza [] [0] [1] [2] [3] [4] [1] [2] [3] [0] [1] [2] [3] [4] [5]

Disinibizione [] [0] [1] [2] [3] [4] [1] [2] [3] [0] [1] [2] [3] [4] [5]

Irritabilità/labilità [] [0] [1] [2] [3] [4] [1] [2] [3] [0] [1] [2] [3] [4] [5]

Attività motoria [] [0] [1] [2] [3] [4] [1] [2] [3] [0] [1] [2] [3] [4] [5]

Sonno [] [0] [1] [2] [3] [4] [1] [2] [3] [0] [1] [2] [3] [4] [5]

Disturbi dell'appetito e dell'alimentazione

[] [0] [1] [2] [3] [4] [1] [2] [3] [0] [1] [2] [3] [4] [5]

Frequenza 0=mai

1=raramente

2=talvolta

3=frequentemente

4=quasi costantemente

Gravità 1=lievi (non producono disturbo al paziente).

2=moderati (comportano disturbo per il paziente).

3=severi (richiedono la somministrazione di farmaci; sono molto disturbanti per il paziente).

Stress emotivo o psicologico 0= Nessuno

1= Minimo

2= Lieve

3= Moderato

4= Severo

5= Grave

A. Deliri [N.A.]

Il paziente crede cose che non sono vere? Per esempio, insiste sul fatto che qualcuno sta cercando di fargli del male o di rubargli qualcosa. Dice che i componenti della famiglia non sono chi dicono di essere, o che la casa non è la sua? Non mi riferisco a semplice sospettosità; siamo interessati a sapere se il paziente sia convinto che queste cose gli stiano realmente accadendo.

[NO] (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

[SÌ] (procedere con le seguenti domande):

1. Il paziente crede di essere in pericolo o che qualcuno voglia fargli del male? _____
2. Il paziente crede che qualcuno lo stia derubando? _____
3. Il paziente crede che il/la proprio/a marito/moglie lo tradisca? _____
4. Il paziente crede che ospiti indesiderati vivano nella sua casa? _____
5. Il paziente crede che il/la proprio/a marito/moglie od altre persone non siano in realtà chi dicono di essere? _____
6. Il paziente crede che la propria abitazione non sia casa propria? _____
7. Il paziente crede che i familiari vogliano abbandonarlo? _____
8. Il paziente crede che le immagini della televisione o le fotografie delle riviste siano realmente presenti in casa? [Cerca di interagire con esse?] _____
9. Il paziente crede altre cose insolite di cui non le ho chiesto? _____

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - una o più volte al giorno

Gravità:

1. Lievi: deliri presenti ma sembrano innocui e producono poco disturbo al paziente
2. Moderati: i deliri sono disturbanti e dirompenti
3. Marcati: i deliri sono molto distruttivi e rappresentano una delle principali cause dei disturbi comportamentali. [Se sono prescritti farmaci sedativi ciò costituisce un indice di marcata gravità dei deliri].

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

B. Allucinazioni [N.A.]

Il paziente ha allucinazioni, cioè vede o sente cose che non esistono? Sembra vedere, sentire o provare cose non presenti? Con questa domanda non intendiamo solamente convinzioni sbagliate, cioè affermare che una persona morta sia ancora viva; piuttosto vogliamo sapere se il paziente presenta la percezione non normale di suoni o di visioni.

[NO] (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

[SÌ] (procedere con le seguenti domande):

1. Il paziente dice di sentire delle voci o si comporta come se le sentisse? _____
2. Il paziente parla con persone che non sono presenti? _____
3. Il paziente riferisce di vedere cose che gli altri non vedono o si comporta come se vedesse cose che gli altri non vedono (come persone, animali, luci..)? _____
4. Il paziente dice di sentire odori che gli altri non sentono? _____
5. Il paziente riferisce di sentire cose che strisciano o lo toccano sulla pelle? _____

6. Il paziente riferisce di percepire sapori senza una causa nota? _____

7. Il paziente riferisce altre esperienze sensoriali insolite? _____

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - una o più volte al giorno

Gravità:

1. Lievi: allucinazioni presenti ma sembrano innocue e producono poco disturbo al paziente
2. Moderate: le allucinazioni sono disturbanti e dirompenti.
3. Marcate: le allucinazioni sono molto distruttive e rappresentano una delle principali cause dei disturbi comportamentali. Farmaci sedativi potrebbero essere necessari per controllare le allucinazioni.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

C. Agitazione/Aggressività [N.A.]

Il paziente ha periodi durante i quali rifiuta di collaborare o durante i quali non si lascia aiutare dagli altri?

È difficile da gestire?

[NO] (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

[SÌ] (procedere con le seguenti domande):

1. Il paziente diviene irritato con chi cerca di assisterlo o resiste ad attività come il bagno od il cambio dei vestiti? _____
2. Il paziente è ostinato, volendo le cose fatte a modo suo? _____
3. Il paziente non collabora, resiste se aiutato da altri? _____
4. Il paziente presenta altri comportamenti che rendono difficoltosa la sua gestione? _____
5. Il paziente grida o bestemmia in modo arrabbiato? _____
6. Il paziente sbatte le porte, dà calci ai mobili, lancia gli oggetti? _____
7. Il paziente tenta di far male o di colpire gli altri? _____
8. Il paziente presenta altri comportamenti aggressivi o altre forme di agitazione? _____

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - una o più volte al giorno

Gravità:

1. Lieve: il comportamento è disturbante ma può essere controllato con supervisione o rassicurazioni.
2. Moderata: comportamento disturbante e difficile da sviare o controllare.
3. Marcata: l'agitazione è molto disturbante e rappresenta uno dei problemi principali; può esserci pericolo per la sicurezza personale. I farmaci sono spesso necessari.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato

4. Severo
5. Grave

D. Depressione/Disforia [N.A.]

Il paziente sembra essere triste o depresso? Dice di sentirsi triste o depresso?

[NO] (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

[SÌ] (procedere con le seguenti domande):

1. Il paziente ha dei periodi di malinconia o di pianto che sembrano indicare tristezza? _____
2. Il paziente parla o si comporta come se fosse triste o giù di corda? _____
3. Il paziente si abbatte o dice di sentirsi un fallito? _____
4. Il paziente dice di essere una persona cattiva o si aspetta di essere punito? _____
5. Il paziente sembra molto scoraggiato o dice di non avere speranze per il futuro? _____
6. Il paziente dice di essere un peso per la propria famiglia o che la propria famiglia starebbe meglio senza di lui? _____
7. Il paziente dice di desiderare la morte o dice di volersi uccidere? _____
8. Il paziente presenta altri segni di depressione o di tristezza? _____

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità:

1. Lieve: la depressione è disturbante ma può essere controllata con supervisione o rassicurazioni.
2. Moderata: la depressione è disturbante, i sintomi depressivi sono espressi spontaneamente dal paziente e sono difficili da alleviare.
3. Marcato: la depressione è molto disturbante e rappresenta uno delle principali cause di sofferenza per il paziente.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

E. Ansia [N.A.]

Il paziente è molto nervoso, allarmato, spaventato senza veri motivi? Sembra molto teso o agitato?

È impaurito dal rimanere lontano da voi?

[NO] (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

[SÌ] (procedere con le seguenti domande):

1. Il paziente dice di essere allarmato per le cose che succederanno nel futuro? _____
2. Il paziente ha dei momenti in cui si sente debole, incapace di rilassarsi oppure si sente eccessivamente teso? _____
3. Il paziente ha momenti (o si lamenta) di respiro corto, è ansimante, sospirante senza apparente ragione se non nervosismo? _____
4. Il paziente si lamenta di avere le "rane" nello stomaco, di batticuore quando è nervoso (Sintomi non spiegabili da malattie)? _____
5. Il paziente evita certi posti o situazioni che lo rendono più nervoso, quali viaggiare in automobile, incontrare amici oppure stare tra la folla? _____
6. Il paziente diventa nervoso e disturbato se viene separato da voi (o da chi lo assiste)? [Vi sta accanto per evitare la separazione?] _____
7. Il paziente manifesta altri segni di ansia? _____

Se alla domanda di screening viene risposto affermativamente, determinare la frequenza e la gravità dell'ansia.

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità

1. Lieve: l'ansia è disturbante ma può essere controllata con supervisione o rassicurazioni.
2. Moderata: l'ansia è disturbante, i sintomi ansiosi sono espressi spontaneamente dal paziente e sono difficili da alleviare.
3. Marcato: l'ansia è molto disturbante e rappresenta una delle principali cause di sofferenza per il paziente.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

F. Esaltazione/Euforia [N.A.]

Il paziente è eccessivamente felice o allegro senza motivo? Non si intende la normale felicità mostrata alla vista di amici, quando si ricevono regali, o quando si sta coi parenti. Vi sto chiedendo se il paziente ha un persistente ed anormale stato di euforia o se trova ridicole cose che gli altri non trovano divertenti.

[NO] (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

[SÌ] (procedere con le seguenti domande):

1. Il paziente sembra sentirsi eccessivamente bene o essere troppo felice, in modo differente dal solito? _____
2. Il paziente trova ridicole e ride per cose che altri non ritengono spiritose? _____
3. Il paziente ha un senso dell'umorismo da bambino con la tendenza a ridacchiare o ridere quando non è il caso (come per esempio quando qualche contrattempo colpisce altre persone)? _____
4. Il paziente fa degli scherzi o compie osservazioni che sono poco spiritose ma che lui pensa divertenti? _____
5. Il paziente compie scherzi come dare pizzicotti oppure fa dei giochetti solo per divertimento?

6. Si vanta o dice di essere molto più bravo o più ricco di quanto sia veramente? _____
7. Il paziente mostra altri segni che indicano che si sente troppo bene o troppo felice? _____

Se alla domanda di screening viene risposto affermativamente, determinare la frequenza e la gravità dell'esaltazione/euforia.

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità:

1. Lieve: l'esaltazione è evidente ma non dirompente
2. Moderata: l'esaltazione è evidentemente anormale.
3. Marcato: l'esaltazione è molto pronunciata; il paziente è euforico e trova quasi tutto ridicolo.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno

1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

G. Apatia/Indifferenza [N.A.]

Il paziente ha interesse verso il mondo che lo circonda? Ha perso interesse nel fare le cose o è meno motivato ad iniziare cose nuove? Il paziente ha difficoltà nell'introdursi in conversazioni o nelle

faccende di casa? Il paziente è apatico o indifferente?

[NO] (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

[SÌ] (procedere con le seguenti domande):

1. Il paziente è meno spontaneo o meno attivo del solito? _____
2. Il paziente è meno disponibile ad iniziare conversazioni? _____
3. Il paziente si comporta meno affettuosamente o mostra perdita delle emozioni rispetto al solito? _____
4. Il paziente contribuisce meno alle faccende di casa? _____
5. Il paziente sembra meno interessato alle attività ed ai progetti degli altri? _____
6. Il paziente ha perso interesse verso gli amici ed i parenti? _____
7. Il paziente è meno entusiasta dei suoi interessi? _____
8. Il paziente mostra altri segni di noncuranza nel fare cose nuove? _____

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità:

1. Lieve: l'apatia è evidente ma produce poca interferenza con la routine di tutti i giorni; solo lievemente differente dal comportamento abituale del paziente; il paziente risponde a stimolazioni ed è coinvolto in attività.
2. Moderata: l'apatia è molto evidente; può essere superata con l'incoraggiamento e la persuasione del caregiver; risponde spontaneamente solo ad eventi importanti quali visite di parenti o di famigliari.
3. Marcato: l'apatia è molto evidente ed usualmente non risponde ad alcun incoraggiamento od evento esterno.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

H. Disinibizione [N.A.]

Il paziente sembra agire impulsivamente senza pensarci? Fa o dice cose che di solito non dice o non fa in

pubblico? Fa cose imbarazzanti per voi o per altri?

[NO] (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

[SÌ] (procedere con le seguenti domande):

1. Il paziente agisce impulsivamente senza apparentemente considerare le conseguenze? _____
2. Il paziente parla ad estranei come se li conoscesse? _____
3. Il paziente dice delle cose offensive od irrispettose? _____

4. Il paziente dice cose volgari o fa apprezzamenti sessuali che di solito non faceva? _____
5. Il paziente parla apertamente di cose private che di solito non discuteva in pubblico? _____
6. Il paziente si prende delle libertà o tocca oppure abbraccia altre persone in modo diverso dal solito comportamento? _____
7. Il paziente mostra altri segni di disinibizione? _____

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità:

1. Lieve: la disinibizione è evidente ma usualmente risponde alle correzioni.
2. Moderata: la disinibizione è molto evidente e difficile da superare da parte del caregiver.
3. Marcato: la disinibizione solitamente non risponde ad interventi da parte del caregiver ed è fonte di imbarazzo o di difficoltà sociali.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

I. Irritabilità/Labilità [N.A.]

Il paziente si irrita o si arrabbia con facilità? Il suo umore è molto variabile? È impaziente in modo anormale? Non intendiamo frustrazione per le difficoltà di memoria o l'incapacità di compiere semplici operazioni; vogliamo sapere se il paziente presenta un'irritabilità anomala, impazienza o rapidi cambiamenti di umore che si differenziano dal solito.

[NO] (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

[SÌ] (procedere con le seguenti domande):

1. Il paziente ha un brutto carattere, "perde le staffe" per piccole cose? _____
2. Il paziente presenta rapidi cambiamenti di umore, passando dalla serenità alla rabbia? _____
3. Il paziente presenta improvvisi momenti di rabbia? _____
4. Il paziente è insofferente, si innervosisce per i ritardi o attende ansiosamente di portare a termine le cose che aveva programmato? _____
5. Il paziente è irritabile e nervoso? _____
6. Il paziente borbotta frequentemente e risulta difficile sopportarlo? _____
7. Il paziente presenta altri segni di irritabilità? _____

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità:

1. Lieve: la irritabilità o la labilità è evidente ma usualmente risponde alle correzioni ed alle rassicurazioni.
2. Moderata: la irritabilità o la labilità è molto evidente e difficile da controllare da parte del caregiver.
3. Marcato: la irritabilità o la labilità sono molto evidenti; solitamente non rispondono ad interventi da parte del caregiver e sono uno dei principali problemi.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno

1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

J. Comportamento motorio aberrante [N.A.]

Il paziente continua a camminare, continua a fare e rifare le stesse cose come aprire gli armadi o i cassetti, oppure sposta in continuazione gli oggetti o attorciglia le stringhe o i lacci?

[NO] (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

[SÌ] (procedere con le seguenti domande):

1. Il paziente cammina per la casa senza un preciso scopo? _____
2. Il paziente si aggira per la casa aprendo e rovistando cassetti ed armadi? _____
3. Il paziente continua a mettere e togliersi i vestiti? _____
4. Il paziente fa azioni o particolari movimenti che continua a ripetere? _____
5. Il paziente tende a ripetere continuamente determinati gesti quali abbottonarsi, afferrare, slacciarsi le stringhe ecc.? _____
6. Il paziente si agita eccessivamente, sembra incapace di star seduto, o fa saltellare in modo eccessivo i piedi o le dita? _____
7. Il paziente presenta altre attività ripetitive? _____

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità:

1. Lieve: l'attività motoria anomala è evidente ma interferisce poco con le attività quotidiane.
2. Moderata: l'attività motoria anomala è molto evidente; può essere controllato da parte del caregiver.
3. Marcata: l'attività motoria anomala è molto evidente, di solito non risponde a nessun intervento da parte del caregiver e rappresenta uno dei problemi principali.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

K. Sonno [N.A.]

Il paziente presenta disturbi del sonno? Sta alzato, vaga per la casa durante la notte, si veste e si sveste,

disturba il sonno dei familiari? [Non è da considerare se il paziente si alza due o tre volte per notte, per

andare in bagno e poi torna a letto e si addormenta immediatamente]

[NO] (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

[SÌ] (procedere con le seguenti domande):

1. Presenta difficoltà ad addormentarsi? _____
2. Si alza spesso volte durante la notte? [Non è da considerare se il paziente si alza due o tre volte per notte per andare in bagno e poi torna a letto e si addormenta immediatamente] _____
3. Vaga per la casa o svolge attività inopportune? _____
4. Disturba i familiari e li tiene svegli? _____
5. Si veste e vuole uscire di casa credendo che sia mattina? _____

6. Si sveglia molto presto al mattino [rispetto alle sue abitudini]? _____
7. Dorme eccessivamente durante il giorno? _____
8. Il Paziente presenta altri disturbi notturni che le provocano fastidio e che non le ho nominato?

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità:

1. Lieve: le alterazioni del sonno sono presenti ma non particolarmente disturbanti.
2. Moderata: le alterazioni del sonno sono disturbanti per il paziente e per il sonno dei suoi familiari, può essere presente più di un tipo di disturbo.
3. Marcata: le alterazioni del sonno sono particolarmente disturbanti sia per il paziente che per il sonno dei suoi familiari, numerosi tipi di disturbi notturni possono essere presenti.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

L. Disturbi dell'appetito e dell'alimentazione [N.A.]

Il paziente presenta disturbi dell'alimentazione come alterazioni dell'appetito, alterazioni delle abitudini o delle preferenze alimentari. Ha subito variazioni di peso? [Se è incapace ad alimentarsi rispondere NA]

[NO] (se no, procedere con la successiva domanda di screening)

[SÌ] (procedere con le seguenti domande):

1. Presenta perdita dell'appetito? _____
2. Presenta aumento dell'appetito? _____
3. Presenta diminuzione di peso? _____
4. Presenta aumento di peso? _____
5. Ha cambiato le sue abitudini alimentari (per esempio, mangia voracemente).? _____
6. Presenta cambiamenti di gusto riguardo ai tipi di cibo che gli/le piacevano (per esempio, mangia molti alimenti dolci o preferisce un cibo particolare)? _____
7. Ha sviluppato specifiche abitudini, come mangiare sempre le stesse cose ogni giorno o sempre nello stesso ordine? _____
8. Il paziente presenta altri disturbi dell'appetito o dell'alimentazione che non le ho nominato?

Frequenza:

1. Raramente - meno di una volta alla settimana
2. Talvolta - circa una volta alla settimana
3. Frequentemente - diverse volte alla settimana ma non tutti i giorni
4. Molto frequentemente - praticamente sempre presente

Gravità:

1. Lieve: i disturbi dell'appetito sono presenti ma non hanno causato alterazioni del peso del paziente.
2. Moderata: i disturbi dell'appetito sono presenti ed hanno causato lievi fluttuazioni del peso del paziente.
3. Marcata: i disturbi dell'appetito sono presenti, hanno causato importanti variazioni di peso del paziente e sono disturbanti.

Stress emotivo o psicologico:

0. Nessuno
1. Minimo
2. Lieve
3. Moderato
4. Severo
5. Grave

UCLA NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY

1. Il questionario è applicabile ai pazienti con demenza di diversa origine.
2. Le informazioni vanno raccolte con la persona che vive vicino al paziente (familiare o personale se degente in casa di riposo o istituti da vari mesi) e possono essere verificate interrogando od osservando il paziente stesso.
3. Le domande vanno poste esattamente come sono scritte, solo se il caregiver non le capisce si possono fornire delucidazioni.
4. Le domande si riferiscono sempre a modificazioni insorte dopo l'esordio della malattia. Non vanno registrate quelle caratteristiche legate alla situazione premorbose del paziente (depressione, ansietà) che non si sono modificate dopo l'esordio della demenza. Bisogna ricordare periodicamente durante l'intervista che ci riferiamo ai cambiamenti insorti con la demenza.
5. Le domande devono riferirsi alla situazione del paziente nelle 6 settimane precedenti all'intervista.
6. Se alla domanda di screening viene risposto di no non bisogna procedere con le altre domande pertinenti alla stessa sezione. Se la risposta è invece positiva si proceda con le altre domande che vanno registrate solo se confermano la domanda di screening. In alcune circostanze specifiche potrebbe verificarsi il fatto che alcune delle sezioni non siano applicabili al paziente per la presenza di condizioni mediche interferenti con le risposte. Per esempio i pazienti allettati potrebbero presentare deliri e allucinazioni ma non presentare comportamenti motori aberranti per via delle limitazioni fisiche. In questi casi speciali l'intervistatore deve segnalare la non applicabilità della scala (N.A.). Lo stesso vale se esistano evidenti discrepanze tra quanto osservabile e quanto segnalato dal caregiver o se le risposte fornite alla sezione non vengano ritenute valide.
7. Per la determinazione della frequenza e durata dei problemi comportamentali si deve far riferimento alla legenda del questionario. Si faccia riferimento, aggiuntivamente, come paragone di frequenza e gravità al più aberrante comportamento del paziente che sia risultato dalle domande successive a quella di screening per ogni sezione del questionario.
8. Se dovesse capitare che il caregiver, dopo aver dato risposta affermativa alla domanda di screening, fornisca a tutte le successive domande della sezione una risposta negativa bisogna chiedere al caregiver di spiegare in che cosa consista il problema comportamentale. Se si tratta di una erronea interpretazione della domanda (cioè non esistono rilevanti disturbi pertinenti al tipo di problema neuropsichiatrico investigato dalla sezione) si segni NO alla domanda di screening. Se invece il problema comportamentale è presente ma viene espresso con termini diversi da quelli delle domande si deve attribuire il punteggio come di solito, cercando di far rientrare i problemi espressi nelle domande formulate nel questionario.
9. Per la valutazione della frequenza delle manifestazioni si chiedi, alla fine delle domande di ciascuna sezione: "Ora vorrei sapere con quale frequenza sono presenti questi problemi (riferendosi inizialmente alla manifestazione neuropsichiatrica più grave rilevata per ogni sezione)".
10. Per la valutazione della gravità delle manifestazioni si chiedi, alla fine delle domande di ciascuna sezione: "Ora vorrei sapere questi comportamenti quanto sono gravi, vorrei che mi riferisse la gravità riferendosi al grado di coinvolgimento e di disabilità sperimentato dal suo congiunto (od assistito)".
11. Per lo stress emotivo o psicologico del caregiver si chiede "Ora mi indichi quale stress o disagio le hanno provocato questi comportamenti descritti".

D.M.I. (Indice Medico di Non Autosufficienza) ***CRITERI ASSOLUTI**

È motivo di appartenenza alla categoria dei non autosufficienti per “ragioni sanitarie” il riscontro di almeno una delle seguenti situazioni:

- Grave deficit di forza e/o di movimento ad almeno due arti
- Doppia incontinenza
- Piaghe da decubito
- Gravi disturbi del linguaggio e della comunicazione
- Marcata compromissione delle capacità visive e/o uditive non correggibili con protesi
- Malattie in fase terminale (quando si prevede il decesso entro 3-6 mesi)
- Necessità di terapie multiple e complesse

CRITERI RELATIVI

È motivo di appartenenza alla categoria dei non autosufficienti per “ragioni sanitarie” il riscontro di tre o più delle seguenti situazioni:

- Modesto deficit di forza e/o di movimento ad almeno due arti
- Incontinenza saltuaria
- Confusione temporo-spaziale episodica
- Disturbi del linguaggio e della comunicazione moderati
- Deficit sensoriali visivi e/o uditivi solo parzialmente correggibili
- Turbe vertiginose con tendenza alle cadute
- Patologie croniche di rilievo in compenso labile
- Uso obbligato ma autonomo della carrozzella

* F. Fabris e Coll., Min. Med. 80, suppl. 1, 1989 (modificato).

Punteggio 0 = nessun criterio

Punteggio 1 = 2 criteri relativi

Punteggio 2 = almeno 3 criteri relativi e/o almeno un criterio assoluto

Non dipendente Parzialmente dipendente Dipendente per motivi sanitari

PUNTEGGIO 0 1 2**CIRS (Cumulative Illness Rating Scale)***

0-4

Apparato cardiovascolare – respiratorio

ACIR1 () Cuore

ACIR2 () Distretto vascolare (sangue, cellule e vasi sanguigni, midollo osseo, milza, tessuto linfatico)

ACIR3 () Apparato respiratorio (polmoni, bronchi, trachea)

ACIR4 () Apparato oculare/ORL (occhio, orecchio, naso, laringe)

Apparato gastrointestinale

ACIR5 () Primo tratto intestinale (esofago, stomaco, duodeno, pancreas, vie biliari)

ACIR6 () Secondo tratto intestinale (intestino tenue, crasso, ernie)

ACIR7 () Fegato

Apparato genito-urinario

ACIR8 () Rene

ACIR9 () Altri organi dell'apparato genito-urinario

Apparato muscolo-scheletrico e tegumenti

ACIR10 () Muscoli, ossa, cute

Sistema nervoso-psiche

ACIR11 () Patologia neurologica (cervello, midollo spinale, nervi periferici)

ACIR12 () Patologia psichiatrica (turbe mentali)

Malattie sistemiche

ACIR13 () Patologia endocrino-metabolica (incluse infezioni diffuse, intossicazioni)

*(LINN B.S. et al., Cumulative Illness Rating scale, J. Am. Geriatr. Soc. 1968)

ISTRUZIONI

Indicare per ogni apparato il punteggio che meglio esprime il grado di lesione. Per malattie che producono lesioni a più di un apparato vanno segnalate tutte le lesioni presenti. Per esempio, un incidente cerebrovascolare acuto (acuto) può danneggiare contemporaneamente gli apparati neurologico, vascolare, muscolo scheletrico e cutaneo. Un tumore metastatizzato va segnalato sia in corrispondenza dell'apparato sede del tumore primitivo, sia nel sistema vascolare, indicando l'entità dell'interessamento linfonodale. Se un apparato è interessato da più patologie va indicato il danno totale dalle diverse patologie.

Per ogni apparato il punteggio è così attribuito:

0 = nessuna patologia: “nessuna lesione a carico dell'organo/apparato”.

1 = patologia lieve: “il danno non interferisce con lo svolgimento delle normali attività; non è necessariamente richiesta terapia; la prognosi è favorevole (es. lesioni cutanee; ernie, emorroidi)”.

2 = patologie di media gravità: “la lesione interferisce con le normali attività della vita; la terapia è necessaria; la prognosi è buona (es. calcolosi, diabete, fratture)”.

3 = patologia grave: la lesione è invalidante; è richiesto un trattamento urgente; la prognosi è dubbia (es. carcinoma operabile,; enfisema polmonare; scompenso cardiaco)”.

4 = patologia molto grave: “la lesione può essere fatale; è richiesto un trattamento di emergenza, oppure non è più indicato alcun trattamento; la prognosi è grave (es. infarto miocardio; ictus; emorragia intestinale; embolia)”.

Trattamenti specialistici *

- 1 Alimentazione parenterale
- 2 SNG/PEG
- 3 Tracheostomia
- 4 Respiratorie/Ventilazione Assistita
- 5 Ossigenoterapia
- 6 Dialisi
- 7 Ulcere da decubito
- 8 Altri trattamenti specialistici
- Gestione stomia (colon o altre)
- Trattamenti ulcere cutanee (non da pressione)
- Gestione C.V.C.
- Gestione terapia con microinfusori /elastomeri
- Gestione cateterismo peridurale
- Drenaggi
- Trattamento riabilitativo post acuto
- Altro specificare

.....

SINTESI DI VALUTAZIONE SANITARIA

Autonomia Funzionale con Barthel Index (0 - 3 punti)

- non dipendente (punteggio 0-14) 0 punti
- punteggio Barthel 15-49 2 punti
- punteggio Barthel 50-60 3 punti

Mobilità con Barthel Index (0 – 3 punti)

- non dipendente (punteggio 0-14) 0 punti
- si sposta assistito (punteggio 15-29) 2 punti

- non si sposta da solo (punteggio 30 – 40) 3 punti

IADL: attività strumentali della vita quotidiana (0 – 2 punti)

- compromissione assente o lieve (IADL 10 – 14) 0 punti

- compromissione moderata (IADL 5 - 9) 1 punto

- compromissione grave (IADL 0 - 4) 2 punti

SPMSQ : grado di deterioramento mentale (0 - 2 punti)

- deterioramento assente o lieve (SPMSQ 0 – 4) 0 punti

- deterioramento moderato (SPMSQ 5 – 7) 1 punto

- deterioramento grave (SPMSQ 8 – 10) 2 punti

AREA dei disturbi del comportamento (A.Di.Co.) (0 – 2 punti)

- A 0 punti

- qualsiasi B 1 punto

- qualsiasi C 2 punti

DMI : assenza / presenza di dipendenza per motivi sanitari (0 - 2 punti)

- non dipendente 0 punti

- parzialmente dipendente 1 punto

- dipendente per motivi sanitari 2 punti

Totale punteggio sanitario

CIRS * Più di un 1 o solo un 2

Più di un 2 o solo un 3

Più di un 3 o solo un 4

TRATTAMENTI SPECIALISTICI * Presenti

* le informazioni contenute in questi due strumenti non sono conteggiate nel punteggio sanitario e devono essere utilizzate solamente per fornire dati aggiuntivi, che permettano una definizione più completa del livello d'intensità assistenziale.

data, _____ / _____ / _____ luogo _____

Il Medico

Nome e cognome

Firma leggibile

L'Infermiere

Nome e cognome

Firma leggibile

U.V.G ASL

RIEPILOGO DELLA VALUTAZIONE SOCIALE E SANITARIA

Cognome e Nome.....

Prima valutazione Rivalutazione

PUNTEGGIO PER GRADUATORIA

Aspetti Sociali Punti

Aspetti Sanitari Punti

TOTALE

(intervallo 0 – 28)

Punti

Conclusioni della valutazione:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....

Definizione del progetto assistenziale

Assistibile

- al domicilio
 in struttura semi-residenziale Centro Diurno
 in struttura semi-residenziale Centro Diurno Alzheimer
 in struttura residenziale
 in struttura residenziale Nucleo Alzheimer Temporaneo
 in struttura residenziale per progetto temporaneo
 in RSA Aperta

Note

Ai sensi della D.G.R. 14-5999/2013 e' opportuno individuare un progetto residenziale quando il punteggio complessivo è pari o superiore a 19. Tale valore deriva dal punteggio massimo ottenibile con la valutazione sociale (14) a cui viene sommato il minimo punteggio sanitario

(5) risultante dalla somma dei punteggi ottenuti nelle seguenti scale di valutazione : ADL (funzione +mobilità), A.Di.Co., DMI, SPSMQ., cioè da quelle scale che concorrono alla definizione dell'intensità assistenziale nella D.G.R. n. 45-4248/2012.

L'U.V.G. potrà, comunque, individuare un progetto residenziale anche per casi con punteggio inferiore a 19, dichiarando espressamente i motivi per i quali ritiene appropriato l'inserimento in struttura residenziale.

DEFINIZIONE DEL GRADO DI PRIORITÀ

Per i soli progetti residenziali sulla base dei risultati di cui alla valutazione sopra descritta si assegna il seguente grado di priorità:

- Urgente
 Non urgente
 Differibile

Note

Luogo e data _____

I componenti dell'UVG Nome e cognome Firma leggibile

Il Presidente

U.V.G ASL

DEFINIZIONE DELLA INTENSITÀ ASSISTENZIALE DOMICILIARE

Cognome e Nome.....

Punteggio condizione abitativa

Punteggio condizione familiare

Punteggio condizione assistenziale

Punteggio Barthel Index (funzioni+mobilità)

Punteggio I.A.D.L.

Punteggio S.P.M.S.Q.

Punteggio A.Di.Co.

Punteggio D.M.I.

Totale

C.I.R.S. Più di un 1 o solo un 2

Più di un 2 o solo un 3

Più di un 3 o solo un 4

Punteggio N.P.I.

Presenza di Trattamenti

specialistici Sì No

L'attribuzione ad una fascia di intensità assistenziale non può essere formulata esclusivamente in base a rigidi schemi predefiniti, quali quelli desunti dall'applicazione di test e scale di valutazione, in quanto questi ultimi sono strumenti di sostegno alla valutazione clinico – diagnostica della ricaduta funzionale della cronicità.

L'Unità di Valutazione Geriatria ha la facoltà di attribuire una fascia di intensità diversa da quella desunta dagli strumenti di valutazione, qualora lo reputi necessario e precisandone le motivazioni.

5 – 9

10 - 15

Oltre 15

Bassa intensità

Media intensità

Medio alta intensità

Esito

Motivazione

.....

.....

.....

.....

.....

Luogo e data _____

I componenti dell'UVG Nome e cognome Firma leggibile

Il Presidente

U.V.G. ASL

**DEFINIZIONE DELLA INTENSITÀ ASSISTENZIALE RESIDENZIALE
(ANCHE TEMPORANEA)**

E RESIDENZIALITÀ IN NUCLEO ALZHEIMER TEMPORANEO

Cognome e Nome.....

Punteggio Barthel Index (funzioni+mobilità)

Punteggio S.P.M.S.Q.

Punteggio A.Di.Co.

Punteggio D.M.I.

Totale

C.I.R.S. Più di un 1 o solo un 2

Più di un 2 o solo un 3

Più di un 3 o solo un 4

Punteggio N.P.I.

Presenza di Trattamenti

specialistici Sì No

L'attribuzione ad una fascia di intensità assistenziale non può essere formulata esclusivamente in base a rigidi schemi predefiniti, quali quelli desunti dall'applicazione solamente di test e scale di valutazione, in quanto questi ultimi sono strumenti di sostegno alla valutazione clinico – diagnostica della ricaduta funzionale della cronicità.

L'Unità di Valutazione Geriatria ha la facoltà di attribuire una fascia di intensità diversa da quella desunta dagli strumenti di valutazione, in quelle situazioni in cui si ravvisano palesi elementi di raggiunta stabilità o presunta evoluzione di criticità e/o instabilità, qualora lo reputi necessario e precisandone le motivazioni.

Punteggio aspetti sanitari

5 6 7 – 8 9 10 – 11 12

Intensità

Assistenziale Bassa Medio-bassa Media Medio-alta Alta Alta livello

Incrementen.

NAT

Esito

Motivazione

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Situazione stabilizzata Situazione non stabilizzata

Luogo e data _____

I componenti dell'UVG Nome e cognome Firma leggibile

Il Presidente

U.V.G ASL

DEFINIZIONE DELLA INTENSITÀ ASSISTENZIALE RSA APERTA

Cognome e Nome.....

Punteggio Barthel Index (funzioni+mobilità)

Punteggio S.P.M.S.Q.

Punteggio A.Di.Co.

Punteggio D.M.I.

Totale

C.I.R.S. Più di un 1 o solo un 2

Più di un 2 o solo un 3

Più di un 3 o solo un 4

Punteggio N.P.I.

Presenza di Trattamenti

specialistici Sì No

L'attribuzione ad una fascia di intensità assistenziale non può essere formulata esclusivamente in base a rigidi schemi predefiniti, quali quelli desunti dall'applicazione solamente di test e scale di valutazione, in quanto questi ultimi sono strumenti di sostegno alla valutazione clinico – diagnostica della ricaduta funzionale della cronicità.

L'Unità di Valutazione Geriatria ha la facoltà di attribuire una fascia di intensità diversa da quella desunta dagli strumenti di valutazione, in quelle situazioni in cui si ravvisano palesi elementi di raggiunta stabilità o presunta evoluzione di criticità e/o instabilità, qualora lo reputi necessario e precisandone le motivazioni.

Punteggio aspetti

sanitari 5 - 6 7 – 8 9 - 12

Intensità

DGR 45-4248 2012

Bassa (5) / Medio-bassa

(6) Media Medio-alta (9) / Alta (10-11) / Alta

Livello Incrementato(12)

Profilo di Intensità

"RSA aperta" Bassa Media Alta

Esito

Motivazione

.....

.....

.....
.....
.....
.....
.....

Situazione stabilizzata Situazione non stabilizzata

Luogo e data _____

I componenti dell'UVG Nome e cognome Firma leggibile

Il Presidente

U.V.G ASL

PROGETTO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

ASL _____ Ente Gestore _____

Progetto per il/la sig./sig.ra _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ in via _____

Referente per Ente Gestore

Referente per ASL

Diagnosi _____

Problema/i _____

Obiettivo/i: _____

Quali interventi da attuare

Quali figure professionali devono intervenire

Rivalutazione del progetto data __/__/____

Motivazioni

Luogo e data _____

I componenti dell'UVG Nome e cognome Firma leggibile

Il Presidente

U.V.G ASL.....

PROGETTO RESIDENZIALE

(ANCHE PER RESIDENZIALITÀ TEMPORANEA

E NUCLEO ALZHEIMER TEMPORANEO)

(da consegnare al Presidio per la predisposizione del Piano Assistenziale Individuale)

ASL _____ Ente Gestore _____

Progetto per il/la sig./sig.ra _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ in via _____

Referente per ASL

Referente per Ente Gestore

Diagnosi _____

Problema/i

Obiettivo/i _____

Quali interventi da attuare

Quali figure professionali devono intervenire

Rivalutazione del progetto data __ / __ / ____

Motivazioni

Luogo e data _____

I componenti dell'UVG Nome e cognome Firma leggibile

Il Presidente

U.V.G ASL.....

PROGETTO RESIDENZIALE RSA APERTA

(da consegnare al Presidio per la predisposizione del Piano Assistenziale Individuale)

ASL _____

Progetto per il/la sig./sig.ra _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ in via _____

Referente per ASL

Referente per Ente Gestore

Diagnosi _____

Problema/i

Obiettivo/i _____

Quali interventi da attuare

Quali figure professionali devono intervenire

Proposta di quale figura professionale può ricoprire il ruolo di Care Manager

TIPOLOGIA PRESTAZIONI Presente/non presente NOTE

Residenzialità temporanea

Altro (specificare)

Altro (specificare)

Rivalutazione del progetto data __ / __ / ____

Motivazioni

Luogo e data _____

I componenti dell'UVG Nome e cognome Firma leggibile

Il Presidente

U.V.G ASL

PROGETTO SEMIRESIDENZIALE CENTRO DIURNO

(da consegnare al Presidio erogatore per la predisposizione del Piano Assistenziale Individuale)

ASL _____ Ente Gestore _____

Progetto per il/la sig./sig.ra _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ in via _____ ---- _____

Referente per ASL

Referente per Ente Gestore

Diagnosi _____

Problema/i _____

Obiettivo/i _____

Quali interventi da attuare

Quali figure professionali devono intervenire

Rivalutazione del progetto data __ / __ / ____
Motivazioni

Luogo e data _____

I componenti dell’UVG Nome e cognome Firma leggibile

Il Presidente

U.V.G ASL

PROGETTO SEMIRESIDENZIALE CENTRO DIURNO ALZHEIMER

(da consegnare al Presidio erogatore per la predisposizione
del Piano Assistenziale Individuale)

ASL _____ Ente Gestore _____

Progetto per il/la sig./sig.ra _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ in via _____ ---- _____

Referente per ASL

Referente per Ente Gestore

Diagnosi _____

Problema/i _____

Obiettivo/i _____

Quali interventi da attuare

Quali figure professionali devono intervenire

Rivalutazione del progetto data __ / __ / ____
Motivazioni

Luogo e data _____

I componenti dell’UVG Nome e cognome Firma leggibile

Il Presidente

PARI OPPORTUNITÀ

ABRUZZO

L.R 23.6.16, n. 17 - Istituzione e regolamentazione del "Codice Rosa" all'interno dei pronti soccorsi abruzzesi. (BUR n. 95 del 1.7.16)

Art. 1

(Finalità)

1. La Regione Abruzzo con la presente legge e con i Protocolli d'intesa di cui all'articolo 7 intende contrastare ogni forma e grado di violenza, in particolare contro le donne, perseguendo i seguenti obiettivi:
 - a. individuare un percorso clinico-assistenziale in fase acuta e un intervento di più lungo periodo sulla persona che ha subito violenza;
 - b. definire le modalità d'intervento per dare immediate risposte coordinate e adeguate;
 - c. istituire procedure aziendali semplificate;
 - d. garantire la privacy e la protezione della vittima di violenza.

Art. 2

(Destinatari)

1. Sono destinatari della presente legge i soggetti che necessitano di essere tutelati quando si recano in una struttura ospedaliera e nello specifico in pronto soccorso a causa di evidente o presunta violenza domestica o sessuale.

Art. 3

(Istituzione del Codice Rosa)

1. Per Codice Rosa si intende un percorso di accoglienza-assistenza al pronto soccorso riservato a chi subisce violenza sessuale o domestica, riferito a tutte le persone che si trovano in una situazione di debolezza e vulnerabilità i cui segni di violenza subita non sempre risultano conclamati.
2. Il Codice Rosa viene assegnato dal personale infermieristico preposto al triage e consiste in un codice di priorità di accesso visibile esclusivamente agli operatori sanitari che si adopereranno per una rapida presa in carico della paziente e per l'implementazione di tutte le procedure previste dal percorso clinico organizzativo interno nel rispetto della privacy.
3. La Regione Abruzzo istituisce il Codice Rosa nei pronti soccorsi dei presidi ospedalieri delle quattro province attivi h24 in tutti i giorni dell'anno.

Art. 4

(Ruolo delle ASL)

1. Le ASL adottano percorsi clinico-assistenziali volti ad assicurare la piena assistenza alla persona che ha subito violenza in modo tale che:
 - a. l'operatore di primo contatto possa successivamente accompagnare la vittima di violenza in un ambulatorio dedicato chiamato "stanza rosa" dotato di tutti i presidi sanitari che permettano la valutazione, l'assistenza e l'osservazione della vittima di violenza fino alla dimissione nel pieno rispetto della riservatezza e previo consenso informato per ogni atto medico;
 - b. la cartella clinica relativa al Codice Rosa sia compilata in tempo reale durante il percorso rosa da operatori sanitari che la prendono in carico, ciascuno per la propria competenza.

Art. 5

(Ruolo degli operatori sanitari)

1. La Regione riconosce il ruolo fondamentale svolto dagli operatori sanitari che prestano assistenza e attuano il percorso clinico sulle persone che hanno subito violenza in quanto gli stessi:
 - a. riconoscono il valore della persona che ha subito violenza in ogni momento del percorso diagnostico, terapeutico e riabilitativo;

- b. costruiscono un rapporto di fiducia con la persona che ha subito violenza mediante diversi colloqui con la stessa;
- c. approfondiscono le cause delle lesioni e dei disturbi psicologici;
- d. informano, con molta cautela, la persona in merito agli interventi da attuare;
- e. acquisiscono le competenze necessarie per individuare i pazienti che hanno subito violenza;
- f. attuano le prestazioni cliniche assistenziali in pronto soccorso e acquisiscono dati utili per eventuali futuri procedimenti legali;
- g. attivano immediatamente misure di profilassi nel caso venissero individuate presenze di malattie sessualmente trasmissibili;
- h. collaborano con i servizi sociali e sanitari territoriali al fine di facilitare l'accoglienza e il sostegno della persona sul territorio.

Art. 6

(Assistenza psico-sociale)

1. Durante l'accoglienza al pronto soccorso, potrà essere attivata la consulenza psicologica qualora si ravveda la necessità o se richiesto dal paziente.
2. Al termine del percorso sanitario, gli operatori che l'hanno assistita propongono alla vittima di violenza di prendere contatto con un centro antiviolenza cittadino.
3. L'assistente sociale dovrebbe far parte del gruppo multi-disciplinare antiviolenza istituito all'interno del pronto soccorso, collaborando e interagendo con tutte le figure professionali coinvolte al fine di approfondire la situazione socio-familiare e l'estrazione sociale della paziente.

Art. 7

(Protocolli d'intesa)

1. L'attivazione del Codice Rosa si basa su interventi condivisi attuati mediante la stipula di protocolli d'intesa fra i soggetti coinvolti per l'istituzione di gruppi interforze composti dai rappresentanti delle Aziende sanitarie, dalle Procure, dalle Forze dell'ordine, dalle strutture e dai soggetti preposti alla tutela delle vittime di violenza.
2. In fase di prima attuazione, i protocolli d'intesa di cui al comma 1 sono stipulati entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge.

Art. 8

(Campagna di sensibilizzazione)

1. La Regione Abruzzo il 25 novembre di ogni anno (data in cui ricorre la Giornata internazionale per l'eliminazione della violenza contro le donne) si impegna attraverso le Aziende Sanitarie Locali a svolgere una campagna di sensibilizzazione all'interno di scuole e amministrazioni pubbliche attraverso risorse strumentali e personale già esistenti.

Art. 9

(Clausola valutativa)

1. La Giunta regionale rende conto al Consiglio sull'attuazione della presente legge e a tal fine, entro sei mesi dall'entrata in vigore della legge, presenta una relazione alla Commissione consiliare competente sullo stato di attuazione del Codice Rosa nei pronti soccorsi abruzzesi e, con cadenza biennale dall'entrata in vigore della legge, sulla base dei dati forniti dalle ASL, una relazione dalla quale emergano:
 - a. numero e caratteristiche delle prestazioni erogate da ciascuna ASL, caratteristiche dei soggetti destinatari, durata ed esito dei percorsi clinici e di assistenza psico-sociale;
 - b. quali protocolli d'intesa ex articolo 7 siano stati sottoscritti e in quale modo abbiano contribuito all'efficacia degli interventi di assistenza e di accompagnamento successivi alle dimissioni dalla struttura ospedaliera;
 - c. quali criticità siano state riscontrate nella fase di attuazione e le soluzioni approntate per farvi fronte.
2. La Commissione competente discute gli esiti della valutazione per eventuale rimodulazione dell'intervento normativo.
3. La relazione sarà resa pubblica mediante il sito web del Consiglio regionale.

Art. 10**(Norma finanziaria)**

1. All'attuazione della presente legge si provvede con le risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente senza oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale.

PARTECIPAZIONE**EMILIA ROMAGNA**

DGR 27.6.16, n. 979 - Bando 2016 per l'erogazione dei contributi regionali a sostegno dei processi di partecipazione (L.R. 3/2010, art. 6). Criteri e modalità. (BUR n. 194 del 30.6.16)

PRESENTAZIONE

Come è noto, le Regioni, fin dalla loro istituzione, hanno individuato la partecipazione quale elemento fondante per la costruzione e lo sviluppo della comunità regionale.

Tutte le leggi regionali concernenti le politiche sociali (asili nido, consultori, anziani, organizzazioni territoriali dei servizi sociali, ecc.) e sanitarie hanno previsto la partecipazione dei cittadini nella programmazione, gestione e controllo dei servizi sociali e sanitari.

La stessa legge sulle autonomie locali (legge n. 142/90) ha individuato la partecipazione quale elemento fondante nella redazione degli Statuti degli Enti locali.

A distanza di quarantacinque anni dalla istituzione delle Regioni, la constatazione che la partecipazione sia intesa quale piccola gara soggetta a valutazioni e punteggi per ottenere finanziamenti atti a promuoverla, in base a processi burocratici legati a criteri quali quelli che ricordano "giochi senza frontiere", e quindi monetizzata, invece che fondamentale diritto-dovere dei cittadini (e quindi svolgere politiche partecipative adeguate) volto ad incidere sulle scelte politico-strategiche per la organizzazione e sviluppo delle comunità locali nella direzione del ben-essere dell'individuo dinamicamente integrato nella comunità in cui vive e lavora, lascia molto perplessi.

Note**PREMESSA**

Con la legge regionale 9 febbraio 2010, n. 3 "Norme per la definizione, riordino e promozione delle procedure di consultazione e partecipazione alla elaborazione delle politiche regionali e locali", la Regione sostiene i processi di partecipazione affinché sia garantita la massima inclusione dei cittadini e delle loro organizzazioni nei percorsi decisionali di competenza dei governi locali.

Il Bando per l'erogazione di contributi regionali a sostegno dei processi di partecipazione, previsto dalla l.r. n.3/2010 costituisce uno dei principali strumenti attraverso cui la Giunta regionale svolge la propria azione di sostegno ai percorsi di democrazia partecipativa.

La Giunta e l'Assemblea legislativa, tramite le proprie strutture, collaborano costantemente per la messa a punto di interventi efficaci in favore del dialogo inclusivo tra amministrazioni pubbliche e cittadini, garantendo uno sviluppo coordinato dei processi partecipativi che consentano la maggiore partecipazione alle scelte programmatiche della Regione e degli enti locali.

Nell'ambito del Nucleo tecnico di integrazione con le autonomie locali, previsto dall'art. 7 della citata legge, si realizza la condivisione tecnica delle linee di intervento in materia di partecipazione.

Ai sensi delle norme contenute nel Titolo III della l.r. n.3/2010 la Giunta regionale deve predisporre un Bando che disciplini l'erogazione dei contributi a sostegno della partecipazione.

Ai sensi dell'art. 6 della citata legge regionale la Giunta regionale ha presentato all'Assemblea legislativa, nel corso della Sessione annuale per la partecipazione del 21 giugno 2016, la proposta di Programma delle iniziative per la partecipazione 2016.

LA DISPOSIZIONE

Viene approvato il Bando contenente i criteri e le modalità per l'erogazione dei contributi a sostegno dei processi partecipativi per l'anno 2016, come descritti nell'allegato 1 corredato della necessaria modulistica per la presentazione delle domande di contributo (allegato A del Bando) e

per le successive fasi di liquidazione dei contributi (allegato B del Bando), parte integrante e sostanziale del presente atto.

DAL 21.6.16, n. 77 - Programma di iniziative per la partecipazione della Giunta regionale 2016 contenuto nella relazione annuale 2015 sui processi partecipativi in Emilia-Romagna. (Proposta della Giunta regionale in data 16 maggio 2016, n. 684) (BUR n. 196 del 1.7.16)

Ai sensi dell'art. 6 della legge regionale 9 febbraio 2010, n. 3 "Norme per la definizione, riordino e promozione delle procedure di consultazione e partecipazione alla elaborazione delle politiche regionali e locali", la Giunta regionale deve presentare all'Assemblea legislativa nel corso della Sessione annuale per la partecipazione una Relazione sulla partecipazione nel territorio della Regione contenente la proposta di Programma delle iniziative per la partecipazione;

Il Nucleo Tecnico di integrazione con le autonomie locali, previsto dall'art. 7 della citata l.r. n.3/2010 - presieduto dal Tecnico di garanzia in materia di partecipazione- si è riunito per definire le linee di sostegno allo sviluppo coordinato dei processi di inclusione partecipativa, dovendone fare oggetto del Programma di iniziative per la partecipazione da sottoporre alla approvazione dell'Assemblea legislativa in occasione della Sessione annuale per la partecipazione.

La Relazione sulla partecipazione nel territorio regionale contiene l'analisi dei processi partecipativi in Emilia-Romagna alla data del 31 dicembre 2015, la cui fonte di dati è costituita dall'Osservatorio della partecipazione realizzato da Ervet nell'ambito del Programma annuale di attività, con il coordinamento del Servizio Innovazione e Semplificazione amministrativa della Giunta regionale;

Viene approvato il Programma di iniziative per la partecipazione della Giunta Regionale contenuto nella Relazione annuale 2015 sui processi partecipativi in Emilia-Romagna (Allegato 1) (a cui si rinvia).

PERSONE CON DISABILITÀ

BASILICATA

DGR 22.6.16, n. 699 - Legge 28 dicembre 2015, n. 208 – comma 947 - Gestione Servizi di trasporto e assistenza in favore degli alunni disabili delle scuole secondarie di secondo grado - Affidamento alle Province anni scolastici 2015/2016 - 2016/2017.

Note

Viene stabilito quale atto di indirizzo:

- che le Province concludano le attività riferite all'anno scolastico in corso secondo le procedure già in essere;
- che provvedano all'attivazione dei servizi per gli alunni disabili relativi all'anno scolastico 2016/2017 secondo le modalità adottate negli anni precedenti;
- che, per gli anni successivi, sarà definito con apposita intesa con la Regione, l'affidamento del servizio con le relative modalità di espletamento anche in funzione degli emanandi provvedimenti legislativi a livello nazionale;
- che per l'espletamento del servizio de quo saranno assegnati alle Province i fondi di cui all'art. 1 comma 947 L. 208/2015, secondo il piano di riparto che sarà stabilito con il d.p.c.m. in corso di definizione ed eventuali integrazioni con fondi regionali.

LOMBARDIA

DCR 21.6.16 - n. X/1089 - Ordine del giorno concernente l'integrazione scolastica e sociale dei bambini/ragazzi con disturbi dello spettro autistico e disabilità complessa e formazione del personale docente (BUR n. 26 del 1.7.16)

“Il Consiglio regionale della Lombardia

premessi che

il disturbo dello spettro autistico identifica un gruppo di complessi disordini del neurosviluppo, che implicano disabilità complesse e che si manifestano e sono identificabili nella prima infanzia (generalmente entro i primi tre anni di vita) sulla base di difficoltà di comunicazione e interazione (compromissione, ritardo o atipicità dello sviluppo delle competenze sociali, compromissione e atipicità del linguaggio e della comunicazione, verbale e non-verbale, presenza di comportamenti ritualistici/ripetitivi);

è necessario un intervento quanto più precoce, personalizzato e inclusivo possibile per garantire ai bambini, agli adolescenti e agli adulti con disturbi dello spettro autistico e della disabilità complessa un sostegno efficace e concreto ai loro progetti di vita;

premessi, inoltre, che

dal 2012 la Regione Lombardia, poiché la tempestività dell'intervento diagnostico, terapeutico e riabilitativo rappresenta un elemento critico nell'ambito della disabilità complessa e dei disturbi dello sviluppo, ha stabilito di dedicare particolare attenzione alla formazione degli operatori;

ogni anno Regione Lombardia mette a disposizione circa 2,5 milioni di euro per progetti dedicati all'area della disabilità complessa e disturbi dello spettro autistico;

lo scorso marzo la Giunta ha approvato la deliberazione n.4981/2016 con la quale vengono assegnati al sistema sanitario lombardo ulteriori 4 milioni di euro per la riduzione delle liste di attesa relative a prestazioni di logopedia e/o rivolte a pazienti affetti da disturbi dello spettro autistico e della disabilità complessa;

considerato che

perché si possa concretamente realizzare una presa in carico di qualità è necessario che anche in ambito scolastico ci sia un'adeguata formazione del personale docente e una maggiore sensibilizzazione dei compagni di classe dei bambini/ragazzi affetti da disabilità complesse e disturbi dello spettro autistico;

gli interventi educativi mirati, insieme all'integrazione scolastica e sociale dei bambini e dei ragazzi affetti da disturbi dello spettro autistico e disabilità complesse, è presupposto fondamentale per rendere la scuola realmente inclusiva;

l'inclusione che deve essere perseguita, è da intendere come un percorso che ha come finalità la maturazione di esperienze significative di apprendimento e di vita sociale per tutti gli alunni, con o senza disabilità;

l'inclusione delle persone con disturbo dello spettro autistico e disabilità complessa dipende dal riconoscimento delle loro necessità specifiche, che sono qualitativamente diverse da altre necessità speciali e richiedono una comprensione e approcci specifici, e dal contesto circostante;

considerato, inoltre, che

la formazione del personale docente deve essere una formazione continua, non di tipo teorico ma mirata ad aiutare ogni docente a saper cogliere e accogliere i messaggi dei bambini in generale e di quelli con ogni genere di disabilità, particolarmente quella di tipo autistico;

la formazione deve essere rivolta a tutti i docenti, non solo a quelli di sostegno, e alle altre figure che si occupano del bambino nella scuola;

la formazione deve inoltre svolgere una azione di supporto emotivo per tutti i docenti in considerazione del fatto che il quotidiano rapporto con ogni disabilità, in particolare quelle psichiche come l'autismo, solleva un dolore emotivo anche negli adulti, i quali, se non adeguatamente preparati, possono inconsapevolmente reagire o mettere in atto comportamenti di esclusione o di eccessiva sollecitazione;

la presenza degli insegnanti di sostegno è caratterizzata spesso da precarietà e costante turnover, con conseguente necessità continua di reclutamento, provvisorietà, discontinuità didattica e difficoltà nella crescita di competenze professionali. Questi aspetti sono particolarmente dannosi per tutti i bambini e ragazzi, ma sommamente per quelli autistici per i quali l'elemento della continuità del rapporto e dei ritmi di lavoro costituisce un requisito fondamentale;

all'interno dell'ambiente scuola è necessario che i compagni di bambini/ragazzi affetti da disabilità complessa e disturbi dello spettro autistico, siano sensibilizzati e messi nelle condizioni di interagire con i compagni con sufficienti informazioni scerne da preconcetti;

occorre, inoltre, sottolineare che

il mezzo più adeguato per ottenere questa sensibilizzazione e capacità di accoglienza è rappresentato dall'atteggiamento generale degli insegnanti (anche nell'ambito degli incontri con i genitori degli alunni di tutta la classe), unitamente alla possibilità di un tempo condiviso, pur nella diversità delle prestazioni;

invita la Giunta regionale

a incentivare, con tutti i mezzi a sua disposizione, percorsi di formazione per docenti curricolari, di sostegno e personale ausiliario (educatori, bidelli ecc.) e a prevedere, all'interno di ogni scuola che accoglie bambini e ragazzi con disabilità complessa o affetti da disturbo dello spettro autistico, gruppi di sostegno guidati da un esperto in psicologia infantile e problemi emotivi dello sviluppo.”.

DCR 21.6.16 - n. X/1090 - Ordine del giorno concernente i disturbi dello spettro autistico: sostegno alla ricerca e alle famiglie. (BUR n. 26 del 1.7.16)

“Il Consiglio regionale della Lombardia

premessi che

l'autismo è una sindrome comportamentale causata da un disordine dello sviluppo biologicamente determinato, con esordio nei primi tre anni di vita; le aree prevalentemente interessate sono quelle relative all'interazione sociale reciproca, all'abilità di comunicare idee e sentimenti e alla capacità di stabilire relazioni con gli altri. L'autismo, pertanto, si configura come una disabilità «permanente» che accompagna il soggetto nel suo ciclo vitale;

l'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che nel mondo una persona su 160 sia affetta da disturbi dello spettro autistico; in Italia sono circa 100mila i bambini e gli adolescenti con una diagnosi di autismo: ne soffre un bambino su 100, con una frequenza 4 volte più alta fra i maschi; simile patologia colpisce in Lombardia circa 16.000 bambini e ragazzi;

accertato come la gravità dei quadri clinici associati ai disturbi dello spettro autistico provochi un impatto sociale ed economico sulla vita delle persone e delle loro famiglie durante tutto l'arco della vita;

evidenziato che

le linee guida nazionali ed internazionali in materia raccomandano diagnosi e trattamento precoce di tali disturbi: trattamenti intensivi e tempestivi difatti riducono in maniera significativa la disabilità del bambino e rappresentano una sfida importante poiché rendono possibile una presa in carico ad un'età dove alcuni processi di sviluppo possono ancora venire modificati;

le ricerche che valutano gli effetti di un intervento precoce mostrano che i bambini beneficiari di tali interventi presentano dei progressi significativi sul piano cognitivo, emotivo e sociale;

rilevata

l'urgenza di approvare una normativa specifica in materia di disturbi dello spettro autistico, urgenza che si è tradotta nel progetto di legge n.228 bis, al cui capo II «Disturbi dello spettro autistico e della disabilità complessa» si legge come l'obiettivo della proposta di legge sia «la promozione di una cultura attenta alle persone affette da tali disturbi, nonché la realizzazione di una rete integrata di servizi sanitari, sociosanitari, sociali ed educativi e il supporto alla famiglia, risorsa attiva nel percorso di cura e assistenza. Per perseguire tali finalità, la Regione promuove e sostiene: la diffusione della cultura della diagnosi precoce; l'individuazione di centri di riferimento regionali; la presa in carico globale con approccio multiprofessionale e interdisciplinare attraverso l'integrazione tra gli interventi sanitari, sociosanitari, sociali ed educativi tra servizi pubblici, del privato e del privato sociale, che coinvolga le famiglie e le associazioni in collaborazione con le politiche dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro; la formazione dei professionisti sanitari, sociosanitari, sociali, dell'educazione e dei pediatri per la diagnosi precoce e

la valutazione multidimensionale del bisogno; progetti di inserimento lavorativo anche per favorire percorsi di vita indipendente;
 invita la Giunta regionale
 a sostenere con adeguati finanziamenti la ricerca nei vari aspetti, da quelli genetici ed eziologici a quelli diagnostici e terapeutici, nonché la partecipazione a progetti nazionali e internazionali, anche in collaborazione con le università lombarde;
 a potenziare il sostegno all'impegno familiare in presenza di soggetti con disturbi dello spettro autistico, prevedendo l'erogazione di sussidi economici e la copertura delle spese per interventi non erogati dal servizio sanitario.».

DCR 21.6.16 - n. X/1084 - Ordine del giorno concernente l'istituzione di un Osservatorio regionale sulla disabilità infantile e adolescenziale. (BUR n. 26 del 1.7.16)

«Il Consiglio regionale della Lombardia
 premesso che

l'identificazione precoce dell'autismo rappresenta una sfida importante poiché apre delle possibilità di presa a carico ad un'età dove alcuni processi di sviluppo possono ancora venire modificati. Le ricerche che valutano gli effetti di un intervento precoce mostrano che i bambini beneficiari di tali interventi presentano dei progressi significativi sul piano cognitivo, emotivo e sociale. Si riscontra, presso i bambini, un'accelerazione del ritmo di sviluppo con una crescita del quoziente d'intelligenza (QI), dei progressi nel linguaggio, un miglioramento dei comportamenti e una diminuzione dei sintomi del disturbo autistico. Questi progressi sopravvivono in 1 o 2 anni d'intervento precoce e intensivo, e la maggioranza dei bambini presi a carico (73 per cento) accede ad un linguaggio funzionale alla fine del periodo d'intervento (in generale attorno ai 5 anni). I benefici del trattamento rimangono costanti in seguito;

la diagnosi d'autismo viene effettuata ancora relativamente tardi, poiché la maggior parte dei bambini riceve una diagnosi attorno ai 4 anni. La diagnosi viene generalmente formulata dopo due anni da che i genitori hanno iniziato a preoccuparsi ed a ricercare un aiuto. Tuttavia, dei professionisti esperti potrebbero riconoscere i sintomi dell'autismo molto più precocemente, tra i 12 e i 13 mesi;

le conoscenze sulle manifestazioni precoci dell'autismo non sono dunque ancora sufficientemente generalizzate;

nella pratica, il ritardo nell'identificazione dei segni precoci dell'autismo è legato a diversi fattori. I genitori non possono percepire dei comportamenti devianti rispetto allo sviluppo normale, soprattutto, mancando loro l'esperienza, quando il bambino è il primo figlio. Succede anche che alcuni medici, poco familiarizzati con la sintomatologia precoce dell'autismo, ne banalizzino i primi segnali e si mostrino rassicuranti nei confronti dei famigliari. Infine, gli ambiti che accolgono dei bambini piccoli non sono sufficientemente sensibilizzati, aspettando così troppo prima di allarmare la famiglia affinché il bambino sia indirizzato ad uno specialista; Fonte: <http://www.fondazioneares.com/index.php?id=429>

considerato che

nel 1996 è stato attivato l'Osservatorio Autismo della Regione Lombardia i cui dati risultano non essere aggiornati da diversi anni;

a seguito di un accesso atti effettuato all'assessore al Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale risulta che Regione Lombardia non è in possesso dei dati relativo al numero dei bambini disabili iscritti agli asili nido;

da uno studio condotto dal Parlamento europeo nel 2013 «Relazione per paese sull'Italia per lo studio sulle politiche degli Stati membri concernenti i minori con disabilità» emerge che: «Le relazioni dell'associazione Inclusion Europe e del forum italiano sulla disabilità individuano tra le lacune nazionali la carenza dei dati disponibili sui minori con disabilità poiché non consentono una ripartizione delle informazioni per tipo di minorazione, e pertanto le politiche in materia di

disabilità mancano di strategie efficaci e di chiari obiettivi misurabili, in particolare per quanto riguarda la prima infanzia (0-5).La carenza di dati impedisce ai decisori politici di farsi un quadro della situazione specifica e di varare azioni adeguate nei confronti dei soggetti interessati, con il rischio di renderli ancora più vulnerabili all'esclusione e agli abusi».In conclusione, «il comitato delle Nazioni Unite per i diritti del fanciullo ha sollevato tre questioni principali in merito alla relazione presentata dall'Italia ai sensi dell'articolo 44 della convenzione: l'informazione relativa ai minori con disabilità è limitata;

la disabilità è considerata ancora da un punto di vista medico e il processo volto a garantire l'inclusione sociale dei minori con disabilità permane difficoltoso soprattutto a causa delle disparità regionali nell'assegnazione di insegnanti specializzati nelle scuole;

il comitato ha sollevato preoccupazioni circa l'apporto di un'assistenza speciale ai minori con disabilità nella prima infanzia e riguardo alla carenza di dati statistici sui bambini con disabilità nella fascia di età da 0 a 6 anni.

Secondo le parti interessate, la carenza di dati statistici sulle categorie vulnerabili di minori è tra le principali cause delle discriminazioni dirette e indirette contro minorenni a motivo della loro disabilità.Non esistono inoltre dati statistici affidabili circa il numero di minori con disabilità di età compresa tra 0 e 5 anni in Italia.L'assenza di tali statistiche è stata ufficialmente confermata per iscritto dal Ministero della Salute nel 2008»;

Fonte: [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/join/2013/474426/IPOL-LIBE_ET\(2013\)474426_IT.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/join/2013/474426/IPOL-LIBE_ET(2013)474426_IT.pdf)

impegna la Giunta regionale

ad attivare presso la Giunta un osservatorio regionale dedicato alle disabilità in età infantile, tra cui il disturbo pervasivo dello sviluppo infantile, con funzioni consultive e di supporto tecnico-scientifico, con la finalità di far evolvere e migliorare l'informazione sulle disabilità in età pediatrica e, nel contempo, di fornire un contributo al miglioramento del livello di efficacia e di adeguatezza delle politiche regionali che riguardano tale tema, prevedendo anche il coinvolgimento del mondo dell'associazionismo rappresentativo dei minori con disabilità.».

MOLISE

DGR 10.6.16, N. 270 - deliberazione di giunta regionale del 26.04.2016, n. 163 "fna 2015 – programma attuativo azioni ed interventi in favore delle persone in condizioni di disabilità grave e gravissime e disciplinare: approvazione". modifica ed integrazione

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

PREMESSO che la Giunta Regionale del Molise, nella seduta del 26 aprile 2016, ha approvato, autorizzando ex tunc la proposizione al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, il Programma Attuativo Azioni ed Interventi in favore delle persone in condizioni di disabilità grave e gravissime e le tab. nn. 1, 2 e 3 predisposti in funzione di quanto stabilito dal decreto interministeriale in materia di riparto del Fondo nazionale per le non autosufficienze anno 2015, emanato ai sensi dell'art.1, comma 1264 della legge 27 dicembre 2006, n. 296, finanziato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali per un importo pari ad euro 2.691.000,00, e il Disciplinare recante le modalità e le procedure per la sua attuazione;

PRESO ATTO che le risorse assegnate per il Programma Attuativo Azioni ed Interventi in favore delle persone in condizioni di disabilità grave e gravissime – FNA 2015, sono confluite nel Piano Sociale Regionale 2015-2018, approvato con deliberazione del Consiglio Regionale del 1° dicembre 2015, n. 313 al fine di realizzazione di un unico atto programmatico;

CONSIDERATO che, successivamente all'incontro organizzato il 7 marzo 2016 per definire e condividere le scelte programmatiche con tutte le parti a vario titolo interessate, riunione propedeutica all'assunzione da parte dell'Esecutivo regionale del provvedimento di approvazione, i Coordinatori degli Ambiti Territoriali Sociali hanno rappresentato criticità che impediscono la piena

realizzazione del Programma tanto da rendere necessaria una nuova riunione al fine di ricercare intese utili alla risoluzione delle problematiche rappresentate;

RILEVATO che gli Ambiti Territoriali Sociali, nell'incontro tenutosi il giorno 24 maggio 2016 presso gli Uffici regionali, hanno segnalato la difficoltà ad assicurare tutte le azioni previste dall'intervento di cui al punto 3 - Quadro economico - del Disciplinare, Tab. "Assegnazione risorse per tipologie di intervento", voce "Assistenza domiciliare voucher e sostegno care giver";

VISTO il verbale della riunione del 24 maggio 2016, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto, in cui sono esposte le osservazioni delle parti interessate e l'intesa raggiunta al fine di risolvere la problematica ed assicurare, senza ulteriori ritardi, la realizzazione degli interventi programmatici;

STABILITO di destinare solo il 20% delle somme assegnate ad ogni Ambito Territoriale Sociale per "l'Assistenza domiciliare voucher e sostegno care giver" del Quadro economico del Disciplinare, all'azione "Sostegno care giver", consentendo ai soli pazienti valutati in condizione di maggiore severità e, fino alla concorrenza dell'importo, la possibilità di scegliere tra i due interventi;

TUTTO CIO' PREMESSO, SI PROPONE ALLA GIUNTA REGIONALE:

1) di modificare ed integrare il Disciplinare per la realizzazione del Programma Attuativo "Azioni ed Interventi in favore delle persone in condizioni di disabilità grave e gravissime" esclusivamente nella parte riguardante le risorse indicate alla voce "Assistenza domiciliare voucher e sostegno care giver" della Tab. "Assegnazione risorse per tipologie di intervento", punto 3 - Quadro economico, destinando il 20% delle somme assegnate ad ogni Ambito Territoriale Sociale all'azione "Sostegno care giver", consentendo ai soli pazienti valutati in condizione di maggiore severità e, fino alla concorrenza dell'importo, la possibilità di scegliere tra i due interventi.

PUGLIA

REG.REG.LE 8.7.16, n. 9 - Rete assistenziale territoriale sanitaria e sociosanitaria per i Disturbi dello Spettro Autistico. Definizione del fabbisogno e dei requisiti organizzativi, tecnologici e strutturali. (BUR n. 81 del 12.7.16)

ART.1

LIVELLI ASSISTENZIALI TERRITORIALI SPECIFICI PER I DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO

1. La Rete di assistenza dedicata ai Disturbi dello Spettro Autistico (ASD), tenuto conto delle raccomandazioni sulle modalità organizzative di cui all'Accordo C.U. 22-11-2012 "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore dei Disturbi pervasivi dello sviluppo (DPS), con particolare riferimento ai Disturbi dello spettro autistico" e della legge 18 agosto 2015, n.134" Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie ", nonché delle "Linee Guida regionali per l'Autismo ", approvate con DGR n.1521 del 2 agosto 2013 "Attuazione dell'Accordo C.U. del 22 novembre 2012. Approvazione Linee Guida regionali per l'Autismo ", si articola come di seguito riportato:

- Centri Territoriali per l'Autismo delle ASL (CAT): questi si inseriscono nella organizzazione delle unità operative di NPIA, per i minori e del CSM per gli adulti;
- Moduli/Centri territoriali ambulatoriali/domiciliari dedicati terapeutico-ri/abilitativi intensivi ed estensivi, pubblici e/o privati accreditati, per gli ASD;
- Strutture educative e socio-ri/abilitative, diurne e residenziali, di mantenimento e promozione dell'inclusione sociale e lavorativa per gli ASD;
- Centri di Ricovero e cura per acuti.
- Centri di Riferimento ad Alta Specializzazione.

ART.2

NORME GENERALI DELLA RETE DI ASSISTENZA PER GLI ASD

1. La Rete di assistenza per gli ASD è multidisciplinare e opera in modo flessibile in luoghi e contesti diversi (casa, scuola, ecc.), garantendo la continuità assistenziale tra i servizi per l'Età Evolutiva ed i servizi per l'Autismo Adulto.
2. La rete assicura il coinvolgimento degli istituti scolastici nella predisposizione del programma di intervento nonché collabora alla definizione dei progetti di integrazione scolastica dell'alunno disabile.
3. La Rete assicura la prevenzione sociale ed una presa in carico coordinata, comprendente la valutazione diagnostica e funzionale, il trattamento individualizzato specifico, in collaborazione con la famiglia, i programmi di intervento terapeutico ri/abilitativo, farmacologici e non farmacologici, condotti in modo individuale o di gruppo, gli interventi educativi e socio-riabilitativi, anche al fine dell'inserimento lavorativo, eventualmente per l'intero ciclo di vita.
4. Assicura, inoltre, la ricerca, la formazione/aggiornamento, la raccolta dei dati epidemiologici, e la realizzazione di un censimento delle persone affette da ASD di concerto con i pediatri ed i medici di famiglia, con la creazione di un archivio dedicato.
5. Nell'ambito della rete le ASL, in collaborazione con il privato sociale e gli organismi di ricerca nazionali ed internazionali riconosciuti, promuovono e realizzano programmi e sperimentazione di diagnosi precoce.
Esse promuovono inoltre in collaborazione con enti pubblici e privati deputati alla formazione professionale ed alla promozione e sostegno dell'occupazione, programmi di intervento per realizzare percorsi di inclusione lavorativa per ragazzi e adulti.
6. Nell'ambito della Rete, le ASL attivano, secondo le previsioni del successivo art.8 " Determinazione del fabbisogno ", i Centri Territoriali per l'Autismo, a cui sono affidati i compiti previsti dalle Linee Guida regionali, approvate con DGR n.1521/2013.
7. Per garantire una più puntuale ed efficace realizzazione delle suddette linee guida, è istituito presso il CAT il "Consiglio dei Servizi per l'Autismo (C.S.A.)" composto dai rappresentanti di tutti gli enti impegnati nel settore (associazioni di familiari, presidi pubblici e privati di offerta di prestazioni e servizi sanitari e sociali, erogatori di programmi di intervento educativi e socio-riabilitativi, punti di ascolto, ecc.). Esso si riunisce con periodicità semestrale e verifica la rispondenza dei servizi offerti rispetto ai bisogni espressi dal territorio e formula proposte di programmi di rete che valorizzino le competenze e le potenzialità di ogni attore della Rete di Assistenza Locale per gli ASD.
8. I Centri Territoriali per l'Autismo sono costituiti da due équipes:
 - una équipe dedicata all'Età Evolutiva, composta da neuropsichiatri infantili, psicologi, terapisti della neuropsicomotricità, logopedisti, educatori professionali, infermieri, assistenti sociali;
 - una équipe dedicata all'Autismo Adulto, composta da psichiatri, neurologi, psicologi, educatori professionali, infermieri, assistenti sociali.
9. L'équipe " Età Evolutiva " opera in stretto contatto con i pediatri di libera scelta, i medici di medicina generale, i presidi ospedalieri di riferimento, nonché con tutto il sistema integrato dei servizi terapeutico-riabilitativi e socio sanitari territoriali.
10. L'équipe " Autismo Adulto " organizza i percorsi assistenziali individualizzati, in integrazione con gli altri servizi sanitari competenti, in particolare con il Dipartimento di Riabilitazione per il supporto alle patologie neurologiche e fisiatriche in comorbidità, e con i Servizi Sociali assistenziali per la realizzazione di interventi educativi e socio-riabilitativi, anche semiresidenziali e residenziali, nonché per l'inclusione socio-lavorativa.
11. I programmi di intervento, definiti con la partecipazione delle figure genitoriali, sono ad alta integrazione interistituzionale, prevedendo, in particolare, procedure concordate e protocolli operativi con il mondo della Scuola, con gli Enti locali e con gli altri Servizi sanitari competenti, in particolare con i Distretti socio- sanitari e con i Presidi ospedalieri.
12. Gli Operatori del Centro Autismo possiedono specifica formazione sugli strumenti di valutazione e sugli interventi farmacologici e non farmacologici per la cura e ri/abilitazione degli

ASD, basati sulle evidenze scientifiche nazionali e internazionali, ai fini della definizione dei piani d'intervento e di presa in carico ri/abilitativa degli utenti, e sugli interventi educativi e socio-riabilitativi di mantenimento delle abilità acquisite e di reinserimento sociale e lavorativo.

13. I programmi d'intervento terapeutico ri/abilitativi intensivi ed estensivi sono, di norma, di tipo ambulatoriale e domiciliare e sono effettuati in strutture del Sistema Sanitario Regionale pubbliche e private accreditate presenti nel territorio di competenza, secondo le modalità indicate dal successivo art.4.

14. Gli adolescenti e preadolescenti con ASD e con gravi disturbi del comportamento possono anche essere inseriti, per periodi medio-brevi, nelle strutture terapeutiche, residenziali o semiresidenziali, ex Regolamento Regionale n.14/2014.

15. I programmi d'intervento educativi e socio-riabilitativi di mantenimento possono essere assicurati dalle strutture sociosanitarie semiresidenziali, dotate dei requisiti specifici di cui ai successivi art.5 e art. 6.

16. Il Centro Autismo è attivato attraverso l'incremento della dotazione di personale assegnato al DSM ed a esso è attribuito uno specifico budget per la copertura degli oneri derivanti dagli inserimenti in strutture ri/abilitative semiresidenziali e residenziali sanitarie e dagli inserimenti nelle strutture sociosanitarie.

17. Nella Rete di assistenza per gli ASD sono previsti, con apertura programmata, Punti di Ascolto per le attività di informazione, accoglienza, orientamento e sostegno degli utenti, anche attraverso la stipula di appositi protocolli operativi con le Associazioni di familiari/genitori e utenti presenti sul territorio Aziendale, preventivamente registrate nell'elenco delle Associazioni di Volontariato della ASL.

ART.3

REQUISITI ORGANIZZATIVI, STRUTTURALI E TECNOLOGICI DEL CENTRO TERRITORIALE PER L'AUTISMO

1. Il Centro Territoriale per l'Autismo (CAT) afferisce al Dipartimento di Salute Mentale della ASL, è a gestione pubblica e rappresenta il 1° livello della Rete.

2. Il CAT deve essere ubicato in strutture sanitarie aziendali territoriali (Poliambulatori/ Presidi Territoriali Assistenziali/ Ospedali riconvertiti) e, comunque, in strutture aziendali ove siano presenti altri servizi assistenziali territoriali.

3. REQUISITI ORGANIZZATIVI

3.1 L'apertura del CAT è assicurata per almeno 38 ore settimanali e per almeno 5 giorni alla settimana, garantendo quanto più possibile l'apertura pomeridiana.

3.2 L'équipe deve essere composta dalle seguenti figure professionali:

n.2 Medici NPIA, di cui n.1 con funzioni di responsabile

n.1 Medico Psichiatra, a tempo parziale, con accesso programmato

n.2 Psicologi

n.1 Assistente sociale

n.1 Terapista della neuropsicomotricità, a tempo parziale, con accesso programmato

n.1 Logopedista, a tempo parziale, con accesso programmato

n.1 Educatore Professionale, a tempo parziale, con accesso programmato

n.2 Infermieri

3.3 L'équipe del Centro Territoriale per l'Autismo deve garantire il rispetto delle norme di cui all'art.2 del presente Regolamento, e, nello specifico, le seguenti attività:

- Accoglienza e informazione;

- Valutazione multi-professionale psicodiagnostica, con applicazione dei protocolli specifici accettati dalla comunità scientifica nazionale e internazionale;

- Attivazione di consulenze specialistiche di tipo audiologico (con eventuale esame audiometrico e/o potenziali evocati uditivi — ABR) e oculistico, nonché esami di laboratorio (indagini per intolleranze alimentari, indagini genetiche, eventuali indagini metaboliche, elettroencefalogramma in veglia e/o in sonno, eventuale RMN encefalo).

- Elaborazione/rimodulazione del Progetto abilitativo/riabilitativo individuale per i soggetti che necessitano di intervento intensivo/estensivo, modulato in funzione dei livelli di gravità, dell'età e delle potenzialità del soggetto, con verifiche almeno ogni sei mesi per i primi due anni di terapia ed almeno una volta l'anno dopo il secondo anno di terapie sull'efficacia dell'intervento, condiviso con la struttura che eroga il trattamento;
- Eventuale prescrizione di ausili (a bassa, media o alta tecnologia);
- Supporto educativo e psicologico alla coppia genitoriale;
- Supporto all'integrazione scolastica;
- Elaborazione del progetto assistenziale socio-riabilitativo individualizzato per l'Età Adulta, di mantenimento/potenziamento delle abilità acquisite e promozione dell'inclusione sociale, con la definizione, per i soggetti che hanno evoluzione positiva, di interventi di formazione e di inserimento lavorativo.
- Inserimento dei soggetti adulti con ASD grave, non trattabili ambulatorialmente e/o non controllabili in ambiente domestico, nelle strutture sociosanitarie semiresidenziali e residenziali dei successivi art 5 ed art. 6.

4. REQUISITI STRUTTURALI

4.1 Locali e spazi secondo quanto previsto dal Reg. Reg. n. 1/2005 “ Requisiti per autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie “ per gli Ambulatori di Neuropsichiatria Infantile, e specificatamente:

Locale per accoglienza utenti, segreteria ed informazioni

Locali per visite mediche

Locali per visite psicologiche

Locali per trattamenti ri/abilitativi

Locale per il Servizio Sociale Professionale

Servizi igienici distinti per utenti e personale (di cui almeno 1 per disabili)

Spazio/armadi per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni

Spazio/armadi per archivio per la conservazione dei dati sensibili

Locale infermeria con armadio farmaceutico

Nell'Ambulatorio deve essere garantita la privacy degli utenti

5. REQUISITI TECNOLOGICI

n. 2 Computer

n. 2 Linee telefoniche

Materiale psico-diagnostico: ADI-R , ADOS, CARS, PEP3, Scale Wechsler, Griffith, Leiter, scala Vineland II,

C-GAS, K-SADS, SNAP IV

Strumentazione sanitaria di base, strumentazione per attività amministrative (fotocopiatrice, ecc.)

Attrezzature e presidi farmacologici per affrontare eventuali casi di emergenza-urgenza

ART.4

MODULI/CENTRI TERAPEUTICO-RI/ABILITATIVI INTENSIVI ED ESTENSIVI

1. Il Modulo territoriale dedicato terapeutico-ri/abilitativo intensivo ed estensivo (di seguito indicato come struttura) può configurarsi come nucleo aggregato al Centro Territoriale per l'Autismo, od ai Presidi territoriali di recupero e riabilitazione funzionale dei minori portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste accreditati ex R.R. n. 12/2015, e/o come Centri ambulatoriali Privati Accreditati dedicati e gestiti da Soggetti che abbiano maturato un'esperienza in campo riabilitativo sanitario, oppure gestiti da Soggetti impegnati in assistenza socio-riabilitativa agli Autistici da almeno tre anni, fino ad un max di n.3 moduli per struttura richiedente.

2. Al fine di ottimizzare gli interventi e modularli in funzione del quadro evolutivo tipico di ciascun soggetto, l'organizzazione dei percorsi terapeutico-ri/abilitativi di tipo psicoeducativo di livello assistenziale intensivo ed estensivo è articolato in pacchetti di prestazioni ambulatoriali ed è differenziato secondo tre fasce d'età o periodi “critici”, in cui si esprimono bisogni differenziati, che richiedono peculiari connotazioni di intervento:

- Periodo da 0 a 5 anni o Periodo Pre-scolare
- Periodo dai 6 agli 11 anni o Periodo Scolare-Prepuberale
- Periodo dai 12 ai 18 anni o Periodo Puberale-Adolescenziiale

2.1. Periodo prescolare (0-5 anni): trattamento riabilitativo intensivo di tipo psicoeducativo, comportamentale/cognitivo-comportamentale, individualizzato, eventualmente associato, a secondo dei casi, da strategie di Comunicazione Aumentativa Alternativa, condotto da operatori opportunamente formati da integrare con interventi di altre istituzioni che fanno parte del: “ Sistema Curante “, con lavoro

anche nei contesti naturali, quali l’ambiente scolastico, a domicilio e il parent training individuale.

2.2. Periodo scolare-prepuberale (6-11 anni): interventi molto diversi sia a livello clinico che di complessità, a seconda della evoluzione dei singoli bambini. Quindi lavoro psicoeducativo ad impostazione comportamentale/cognitivo-comportamentale sulle autonomie e sulle abilità adattive, ma anche interventi specifici a seconda delle necessità sulle competenze neuropsicologiche, come linguaggio, funzioni esecutive, competenze emotivo-sociali e comunicative pragmatiche negli ASD ad alto funzionamento.

Nei casi più gravi in cui non c’è linguaggio, il lavoro si svolge a supporto della comunicazione, sistemi di Comunicazione Aumentativa Alternativa, con attenzione anche all’incremento delle abilità adattive e alla prevenzione dei comportamenti problema.

2.3. Periodo scolare-puberale adolescenziale (12-18 anni): prosecuzione del lavoro precedente, spostando l’attenzione sulla dimensione socio-riabilitativa, in collaborazione con i servizi sociali, con ulteriore lavoro sulle competenze adattive, in previsione del passaggio all’età adulta, con la possibile inclusione sociale e lavorativa.

3. Il parametro “età” condiziona le specificità di seguito indicate, con particolare riferimento all’impegnotemporale:

PERIODO

IMPEGNO ORARIO

SETTIMANALE

LIVELLO

ASSISTENZIALE

TIPOLOGIA DI ASSISTENZA

Periodo Pre-scolare

Livello di gravità: lieve

Fino a 12 ore settimanali distribuite in 4 accessi settimanali

Livello di gravità: medio-grave

Fino a 18 ore settimanali distribuite in 6 accessi settimanali

Intensivo

Pacchetti di prestazioni

- ambulatoriali

- domiciliari

- di gruppo

Periodo Scolare

Fino a 8 ore settimanali distribuite in 4 accessi settimanali

Estensivo

Pacchetti di prestazioni

- ambulatoriali

- domiciliari

- di gruppo (max 5 minori)

Periodo Puberale

-Adolescenziiale

Fino a 6 ore settimanali

distribuite in 3 accessi settimanali

Estensivo

Pacchetti di prestazioni

- individuali (ambulatoriali/domiciliari)
- di gruppo (max 5 minori)

4. La struttura eroga prestazioni in regime ambulatoriale e domiciliare per 6 giorni alla settimana e per almeno 100 giorni all'anno.

5. Il Progetto abilitativo/riabilitativo individuale, modulato in funzione dei livelli di gravità, dell'età e delle potenzialità del soggetto, è definito dal Centro Territoriale per l'Autismo che ha in carico il paziente con l'equipe sanitaria del Centro ambulatoriale che effettua la presa in carico ri/abilitativa e prevede, anche:

- Supporto educativo e psicologico alla coppia genitoriale (parent training);
- Supporto all'integrazione scolastica.

6. Il Progetto si completa con tutte le altre attività eseguite negli ambienti naturali dei soggetti, che sono coerenti con gli interventi eseguiti nei Centri, in modo da arrivare complessivamente ad un numero di ore settimanali in linea con le raccomandazioni scientifiche delle Linee Guida (anche fino a 10-40 ore alla settimana).

7. REQUISITI STRUTTURALI

7.1. I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate (max n. 3 Moduli di 20 pacchetti di prestazioni ambulatoriali/domiciliari).

7.2. La struttura deve essere dotata di ambienti specifici con dimensioni, arredi ed attrezzature adeguati allo svolgimento delle attività coerenti con i programmi e gli obiettivi propri della struttura.

7.3. I nuclei devono, comunque, essere provvisti dei seguenti requisiti:

- aree attrezzate per attività di gruppo;
- aree attrezzate per attività individuali;
- ambulatori per visite mediche specialistiche e per valutazioni cliniche diagnostico-prognostiche;
- ambulatori per visite psicologiche;
- servizi igienici per disabili; i servizi igienici per gli utenti devono essere distinti da quelli per il personale;
- servizi igienici e spogliatoi per gli operatori;
- spazi per l'attesa, attività amministrative, attività di segreteria ed archivio, adeguati al volume di attività della struttura. Lo spazio per l'attesa deve essere dotato di un adeguato numero di posti a sedere rispetto ai picchi di frequenza degli accessi;
- spazio/armadi per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni.

7.4. La struttura garantisce sempre la completa fruibilità degli spazi da parte di tutti i possibili utenti; è indispensabile la completa assenza di barriere architettoniche che limitino l'accesso o gli spostamenti dentro la struttura e l'utilizzo sicuro dei vari spazi e servizi.

7.5. Deve essere garantita la privacy degli utenti.

8. REQUISITI TECNOLOGICI:

8.1. La dotazione strumentale deve essere correlata quantitativamente e qualitativamente ai bisogni dell'utenza ed alle diverse tipologie di attività assicurandone uno svolgimento sicuro, efficace ed efficiente.

8.2. In funzione degli obiettivi della struttura e della tipologia dell'utenza devono, a titolo esemplificativo, essere presenti:

- presidi necessari e risorse tecnologiche atti allo svolgimento di prestazioni da parte dei medici specialisti e degli altri operatori professionali;
- Ausili a Bassa Tecnologia: tabelle di comunicazione e board makers (PECS p.es.)
- Ausili a Media Tecnologia: Voca (Vocal Output Communication Aid)
- Ausili Ad Alta Tecnologia: IPod comunicatore alfabetico/telefonico, Touch for Autism (tavolo multitouch interattivo-riabilitativo), iPad Kit Autismo (con diverse App specifiche per la C.A.A

con l'uso dei PECS), TAAC (Touch Augmentative and Alternative Communication), ZO'E (comunicatore dinamico su tablet con display touchscreen), eventuali altri Software riabilitativi, come LULA (per lo sviluppo di abilità comunicative e linguistiche), ALPACA (Alternative Literacy with PDA and Augmentative Communication for Autism), palmare multimediale per bambini autistici), IMMAGINARIO (dispositivo per la comprensione attraverso l'uso di immagini), PROLOQUO2GO (su tablet).

– attrezzature e presidi per realizzare le varie tipologie di esercizio terapeutico e ri/abilitativo negli ambienti dedicati, per attività individuali e/o di gruppo;

– attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e carrello per le emergenze.

9. REQUISITI ORGANIZZATIVI

9.1. Lo standard minimo sotto riportato per ciascun Modulo è riferito a n.20 pacchetti di prestazioni ambulatoriali/domiciliari giornaliere.

9.2. Durante lo svolgimento delle attività ambulatoriali deve essere prevista la presenza di almeno un medico indicato quale responsabile delle attività cliniche svolte nell'ambulatorio.

Tab. 1

MODULO DI ASSISTENZA AMBULATORIALE INTENSIVA

PERIODO PRESCOLARE

FIGURE PROFESSIONALI N. UNITA'

Medico specialista NPIA 0,35

Psicologo 0,25

Educatore professionale 3

Terapista occupazionale 2

Terapista della neuropsicomotricità dell'età evolutiva 2

Logopedista 2

Assistente sociale 6 ore sett.

Tab.2

NUCLEO DI ASSISTENZA AMBULATORIALE ESTENSIVA

PERIODO SCOLARE

FIGURE PROFESSIONALI N. UNITA'

Medico specialista NPIA 0,35

Psicologo 0,5

Educatore professionale 3

Terapista occupazionale 1

Terapista della neuropsicomotricità dell'età evolutiva 1

Logopedista 1

Assistente sociale 6 ore sett.

Tab.3

NUCLEO DI ASSISTENZA AMBULATORIALE ESTENSIVA

PERIODO PUBERALE -ADOLESCENZIALE

FIGURE PROFESSIONALI N. UNITA'

Medico specialista NPIA 0,30

Psicologo 0,5

Educatore professionale 4

Terapista occupazionale 0,5

Terapista della neuropsicomotricità dell'età evolutiva 0,5

Logopedista 1

34392 Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 81 del 12-7-2016

Assistente sociale 6 ore sett.

9.4. Ciascun Nucleo assicura le prestazioni del Livello Assistenziale di riferimento sulla base dei PTRI.

9.5. Le figure professionali previste devono avere competenze specifiche per l'ASD in età evolutiva.

ART.5

ART. 60 QUATER DEL REGOLAMENTO REGIONALE 18 GENNAIO 2007, N. 4

1. Dopo l'art.60 ter del Reg. Reg. n. 4/2007, è aggiunto il seguente art.60 quater:

“ART. 60 quater

CENTRO SOCIO-EDUCATIVO E RIABILITATIVO DIURNO DEDICATO ALLE PERSONE CON DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO

1.1. Il Centro deve erogare principalmente servizi destinati alla presa in carico del disturbo dello spettro autistico, organizzati sia in attività individuali che in piccoli gruppi omogenei, assicurando interventi personalizzati.

1.2. Il Centro, a seguito di una valutazione funzionale eroga interventi maggiormente strutturati per soggetti con maggiore compromissione, interventi maggiormente inclusivi per soggetti a miglior funzionamento.

1.3. Gli interventi applicati sono volti a migliorare la qualità di vita del soggetto e della sua famiglia nelle diverse aree di sviluppo.

1.4. È previsto un intervento psicoeducativo ad impostazione comportamentale/cognitivo-comportamentale volto a promuovere e mantenere l'inclusione sociale, nello specifico:

- Abilità comunicative
- Abilità di autonomia personale (igiene personale, vestirsi, lavarsi, prendersi cura del proprio corpo)
- Abilità integranti: protezione personale (riconoscimento situazioni pericolose, comportamenti sessuali)
- Attività domestiche (pulire il proprio ambiente, preparare qualche pietanza, eseguire lavori domestici come rifare il letto, annaffiare fiori, usare correttamente utensili ed attrezzature della cucina, lavare stoviglie, lavare biancheria)
- Gestione del tempo libero (giochi da solo o in compagnia, visione di film, ascolto della Musica)
- Mobilità e vita in comunità (spostamenti pedonali, uso mezzi pubblici, frequentazione di negozi e servizi territoriali quali piscina, maneggio ecc.)
- Abilità occupazionali anche finalizzate all'inserimento lavorativo

1.5. Il Centro deve prevedere, quindi, interventi di promozione della comunicazione, delle autonomie personali, domestiche e sociali. Molta attenzione deve essere dedicata all'organizzazione e strutturazione

degli spazi, ambienti interni ed esterni, ausili e materiali. La visualizzazione e la prevedibilità sono le peculiarità che caratterizzano l'ambiente educativo, con l'obiettivo di favorire nelle persone con autismo la comprensione del mondo circostante. Per tali motivi gli ambienti devono essere adeguati alle specifiche necessità degli utenti e rispondenti agli obiettivi preposti all'incremento delle competenze comunicative di ciascuno e al decremento di comportamenti problematici. Lo spazio fisico è progettato per definire e far capire al soggetto dove si svolgono le sue attività e per quanto tempo.

La verifica dei progetti socio-riabilitativi per ciascun utente avviene attraverso valutazioni periodiche annuali.

1.6. RICETTIVITA'

1.6.1. Massimo 20 utenti, suddivisi in gruppi

1.7. REQUISITI STRUTTURALI

1.7.1. I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate.

1.7.2. La struttura deve essere dotata di ambienti specifici con dimensioni, arredi ed attrezzature adeguati allo svolgimento delle attività coerenti con i programmi e gli obiettivi propri della struttura.

1.7.3. La struttura deve prevedere:

- zone ad uso collettivo, suddivisibili anche attraverso elementi mobili, per il ristoro, le attività di socializzazione e ludico-motorie con possibilità di svolgimento di attività individualizzate;
- una zona riposo distinta dagli spazi destinati alle attività;
- autonomi spazi destinati alla preparazione dei pasti (in caso di erogazione del servizio) e, comunque, alla loro somministrazione;
- spazio amministrativo;
- servizi igienici per disabili; i servizi igienici per gli utenti devono essere distinti da quelli per il personale;
- servizi igienici e spogliatoi per gli operatori;

1.7.4. Tutti i locali del Centro devono essere dotati della massima accessibilità.

1.8. REQUISITI ORGANIZZATIVI

1.8.1. Lo standard minimo sotto riportato è riferito a n. 20 utenti.

MODULO DI ASSISTENZA SEMIRESIDENZIALE SOCIO-EDUCATIVA - RIABILITATIVA
FIGURE PROFESSIONALI N. UNITA'

Medico specialista NPIA/PSICHIATRIA 4 ore sett.

Psicologo 8 ore sett.

Educatore professionale/Educatore* 4 di cui 1 con funzioni di coordinamento

Tecnico della riabilitazione psichiatrica 2

Operatore socio-sanitario 1

Assistente sociale 8 ore sett.

*vedi art. 46 Reg. Reg. n. 4/2007 e s.m.i.

1.8.2. Le figure professionali previste devono avere competenze specifiche per l'ASD “

ART.6

ART. 57 BIS DEL REGOLAMENTO REGIONALE 18 GENNAIO 2007, N. 4

1. Dopo l'art.57 del reg. reg. n. 4/2007, è aggiunto il seguente art. 57 bis

“ART. 57 bis

COMUNITÀ RESIDENZIALE SOCIO-EDUCATIVA-RIABILITATIVA DEDICATA ALLE PERSONE CON DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO

1.1. La comunità socio-educativa-riabilitativa residenziale è destinata a soggetti di età compresa dai 18 anni in su, nella fattispecie con disturbo autistico in situazioni particolari e con gravi disturbi della comunicazione e della relazione. Offre una soluzione abitativa idonea ed alternativa al nucleo familiare, duratura o temporanea, nell'ottica dell'intervento alla persona.

1.2. L'obiettivo della residenzialità nei percorsi socio-educativi- riabilitativi è quello di avviare l'utente verso il recupero e la promozione dell'autonomia personale e sociale, di acquisire e mantenere abilità cognitive e relazionali, di garantire una vita quotidiana dignitosa, evitando il rischio di ricoveri impropri ospedalieri o di istituzionalizzazioni fuori Regione.

1.3. La comunità prevede:

- un modulo di residenzialità temporanea a breve termine per le situazioni nelle quali si rilevi la necessità di una temporanea permanenza in un contesto così strutturato.
- un modulo di residenzialità a medio-lungo termine.

1.4. Le attività erogate dalla comunità sono di tipo educativo, sociale, riabilitativo, farmacologico.

1.5. L'intervento socio-educativo-riabilitativo si basa su un approccio multimodale e multidisciplinare ed è coordinato e monitorato dallo specialista NPIA/PSICHIATRIA secondo un Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI) condiviso con la famiglia e con l'équipe.

1.6. RICETTIVITA'

1.6.1. Massimo 16 utenti

1.7. REQUISITI STRUTTURALI

1.7.1 La struttura deve essere priva di barriere architettoniche e deve prevedere:

- camere da letto singole con uno spazio notte individuale di non meno di mq. 11 o doppie con uno spazio complessivamente non inferiore a mq. 16 per due posti letto;

- servizio igienico, attrezzato per la non autosufficienza, in misura di uno ogni stanza, con la quale deve essere comunicante;
- per le camere da letto doppie, la disposizione dei posti letto è in orizzontale, evitando la disposizione “a castello”;
- dotazione di condizionatore d’aria in tutti gli ambienti destinati alla fruizione da parte degli ospiti;
- sala pranzo e cucina attrezzata;
- spazio destinato alle attività giornaliere ed al tempo libero;
- linea telefonica abilitata a disposizione degli ospiti;
- un servizio igienico doppio, distinto per uomini e donne, ad uso collettivo, opportunamente attrezzato;
- un servizio igienico riservato per il personale.

1.8 REQUISITI ORGANIZZATIVI

1.8.1 Lo standard minimo sotto riportato è riferito a n. 16 utenti.

MODULO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE SOCIO-EDUCATIVA- RIABILITATIVA FIGURE PROFESSIONALI N. UNITA’

Medico specialista NP/IA/PSICHIATRIA 4 ore sett.

Psicologo 6 ore sett.

Infermiere 6 ore sett.

Educatore professionale/Educatore* 5 di cui 1 con funzioni di coordinamento

Tecnico della riabilitazione psichiatrica 2

Operatore socio-sanitario 2

*vedi art. 46 Reg. Reg. n. 4/2007 e s.m.i.

1.9 Le figure professionali previste devono avere competenze specifiche per l’ASD “.

ART.7

TAVOLO REGIONALE PER L’AUTISMO

1. Il Tavolo regionale per l’Autismo, di cui alla DGR n.1521 del 2-8-2011, offre pareri sulla programmazione delle azioni attuative del presente Regolamento, svolge attività di monitoraggio, con cadenza semestrale, sullo stato dei Servizi e azione di ascolto delle istanze dei portatori di interesse.

2. Il Tavolo, come previsto dalla DGR 1521/2011, è rinnovato ogni tre anni

ART.8

CENTRI DI RIFERIMENTO AD ALTA SPECIALIZZAZIONE

1. I Centri di Riferimento ad alta specializzazione, “ con la collaborazione dell’Università quale riferimento della formazione e ricerca, svolgono i compiti previsti dalla DGR n.1521/2011, ed in particolare:

- supportano i Centri Territoriali per l’Autismo nella valutazione diagnostica dei casi più complessi, su richiesta degli stessi CAT;
- promuovono il confronto con i CAT sui percorsi diagnostico-terapeutici e la definizione di protocolli omogenei condivisi;
- programmano con i CAT la formazione e l’aggiornamento sugli strumenti di valutazione e sugli interventi farmacologici e non farmacologici per la cura e ri/abilitazione dei DSA, nonché sugli interventi educativi e socio-riabilitativi di mantenimento delle abilità acquisite e di reinserimento sociale e lavorativo;
- Promuovono le attività epidemiologiche e di ricerca sui DSA.

2. La Giunta Regionale, atteso quanto disposto dalla DGR n.1521/2011, individua i Centri di Riferimento ad Alta Specializzazione per l’Età evolutiva e per gli Adulti.

ART.9

DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO

1. Il fabbisogno dei Servizi della Rete di assistenza per gli ASD, ai sensi dell’art. 3 ter del Digs n. 502/92 e s.m.i. e della L.R. n. 8/2004 e s.m.i., per il triennio 2016-2018, in via sperimentale, è così determinato:

- almeno n. 1 Centro Territoriale per l'Autismo nell'ambito di ciascuna ASL;
- n. 1 Modulo terapeutico-ri/abilitativo ogni 100.000 abitanti;
- n. 5 posti/utente socio-riabilitativi diurni ogni 100.000 abitanti;
- n. 4 posti/utente socio-riabilitativi residenziali ogni 100.000 abitanti.

ART.10

AUTORIZZAZIONE ED ACCREDITAMENTO

1. Per quanto attiene le procedure di autorizzazione e di accreditamento, nonché i requisiti di carattere generale, si rinvia alla normativa regionale vigente in materia, ed, in particolare, alla L. R. 8/2004 e ss. mm. ed ii. al Regolamento Regionale n.3/2005 e ss. mm. ed ii. per le strutture sanitarie (artt.3 e 4 del presente Regolamento) ed alla LR 19/2006 ed al RR 4/2007 e ss. mm. ed ii. per quanto riguarda le strutture socio- sanitarie (artt.5 e 6 del presente Regolamento).

POLITICHE SOCIALI

MOLISE

DGR 31.5.16, n. 248 - modifiche ed integrazioni al regolamento regionale 27 febbraio 2015, n. 1 "riordino del sistema regionale integrato degli interventi e servizi sociali". (BUR n. 23 del 16.6.16)

Art. 1

(Modifiche all'articolo 19 del regolamento regionale 27 febbraio 2015, n. 1)

1. Al comma 9 dell'articolo 19 del regolamento regionale 27 febbraio 2015, n. 1 (Riordino del sistema regionale integrato degli interventi e servizi sociali) le parole "con cadenza annuale" sono sostituite dalle parole "con cadenza triennale".

Art. 2

(Modifiche all'articolo 20 del regolamento regionale 27 febbraio 2015, n. 1)

1. All'articolo 20 del regolamento regionale n. 1/2015 sono apportate le seguenti modifiche:

- a) dopo il comma 2 inserire il seguente: "2-bis. Tali strutture devono, comunque, adeguarsi a quanto disposto nel presente regolamento entro e non oltre il 31 luglio 2016, pena la decadenza da quanto previsto al comma precedente.";
- b) il comma 3 è sostituito dal seguente: "3. Il Comune è tenuto a verificare che le strutture di cui al comma 2 bis abbiano ottemperato all'obbligo di adeguamento al presente regolamento, entro il termine stabilito, rilasciando una nuova autorizzazione al funzionamento entro e non oltre il 31 dicembre 2016, secondo quanto disposto dall'articolo 19, che va trasmessa, entro quindici giorni, al Servizio regionale competente.";
- c) al comma 5 le parole "di cui al comma 4" sono sostituite dalle parole "di cui al comma 3".

Art. 3

(Modifiche all'articolo 29 del regolamento regionale 27 febbraio 2015, n. 1)

1. All'articolo 29 del regolamento regionale n. 1/2015 sono apportate le seguenti modifiche:

- a) il comma 1 è sostituito dal presente: "1. Le "residenze protette" autorizzate e/o accreditate ai sensi della precedente normativa regionale socio-assistenziale (le c.d. RP) e operanti in regime privato senza convenzionamento con il Sistema Sanitario Regionale, devono optare per l'iscrizione al registro regionale delle strutture autorizzate e/o accreditate, scegliendo la tipologia di struttura tra quelle elencate al presente regolamento e adottando la nuova dicitura (con relativo codice identificativo), adeguando i propri standard strutturali ed organizzativi entro e non oltre il 31 luglio 2016.";
- b) il comma 3 è sostituito dal presente: "3. Il Comune è tenuto a verificare che le suddette strutture abbiano ottemperato all'obbligo di adeguamento al presente regolamento, entro il termine stabilito, rilasciando una nuova autorizzazione al funzionamento entro e non oltre il 31 dicembre 2016, secondo quanto disposto dall'articolo 19, che va trasmessa, entro quindici giorni, al Servizio regionale competente.".

Art. 4

(Modifiche all'articolo 30 del regolamento regionale 27 febbraio 2015, n. 1)

1. All'articolo 30 del regolamento regionale n. 1/2015 al paragrafo "Caratteristiche strutturali" le parole " - n. 2 servizi igienici, di cui uno ad uso del personale e dotato, possibilmente di antibagno, ed uno per gli adolescenti, ambienti dotati di doccia o vasca, W.C., bidet, lavandino e di arredamento necessario per la funzionalità dello spazio" sono sostituite dalle parole " - n. 1 servizio igienico ogni 5 minori, dotato di doccia o vasca, W.C., bidet, lavandino e di arredamento necessario per la funzionalità dello spazio; - n. 1 servizio igienico ad uso del personale e dotato, possibilmente, di antibagno;».

Art. 5

(Modifiche all'articolo 31 del regolamento regionale 27 febbraio 2015, n. 1)

1. Al paragrafo "Caratteristiche strutturali" dell'articolo 31 del regolamento regionale n. 1/2015 sono apportate le seguenti modifiche:

a) le parole " - n. 2 servizi igienici, di cui uno ad uso del personale e dotato, possibilmente di antibagno, e uno per i minori, ambienti dotati di doccia o vasca, W.C. bidet, - lavandino e di arredamento necessario per la funzionalità dello spazio; - zona soggiorno, per le attività di gruppo, non inferiore a 18 mq o, in alternativa, - due stanze tra loro attigue non inferiori, complessivamente, a 24 mq; - locale adibito a sala da pranzo non inferiore a 18 mq; - locale adibito a studio non inferiore a 15 mq; - n. 1 stanza da letto per l'operatore, non inferiore a 9 mq." sono sostituite dalle parole " - n. 2 servizi igienici per i minori dotati di doccia o vasca, W.C. bidet, lavandino e di arredamento necessario per la funzionalità dello spazio; - n. 1 servizio igienico ad uso del personale e dotato, possibilmente, di antibagno; - zona soggiorno, per le attività di gruppo, non inferiore a 18 mq o, in alternativa, due stanze tra loro attigue non inferiori, complessivamente, a 24 mq; - locale adibito a sala da pranzo non inferiore a 14 mq; - locale adibito a studio non inferiore a 15 mq; - n. 1 stanza da letto per l'operatore, non inferiore a 9 mq.»;

b) le parole "Le camere da letto per i minori ospitati devono essere di non oltre 3 posti letto (esclusi i letti a castello), con una superficie minima di: - mq 9 per un posto letto; - mq 14 per due posti letto; - mq 19 per tre posti letto." sono sostituite dalle parole "Le camere da letto per i minori ospitati devono essere di non oltre 3 posti letto (esclusi i letti a castello), con una superficie minima di: - mq 9 per un posto letto; - mq 16 per due posti letto; - mq 24 per tre posti letto.".

Art. 6

(Modifiche all'articolo 33 del regolamento regionale 27 febbraio 2015, n. 1)

1. All'articolo 33 del regolamento regionale n. 1/2015 al paragrafo "Caratteristiche strutturali" le parole " - locale adibito a cucina e a dispensa, non inferiore a 15 mq; - n° 2 servizi igienici, di cui uno ad uso del personale e uno per i minori, dotati di - doccia o vasca, W.C. bidet, lavandino e di arredamento necessario per la - funzionalità dello spazio; - zona soggiorno per le attività di gruppo, per come in precedenza descritte, non - inferiore a 24 mq o, in alternativa, due stanze tra loro attigue non inferiori, - complessivamente, a 28 mq; - locale adibito a sala da pranzo non inferiore a 18 mq; - locale adibito a studio non inferiore a 15 mq; - n. 1 locale adibito a sala televisiva o mediateca, non inferiore a 12mq." sono sostituite dalle parole " - locale adibito a cucina e a dispensa, non inferiore a 15 mq, solo se l'orario di attività del centro supera le sei ore giornaliere consecutive; - n° 1 servizio igienico per ogni 10 minori, dotati di W.C., bidet, lavandino e di arredamento necessario per la funzionalità dello spazio, di cui almeno uno dotato anche di doccia o vasca; - n. 1 servizio igienico dedicato al personale; - zona soggiorno per le attività di gruppo, per come in precedenza descritte, non inferiore a 24 mq o, in alternativa, due stanze tra loro attigue non inferiori, complessivamente, a 28 mq; - locale adibito a sala da pranzo non inferiore a 18 mq, solo se l'orario di attività del centro supera le sei ore giornaliere consecutive; - locale adibito a studio o a sala televisiva o a mediateca non inferiore a 15 mq.".

Art. 7

(Modifiche all'articolo 35 del regolamento regionale 27 febbraio 2015, n. 1)

1. Il comma 9 dell'articolo 35 del regolamento regionale n. 1/2015 è sostituito dal seguente:

“9. Per l'accesso al ruolo di educatore nei servizi educativi alla prima infanzia è necessario aver conseguito i soli diplomi di laurea di cui al comma 7, oppure essere in possesso di uno dei titoli indicati dalle lettere a), b), c), d), e), f), g), h) ed i) del comma 7, purché conseguiti entro e non oltre il 31 luglio 2016.”.

Art. 8

(Modifiche all'articolo 42 del regolamento regionale 27 febbraio 2015, n. 1)

1. Al paragrafo “Caratteristiche strutturali” dell'articolo 42 del regolamento regionale n. 1/2015 sono apportate le seguenti modifiche:

a) le parole “1 bagno ogni 5 utenti con i servizi di dimensioni appropriate, per consentire tutti i movimenti possibili anche ad ospiti in carrozzina. Il bagno, inoltre, deve essere fornito di doccia senza alcun dislivello tra la pedana e il pavimento.” sono sostituite con le parole “1 bagno ogni 5 utenti con i servizi di dimensioni appropriate, per consentire tutti i movimenti possibili anche ad ospiti in carrozzina. Almeno un bagno, inoltre, deve essere fornito di doccia senza alcun dislivello tra la pedana e il pavimento.”;

b) le parole “1 spogliatoio con superficie non inferiore a 8 mq” sono soppresse.

Art. 9

(Modifiche all'articolo 50 del regolamento regionale 27 febbraio 2015, n. 1)

1. Al paragrafo “Organizzazione interna e Personale” dell'articolo 50 del regolamento regionale n. 1/2015 sono apportate le seguenti modifiche:

a) le parole “- un Assistente geriatrico o Operatore Sociosanitario (O.S.S.) ogni 10 ospiti nei turni diurni, 1 ogni 20 ospiti nel turno notturno;” sono sostituite dalle parole “- un Assistente geriatrico o Operatore Sociosanitario (O.S.S.) ogni 10 ospiti, garantendo la presenza di almeno un operatore nel turno notturno;”;

b) le parole “- un Assistente di base, OSA, ogni 10 ospiti, che deve garantire il servizio di base tra le ore 7,00 e le ore 20,00;” sono sostituite dalle parole “- un Assistente di base, OSA, ogni 20 ospiti;”;

c) le parole “Dovranno essere erogate le seguenti prestazioni: - somministrazione pasti; - assistenza agli ospiti nell'espletamento delle normali attività e funzioni quotidiane; - attività aggregativa e ricreativo culturali; - eventuali prestazioni sanitarie in relazione alle specifiche esigenze dell'utenza ospitata, assimilabili alle forme di assistenza rese a domicilio.” sono sostituite dalle parole “Dovranno essere erogate le seguenti prestazioni: - servizio cucina; - somministrazione pasti; - assistenza agli ospiti nell'espletamento delle normali attività e funzioni quotidiane; - attività aggregative e ricreativo-culturali; - eventuali prestazioni sanitarie in relazione alle specifiche esigenze dell'utenza ospitata, assimilabili alle forme di assistenza rese a domicilio; - servizio di pulizia, cura e tenuta degli ambienti e degli annessi; - servizio di lavanderia e stireria: è necessaria la presenza di almeno un addetto; - servizio di animazione socio-educativa. I servizi di cucina, lavanderia, stireria, pulizia e animazione socio-educativa possono essere assicurati mediante convenzione con ditte esterne. In tal caso il personale dedicato all'erogazione di detti servizi è conteggiato ai fini del calcolo della prevista dotazione organica.”.

Art. 10

(Modifiche all'articolo 51 del regolamento regionale 27 febbraio 2015, n. 1)

1. Al paragrafo “Organizzazione interna e Personale” dell'articolo 51 del regolamento regionale n. 1/2015 sono apportate le seguenti modifiche:

a) dopo le parole “servizio di lavanderia e stireria: è necessaria la presenza di almeno un addetto;” sono aggiunte le parole “- servizio di animazione socio-educativa.”;

b) il periodo “I servizi di cucina, di lavanderia, di pulizia e stireria possono essere assicurati mediante convenzione con ditte esterne. In tal caso il personale dedicato non è conteggiato.” è sostituito dal seguente: “I servizi di cucina, lavanderia, stireria, pulizia e animazione socio-educativa possono essere assicurati mediante convenzione con ditte esterne. In tal caso il personale dedicato all'erogazione di detti servizi è conteggiato ai fini del calcolo della prevista dotazione organica.”;

c) le parole “ - un Assistente geriatrico o Operatore Sociosanitario (O.S.S.) ogni 10 ospiti nei turni diurni, 1 ogni 20 ospiti nel turno notturno; - un Assistente di base, OSA, ogni 10 ospiti, che deve garantire il servizio di base tra le ore 7,00 e le ore 20,00;” sono sostituite dalle parole “ - un Assistente geriatrico o Operatore Sociosanitario (O.S.S.) ogni 10 ospiti; - un Assistente di base, OSA, ogni 20 ospiti; - nel turno notturno 1 operatore (O.S.S. o O.S.A.) ogni 20 ospiti fino a massimo 2 operatori: dal terzo in poi è possibile sostituire la presenza dell’operatore con la reperibilità, intendendola come l’obbligo contrattuale, per l’operatore, di fornire un recapito telefonico sempre attivo e di raggiungere la struttura entro 20 minuti dalla ricezione della chiamata;”.

Art. 11

(Modifiche all’articolo 72 del regolamento regionale 27 febbraio 2015, n. 1)

1. Al paragrafo “Organizzazione interna e Personale” dell’articolo 72 del regolamento regionale n. 1/2015 il periodo “Può avere una durata massima di 6 mesi nell’arco di un anno.” è sostituito dal seguente: “Deve avere una durata minima di 6 mesi e massima di 24 mesi.”

PIEMONTE

DGR 13.6.16, n. 17-3470 - Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza Casa di Riposo "Ospedale Santa Croce", con sede in San Salvatore Monferrato (AL). Proroga Commissario straordinario. (BUR n. 27 del 7.7.16)

Note

L’Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza Casa di Riposo “Ospedale Santa Croce” (nel seguito: I.P.A.B.), con sede in San Salvatore Monferrato (AL), riconosciuta a norma della Legge n. 6972/1890 ed eretta in Ente Morale, ha per scopo, a norma dell’art. 2 dello Statuto, *“di contribuire alla cura, tutela e valorizzazione delle persone anziane autosufficienti e non, tramite interventi personalizzati, con adeguato livello assistenziale, nel pieno rispetto della dignità, dell’autonomia e della riservatezza personale (...)”*.

L’art. 8 dello statuto vigente disciplina la composizione del Consiglio di Amministrazione di tale I.P.A.B., disponendo che lo stesso è composto da cinque membri designati dal Comune, fra i quali è nominato il Presidente.

Il Comune di San Salvatore Monferrato, a cui compete, ai sensi della succitata previsione statutaria, la nomina dell’organo amministrativo, con nota prot. n. 1519 del 25/02/2012, esprimeva l’orientamento a procedere, stante la complessa situazione finanziaria dell’I.P.A.B., alla nomina di un organo commissariale dotato di poteri di messa in liquidazione dell’Istituzione.

Il Consiglio di Amministrazione in carica, infatti, aveva rassegnato le proprie dimissioni (note del 01 e 25 febbraio 2012), adducendo quale motivazione il fatto che, nel corso del precedente mandato amministrativo, erano state effettuate scelte di natura strategica tali da compromettere la situazione patrimoniale dell’I.P.A.B. Sul punto, vista anche la revisione contabile-amministrativa, prodotta da un ente specializzato, aveva ritenuto opportuno informare, mediante trasmissioni di atti, la Procura della Corte dei Conti e la Procura della Repubblica.

La Provincia di Alessandria, nell’esercizio delle funzioni allora delegate agli enti provinciali dalla L.R. n. 1/2004, con nota n. 33266 del 21/03/2012, condivideva le motivazioni del Comune, richiedeva la nomina di un organo commissariale e, contestualmente, segnalava, tre nominativi di soggetti idonei a ricoprire tale incarico.

La Regione, con D.G.R. n. 23 - 3695 del 16/04/2012, dava avvio alla gestione commissariale di tale I.P.A.B.; gestione che, data la grave situazione di dissesto dell’Istituzione medesima e la complessità delle valutazioni e azioni da adottare, risulta tuttora in essere.

Viene prorogato l’incarico di Commissario straordinario dell’I.P.A.B. Casa di Riposo “Ospedale Santa Croce”, con sede in San Salvatore Monferrato (AL), all’Avv. Nicola Caminiti, per la durata di sei mesi con decorrenza dal 24/05/2016 (periodo 24/05/2016 - 23/11/2016) con il mandato di:

- a) provvedere alla ordinaria e straordinaria amministrazione dell'I.P.A.B., anche mediante l'adozione di tutti gli atti necessari a garantire un adeguato livello di prestazioni a favore della popolazione anziana ospite presso la struttura;
- b) promuovere tutte le procedure necessarie, sotto il profilo economico-finanziario, per garantire la prosecuzione dell'attività istituzionale, anche mediante la concessione del servizio a soggetti esterni in possesso dei requisiti finanziari idonei, compatibilmente con l'onere di assicurare l'intangibilità, nel tempo, delle posizioni creditorie maturate;
- c) proseguire nelle attività intraprese di verifica delle risultanze attive - in termini di effettiva esigibilità - e passive dell'I.P.A.B., utili a formulare una valutazione definitiva circa l'esistenza delle condizioni necessarie per la prosecuzione dell'attività istituzionale dell'I.P.A.B. medesima o, al contrario, circa la necessità di estinguere l'istituzione per l'acclarata inadeguatezza dei mezzi necessari al raggiungimento dei relativi scopi istituzionali;
- d) nel caso di negativa evoluzione delle attività intraprese e di conseguente verifica, nel corso del presente mandato, dell'inadeguatezza dei mezzi dell'I.P.A.B. a svolgere la propria attività istituzionale, avviare, il processo di liquidazione ed estinzione della stessa, provvedendo, al contempo, all'adozione delle misure necessarie alla collocazione degli ospiti, previo accordo con le rispettive famiglie, presso altre strutture del territorio.

Viene ritenuta congrua, ai sensi della D.G.R. n. 26-4605 del 24/09/2012 e data la tipologia dell'Istituzione nonché l'impegno richiesto, l'erogazione al Commissario straordinario di una indennità di Euro 1.000,00 mensili.

SARDEGNA

DPGR 6.6.16, n. 32 - Estinzione I.P.A.B. - "Fondazione San Giovanni Battista" di Ploaghe - Art. 44 della L.R. 23 dicembre 2005 n. 23 e artt. 17 e 18 del Decreto del Presidente della Regione 22 luglio 2008 n. 3. (BUR n. 30 del 23.6.16)

ART. 1 L'Istituzione pubblica di assistenza e beneficenza "Fondazione San Giovanni Battista" di Ploaghe è estinta.

ART. 2 Le funzioni, i beni mobili ed immobili, i rapporti giuridici attivi e passivi dell'Ipab "Fondazione San Giovanni Battista" di Ploaghe, come risultano descritti nella documentazione prodotta dal commissario straordinario allegata al presente decreto (allegati n. 1, n. 2, n. 3 e n. 4), per farne parte integrante e sostanziale, ad eccezione di quanto contenuto nell'atto di scorporo dell'attività sociale, sono assegnati all'Azienda Sanitaria Locale di Sassari.

ART. 3 Le attività e le funzioni sociali, il patrimonio mobiliare e immobiliare inerente le attività e le funzioni sociali, il personale di ruolo o con rapporto di impiego a tempo indeterminato al 31 dicembre 2007, i rapporti giuridici attivi e passivi contenuti nell'atto di scorporo dell'attività sociale, redatto dal Commissario straordinario e allegato al presente decreto (allegato n. 6), per farne parte integrante e sostanziale, sono assegnati al comune di Ploaghe.

ART. 4 Di dare mandato al Commissario della ASL di Sassari, ai sensi della legge regionale n. 23/2005 e del Regolamento d'attuazione, affinché, senza ulteriori oneri per il sistema sanitario regionale e con procedure e modalità rispettose della natura giuridica degli enti interessati, il personale di ruolo, o comunque con rapporto di impiego a tempo indeterminato al 31 dicembre 2007, individuato nella documentazione prodotta dal Commissario straordinario e allegata al presente decreto, per farne parte integrante e sostanziale (allegato n. 5), sia riassorbito dall'Azienda Sanitaria Locale di Sassari.

ART. 5 I beni di cui agli articoli precedenti mantengono la medesima destinazione dell'Ipab estinta ed il Comune e l'Azienda sanitaria locale sono tenuti ad operare nel rispetto delle previsioni di cui agli articoli 14 e 15 del Decreto del Presidente della Regione 22 luglio 2008, n. 3.

ART. 6 Che il Commissario della ASL di Sassari presenti, entro 30 giorni dall'adozione del presente decreto, alla Direzione generale competente in materia di sanità un piano di incorporazione che contenga i seguenti elementi essenziali: la rimodulazione dell'offerta assistenziale sulla base di

apposite valutazioni di committenza, l'analisi della sostenibilità economica e definizione delle misure necessarie a garantirla, le modalità di assorbimento e di inquadramento del personale interessato, ai sensi della vigente normativa in materia. Il piano di incorporazione sarà approvato dalla Giunta regionale. In ogni caso, la fase di riorganizzazione dell'assistenza dovrà concludersi entro 120 giorni dall'adozione del presente decreto.

ART. 7 Che il Commissario straordinario della ASL di Sassari, fino al termine della fase di riorganizzazione, adotti tutti gli atti necessari a garantire l'assistenza senza soluzione di continuità. Il presente decreto è pubblicato, per estratto, sul Bollettino Ufficiale della Regione e sul sito internet istituzionale.

Gli allegati sono visionabili sul sito internet istituzionale: www.regione.sardegna.it

POVERTÀ INCLUSIONE SOCIALE

BASILICATA

DGR 22.6.16, n. 685 - DGR n. 120 del 10.2.2016 recante Linee Guida attuative della Legge Regionale 11 agosto 2015, n. 26 "Contrasto al disagio sociale, mediante l'utilizzo di eccedenze alimentari e non" - Artt. 7 e 11 delle Linee Guida: Costituzione Cabina di Regia.

Note

La Legge Regionale n. 26 dell'11 Agosto 2015 avente ad oggetto "Contrasto al disagio sociale mediante l'utilizzo di eccedenze alimentari e non", al fine di tutelare le fasce più deboli della popolazione e sostenere la riduzione degli sprechi, detta una disciplina di riconoscimento, valorizzazione e promozione dell'attività di solidarietà e beneficenza, di recupero e di distribuzione delle eccedenze alimentari e non alimentari a favore delle persone in stato di povertà o grave disagio social.;

Il fulcro operativo dell'intero sistema regionale deve consistere nella implementazione e gestione ottimale del Sistema Informativo Eccedenze (S.I.E.), nella puntuale gestione operativa di ogni singolo Centro Logistico Eccedenze (C.L.E.) e nello sviluppo/ realizzazione del Piano di Premialità ed Inclusioni Sociale Eccedenze (P.I.E.) a favore dei soggetti beneficiari.

Con la DGR n. 120 del 10.2.2016 sono state emanate apposite linee guida per la costruzione di un sistema regionale di recupero delle eccedenze alimentari e non, coordinato e di tipo orizzontale tra operatori, fondato sulla correlazione e sulla condivisione del maggior numero di informazioni in riferimento ai soggetti beneficiari e donatori.

L'art. 7 delle Linee Guida allegate alla citata DGR n. 120/2016 espressamente prevede: "Al fine di raggiungere gli obiettivi della promozione, della messa a sistema, del consolidamento e del coordinamento di tutte le iniziative legate alla raccolta e alla redistribuzione delle eccedenze alimentari

e non, rivenienti dalle attività poste in essere, viene istituita una Cabina di regia regionale, attestata presso il Dipartimento Politiche della Persona, composta da:

- a) l'assessore del Dipartimento Politiche della Persona o un suo delegato;
- b) un rappresentante designato dall'ANCI;
- c) un rappresentante del CSV (Centro Servizio Volontariato);
- d) un rappresentante della Conferenza Episcopale Italiana per la Regione Basilicata;
- e) un minimo di uno ed un massimo di tre rappresentanti, nella persona dei relativi presidenti, degli enti associativi di cui al precedente articolo 5 o loro delegati;
- f) un esperto di sicurezza alimentare designato dall'Assessore del Dipartimento Politiche della Persona.

La Cabina di regia così composta è nominata con provvedimento di Giunta regionale e dura in carica 3 anni".

Le competenze spettanti alla Cabina di regia sono individuate nelle suddette Linee Guida dall'art. 11, che espressamente prevede: "La Cabina di regia svolge le funzioni di attuazione della Legge Regionale 11 agosto 2015, n. 26, individuate per mezzo delle disponibilità finanziarie, materiali ed immateriali

in dotazione a vario titolo e secondo le necessità individuate dalla medesima Cabina di regia. La Cabina di regia dovrà, tra l'altro, svolgere le funzioni di:

- censimento, gestione e aggiornamento periodico dei dati relativi alla situazione economica e familiare dei soggetti che hanno accesso alle misure previste dalla Legge Regionale e dalle presenti Linee guida attuative;
- costituzione di una banca dati aggiornata che garantisca la privacy delle informazioni rese dai soggetti che accedono ai benefici previsti dalla Legge Regionale e dalle presenti Linee guida attuative. La banca dati sarà l'unico strumento valido ai fini dell'accesso ai benefici previsti dalla Legge Regionale e dalle presenti Linee guida attuative;
- implementazione, manutenzione e gestione del Sistema Informativo regionale Eccedenze;
- gestione ordinaria delle risorse economiche umane e materiali destinate al programma di intervento globale e alle singole iniziative nell'ambito delle finalità previste dalla legge Regionale e dalle presenti Linee guida attuative;
- costituzione di reti locali tra aziende del settore agroalimentare e non ed i soggetti del terzo settore che favoriscano la cessione di generi alimentari e non, ancora commerciabili;
- diffusione di una corretta cultura della nutrizione e della cura della persona, anche in collaborazione con altre associazioni e reti nazionali ed europee;
- implementazione e diffusione di azioni volte a garantire la trasparenza dell'attività attuativa;
- predisposizione di progetti di formazione professionale e di informatizzazione a sostegno delle attività di recupero e di redistribuzione delle eccedenze alimentari e non;
- elaborazione e diffusione di rendiconti in riferimento all'attività esercitata ed ai risultati attuativi raggiunti;
- coordinamento e collaborazione con le differenti associazioni di categoria e sindacali ai fini di una più proficua attuazione della Legge Regionale 11 agosto 2015, n. 26".

Vengono nominati, ai sensi dell'art. 7 delle Linee Guida allegata alla citata DGR n. 120 del 10/2/2016, i componenti della Cabina di Regia rappresentanti delle associazioni di cui all'art. 5 delle citate Linee Guida ossia delle associazioni di qualsivoglia natura che svolgano, nel territorio di Basilicata, azioni di raccolta e distribuzione di eccedenze alimentari e non alimentari o che abbiano effettuato campagne di sensibilizzazione in tal senso o che promuovano finalità statutarie direttamente riconducibili a quelle di cui alla Legge Regionale 11 agosto 2015, n. 26, nelle persone dei presidenti delle medesime associazioni

o loro delegati e specificatamente:

- a) Romagnano Francesco, in rappresentanza dell'associazione "Io Potentino" - Potenza;
- b) Iacovone Pietro, in rappresentanza dell'associazione "Volontariato Materano" - Matera;
- c) Benevento Rosa Maria, in rappresentanza dell'associazione "Centro di solidarietà S. Carlo Borromeo" - Matera;

Dott.ssa Laura Mongiello, quale esperto di sicurezza alimentare;

Viene confermato, ai sensi del più volte citato art. 7 delle Linee Guida, quale componente della Cabina di Regia l'assessore del Dipartimento Politiche della Persona o un suo delegato.

La partecipazione alle attività della suddetta Cabina di Regia non comporta la corresponsione di alcun corrispettivo economico a qualunque titolo.

LAZIO

Determinazione 22 giugno 2016, n. G07099 - POR FSE 2014/2020 - Approvazione dell'Avviso pubblico "Candidatura per i servizi del Contratto di ricollocazione per le donne con figli minori". Impegno di spesa complessivo di 2.500.000,00 destinati all'attuazione del Contratto di

Ricollocazione a valere sui capitoli A41143, A41144 e A41145 per l'esercizio finanziario 2016. (BUR n. 53 del 5.7.16)

Note

PREMESSA

La Regione Lazio, al fine di creare nuove opportunità di lavoro conseguendo risultati occupazionali in linea con gli obiettivi definiti nel quadro del POR FSE 2014-2020 volti a promuovere l'occupazione, l'innovazione, l'istruzione, la riduzione della povertà, la sostenibilità ambientale, ha individuato nel "Contratto di Ricollocazione" un valido strumento innovativo di politica attiva in grado di agevolare l'uscita dallo stato di disoccupazione nel più breve tempo possibile.

Lo strumento del "Contratto di Ricollocazione (CdR)" è stato sperimentato per l'annualità 2015 dalla Direzione Regionale Lavoro, in qualità di Organismo Intermedio (OI) per il POR FSE 2014-2020, attraverso gli Avvisi "Candidatura per i servizi del Contratto di ricollocazione" e "Adesione dei disoccupati al Contratto di ricollocazione".

L'attuazione dell'intervento si inserisce all'interno del POR Lazio FSE 2014/2020 a valere sull'Asse: I – Occupazione, priorità d'investimento: 8i – Accesso all'occupazione per le persone in cerca di lavoro e inattive, compresi i disoccupati di lunga durata e le persone che si trovano ai margini del mercato del lavoro, anche attraverso iniziative locali per l'occupazione e il sostegno alla mobilità professionale e obiettivo specifico: 8.5 - Favorire l'inserimento lavorativo e l'occupazione dei disoccupati di lunga durata e dei soggetti con maggiore difficoltà di inserimento lavorativo, nonché il sostegno delle persone a rischio di disoccupazione di lunga durata.

L'Avviso, di cui all'allegato A al presente atto che ne costituisce parte integrante e sostanziale con i suoi relativi allegati, in oggetto prevede la raccolta di candidature e la conseguente costituzione di un elenco di Soggetti Accreditati per i servizi al lavoro finalizzata all'erogazione di servizi intensivi per la ricerca del lavoro in favore delle donne disoccupate o in cerca di occupazione, con figli minori a carico da attuarsi per tramite del CdR.

LA DISPOSIZIONE

Viene approvato l'Avviso pubblico di cui all'allegato A e i relativi allegati che formano parte integrante e sostanziale del presente atto;

Viene impegnato a favore di creditori diversi l'importo di € 2.500.000,00

Allegato A

Premessa

Al fine di creare nuove opportunità di lavoro conseguendo risultati occupazionali in linea con gli obiettivi definiti nel quadro del POR Lazio FSE 2014-2020 volti a promuovere l'occupazione, l'innovazione, l'istruzione, la riduzione della povertà, la sostenibilità ambientale, la Regione Lazio, ha individuato nel "Contratto di Ricollocazione" lo strumento innovativo di politica attiva in grado di agevolare l'uscita dallo stato di disoccupazione nel più breve tempo possibile.

La scelta strategica della Regione Lazio è stata inoltre quella di adottare un approccio integrato pubblico-privato che garantisca un ruolo importante, attivo ed efficiente ai Centri per l'Impiego (CPI) e sfrutti il patrimonio di esperienza e conoscenze dei soggetti privati per la ricollocazione dei disoccupati.

Lo strumento è stato sperimentato per l'annualità 2015 con l'Avviso "Candidatura per i servizi del Contratto di ricollocazione" (con impegno di spesa di € 6.000.000,00) e con l'Avviso "Adesione dei disoccupati al Contratto di ricollocazione" (con impegno di spesa di € 4.700.000,00).

Per l'annualità 2016 la Regione vuole continuare l'esperienza prefiggendosi, altresì l'obiettivo del miglioramento dell'occupazione femminile e della riduzione della correlata disparità in termini di presenza attiva nel mercato del lavoro regionale intercettando, quali destinatarie del Contratto di Ricollocazione, le donne con figli minori.

L'analisi dei dati statistici confermano che le donne con figli minori risultano essere i soggetti più in difficoltà nel percorso di reinserimento nel mondo del lavoro: nel Lazio, il bacino dei disoccupati è costituito da circa 116.300 unità, di cui 62.700 nella fascia 30/39 anni e 53.600 in quella 40/49 anni. Le donne sono più numerose degli uomini, circa 62.000 (53,3%) contro 54.300 (46,7%). Inoltre, per le donne la durata della disoccupazione risulta essere maggiore, nella fascia compresa tra 12 a 24

mesi e > di 24 mesi, mentre la percentuale degli uomini risulta essere maggiore nella fascia < di 6 mesi e nella fascia compresa tra 6 mesi e 12 mesi.

Fra coloro che risultano disoccupati, solo il 13,35% (15.530) ha sottoscritto o rinnovato negli ultimi 12 mesi la DID di cui 7.351 maschi e 8.179 donne; il restante 86,65% (100.835), ha rinunciato ad attivarsi tramite un CPI per aderire ad un percorso di reinserimento nel mondo del lavoro.

I dati confermerebbero quanto già rilevato da fonti statistiche dalle quali si evince che le donne risultano impegnate, più degli uomini, prevalentemente in attività di cura e di welfare familiare per sopperire alle esigenze cui il sistema delle politiche di conciliazione non riesce a dare risposte.

La platea2, cui si rivolgerà il Contratto di ricollocazione per il quale il presente Avviso richiede la candidatura dei Soggetti accreditati ai servizi per il lavoro, è costituita da circa 12.000 donne in cerca di occupazione con figli minori a carico: di queste, circa 5.000 sono le donne con DID attiva da meno di 12 mesi e non percettrici di sostegno al reddito e 7.000 quelle senza DID attiva e non percettrici di sostegno al reddito. Inoltre, i dati registrano ulteriori 2.100 donne con DID attiva da meno di 12 mesi e percettrici di sostegno al reddito (sussidio di disoccupazione e indennità di mobilità), con almeno un figlio minore.

1 Fonte: elaborazioni Staff SAS di Italia Lavoro su microdati Istat RCFL.

2 Fonte: elaborazioni su microdati Forze Lavoro – ISTAT. La Regione, al fine di poter individuare gli individui con figli minori, ha ritenuto necessario utilizzare come unità statistica la “famiglia” e non gli individui. Pertanto, i dati riportati nelle tavole fanno riferimento al numero di famiglie con almeno un componente donna in possesso di determinate caratteristiche e con almeno un figlio con età al di sotto dei 18 anni. Tuttavia, proprio in ragione della logica di selezione adottata, il numero di famiglie costituisce un attendibile proxy degli individui.

La Regione Lazio affronta le criticità connesse alla scarsa occupazione femminile combinando politiche di re-inserimento lavorativo con misure di promozione dell’innovazione organizzativa rivolte alle imprese. Dette misure sono riferite alla flessibilità degli orari e allo sviluppo di piani di welfare aziendale. Con successivo Avviso verranno indicate le misure di conciliazione finanziate dalla Regione per il supporto delle imprese che vogliono adottare soluzioni orarie e organizzative (welfare aziendale) in grado di migliorare la produttività, ridurre le inefficienze elevando la qualità del lavoro e della vita di tutti i lavoratori e le lavoratrici. In tale Avviso sarà anche disciplinato il **bonus occupazionale** per le imprese stesse.

1. Normativa di riferimento

Il presente Avviso viene adottato con riferimento al seguente quadro normativo:

- Regolamento (UE) n. 1303/2013 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 17 dicembre 2013 recante disposizioni comuni sul Fondo europeo di sviluppo regionale, sul Fondo sociale europeo, sul Fondo di coesione, sul Fondo europeo agricolo per lo sviluppo rurale e sul Fondo europeo per gli affari marittimi e la pesca e disposizioni generali sul Fondo europeo di sviluppo regionale, sul Fondo sociale europeo, sul Fondo di coesione e sul Fondo europeo per gli affari marittimi e la pesca;
- Regolamento (UE) n. 1304/2013 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 17 dicembre 2013 relativo al Fondo sociale europeo e che abroga il regolamento (CE) n. 1081/2006 del Consiglio;
- Regolamento n. 1011/2014 della Commissione Europea, del 22 settembre 2014, recante modalità di esecuzione del regolamento (UE) n. 1303/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda i modelli per la presentazione di determinate informazioni alla Commissione e le norme dettagliate concernenti gli scambi di informazioni tra beneficiari e autorità di gestione, autorità di certificazione, autorità di audit e organismi intermedi;
- Regolamento Delegato (UE) n. 480/2014 della Commissione del 3 marzo 2014 che integra il regolamento (UE) n. 1303/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio recante disposizioni comuni sul Fondo europeo di sviluppo regionale, sul Fondo sociale europeo, sul Fondo di coesione,

sul Fondo europeo agricolo per lo sviluppo rurale e sul Fondo europeo per gli affari marittimi e la pesca e disposizioni generali sul Fondo europeo di sviluppo regionale, sul Fondo sociale europeo, sul Fondo di coesione e sul Fondo europeo per gli affari marittimi e la pesca;

- Accordo di partenariato di cui all'articolo 14 del regolamento (UE) n. 1303/2013 del 22 aprile 2014 che individua il Programma Operativo Nazionale per l'attuazione della "Iniziativa Europea per l'Occupazione dei Giovani" (di seguito PON-YEI) tre i Programmi Operativi Nazionali finanziati dal FSE;

- Decisione del Consiglio europeo, 8 febbraio 2013, con la quale si è deciso di creare un'iniziativa a favore dell'occupazione giovanile per un ammontare di 6.000 milioni di euro per il periodo 2014 - 2020 al fine di sostenere le misure espresse nel pacchetto sull'occupazione giovanile del 5 dicembre 2012 e, in particolare, per sostenere la garanzia per i giovani;

- Raccomandazione del Consiglio del 22 aprile 2013 pubblicata sulla GUE Serie C 120/2013 del 26 aprile 2013 delinea lo schema di opportunità per i giovani, promosso dalla Comunicazione della Commissione COM (2013) 144, istituendo una "garanzia" per i giovani che invita gli Stati Membri a garantire ai giovani con meno di 25 anni un'offerta qualitativamente valida di lavoro, di proseguimento degli studi, di apprendistato o di tirocinio o altra misura di formazione entro quattro mesi dall'inizio della disoccupazione o dall'uscita dal sistema di istruzione formale;

- Decisione n° C (2014) 9799 del 12 dicembre 2014 con cui la Commissione Europea, a seguito del negoziato effettuato con la Regione Lazio e le Autorità nazionali, ha approvato il Programma Operativo Regione Lazio Fondo Sociale Europeo 2014-2020 nell'ambito dell'Obiettivo "Investimenti a favore della crescita e dell'occupazione", contrassegnato con il n°CCI2014IT05SFOP005;

- Programma Operativo del Fondo sociale europeo 2014/2020 - Investimenti in favore della crescita e dell'occupazione – della Regione Lazio approvato con Decisione C(2014)9799 del 12 dicembre 2014.

- Guida alle opzioni semplificate in materia di costi – Fondi Strutturali e di Investimento Europei (Fondi SIE) – Commissione Europea EGISIF_14-0017;

- Decisione C (2014) 4969 del 11 luglio 2014 di approvazione del PON Iniziativa Occupazione Giovani a titolarità del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali;

- Statuto della Regione Lazio

- Legge 16 aprile 1987, n. 183 "Coordinamento delle politiche riguardanti l'appartenenza dell'Italia alle Comunità europee e all'adeguamento dell'ordinamento interno agli atti normativi comunitari" in particolare l'articolo 5 che istituisce il Fondo di Rotazione per l'attuazione delle politiche comunitarie;

- Legge regionale 15 febbraio 1992, n. 23 e s.m.i., Ordinamento della formazione professionale;

- Legge 19 luglio 1993, n. 236 "Interventi urgenti a sostegno dell'occupazione" e s.m.i., in materia di "Interventi urgenti a sostegno dell'occupazione" e in particolare l'articolo 9;

- Legge regionale 25 luglio 1996 n. 29 Disposizioni regionali per il sostegno all'occupazione e s.m.i.;

- Legge 24 giugno 1997, n. 196 "Norme in materia di promozione dell'occupazione" e s.m.i.;

- Legge regionale 7 luglio 1998 n. 38 Organizzazione delle funzioni regionali e locali in materia di politiche attive del lavoro" e s.m.i.;

- Legge 28 giugno 2012, n. 92, concernente "Disposizioni in materia di riforma del mercato del lavoro in una prospettiva di crescita" e s.m.i.;

- Legge 10 dicembre 2014, n. 183 "Deleghe al Governo in materia di riforma degli ammortizzatori sociali, dei servizi per il lavoro e delle politiche attive, nonché in materia di riordino della disciplina dei rapporti di lavoro e dell'attività ispettiva e di tutela e conciliazione delle esigenze di cura, di vita e di lavoro" e s.m.i.;

- Legge regionale 6 agosto 1999 n. 14, Organizzazione delle funzioni a livello regionale e locale per la realizzazione del decentramento amministrativo e s.m.i.;

- Legge regionale 31 dicembre 2015, n. 17 "Legge di stabilità regionale 2016";

- Legge regionale 31 dicembre 2015, n. 18 “Bilancio di previsione finanziario della regione Lazio 2016-2018”;
- Decreto legislativo 10 settembre 2003, n. 276 “Attuazione delle deleghe in materia di occupazione e mercato del lavoro, di cui alla legge 14 febbraio 2003, n. 30” e s.m.i.;
- Decreto legge 28 giugno 2013, n. 76, approvato con legge di conversione 9 agosto 2013, n. 99, “Primi interventi urgenti per la promozione dell'occupazione, in particolare giovanile, della coesione sociale, nonché in materia di Imposta sul valore aggiunto (IVA) e altre misure finanziarie urgenti”;
- Decreto legge 20 marzo 2014, n. 34, approvato con legge di conversione 16 maggio 2014, n. 78, “Disposizioni urgenti per favorire il rilancio dell'occupazione e per la semplificazione degli adempimenti a carico delle imprese”;
- Decreto legislativo 4 marzo 2015, n. 22 “Disposizioni per il riordino della normativa in materia di ammortizzatori sociali in caso di disoccupazione involontaria e di ricollocazione dei lavoratori disoccupati, in attuazione della legge 10 dicembre 2014, n. 183” e in particolare l'articolo 17;
- Decreto legislativo 14 settembre 2015, n. 150 “Disposizioni per il riordino della normativa in materia di servizi per il lavoro e di politiche attive, ai sensi dell'articolo 1, comma 3, della legge 10 dicembre 2014, n. 183”;
- Decreto legislativo 14 settembre 2015, n. 151 “Disposizioni di razionalizzazione e semplificazione delle procedure e degli adempimenti a carico di cittadini e imprese e altre disposizioni in materia di rapporto di lavoro e pari opportunità, in attuazione della legge 10 dicembre 2014, n. 183”;
- Accordo tra Governo e le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: “Linee guida in materia di tirocini” del 24 gennaio 2013;
- Intesa in Sede di Conferenza Permanente Stato Regioni del 22 gennaio 2014 sullo schema di decreto interministeriale concernente la 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 qualifiche professionali di cui all'art. 8 del Decreto Legislativo del 13 gennaio 2013, n. 13;
- Piano di attuazione italiano della Garanzia per i Giovani, inviato alla Commissione Europea il 23 dicembre 2013 e recepito dalla Commissione stessa, DG Occupazione, Affari sociali e Inclusione, con nota n. ARES EMPL/E3/ MB/gc (2014);
- Direttiva del Presidente della Regione Lazio n. R00004 del 7 agosto 2013 avente ad oggetto l'istituzione della Cabina di Regia per l'attuazione delle politiche regionali ed europee (Coordinamento e Gestione dei Fondi Strutturali e delle altre risorse finanziarie ordinarie e/o aggiuntive);
- Deliberazione del Consiglio Regionale del 10 aprile 2014, n. 2 “Linee di indirizzo per un uso efficiente delle risorse finanziarie destinate allo sviluppo 2014-2020”;
- Deliberazione della Giunta regionale n. 479 del 17 luglio 2014 con cui la Giunta Regionale ha adottato le proposte di Programmi Operativi Regionali: FESR, FSE e PSR FEASR 2014-2020
- Deliberazione della Giunta regionale 17 febbraio 2015, n. 55 “Preso d'atto del Programma Operativo della Regione Lazio FSE n°CCI2014IT05SFOP005- Programmazione 2014-2020 nell'ambito dell'obiettivo "Investimenti a favore della crescita e dell'occupazione””;
- Deliberazione della Giunta regionale 2 febbraio 2016, n. 29, “Applicazione delle disposizioni di cui all'articolo 10, comma 2, e dell'articolo 39, comma 4, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 e successive modifiche, e ulteriori disposizioni per la gestione del bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2016-2018”;
- Deliberazione della Giunta regionale del 23 febbraio 2016, n. 55, “Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2016-2018. Assegnazione dei capitoli di spesa alle strutture regionali competenti, ai sensi dell'articolo 1, comma 6, lettera c), della legge regionale 31 dicembre 2015, n. 18”;
- Deliberazione della Giunta regionale 11 settembre 2012, n. 452 “Istituzione del "Repertorio regionale delle competenze e dei profili formativi" - Approvazione Linee di indirizzo e Procedura di

aggiornamento - Approvazione di n. 108 profili formativi caratterizzanti settori economici del territorio regionale e inserimento nel Repertorio. Revoca della deliberazione di Giunta regionale 22 marzo 2006, n. 128” e s.m.i.;

- Deliberazione della Giunta regionale 18 luglio 2013, n. 199 “Attuazione dell’Accordo adottato dalla Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 24 gennaio 2013, in applicazione dell’art. 1, comma 34, Legge 28 giugno 2012, n. 92 in ordine alla regolamentazione dei tirocini. Revoca della DGR n. 151 del 13 marzo 2009”;

- Deliberazione della Giunta regionale 15 aprile 2014, n. 198 “Disciplina per l’accreditamento e la definizione dei servizi per il lavoro, generali e specialistici, della Regione Lazio anche in previsione del piano regionale per l’attuazione della Garanzia per i Giovani. Modifica dell’allegato A della Deliberazione della Giunta Regionale, 9 gennaio 2014, n. 4. E in particolare l’art. 11” e s.m.i.;

- Deliberazione della Giunta regionale 30 settembre 2014, n. 632 “Disciplina del contratto di ricollocazione”;

- Deliberazione della Giunta regionale 6 maggio 2015, n. 202 ”Modifica della Deliberazione della Giunta Regionale, 23 aprile 2014, n. 223 “Programma Nazionale per l’attuazione della Iniziativa Europea per l’Occupazione dei Giovani - Approvazione del Piano di Attuazione regionale” e s.m.i.;

- Determinazione dirigenziale n. B06163 del 17 settembre 2012 “Direttiva Regionale per lo svolgimento, la rendicontazione e il controllo delle attività cofinanziate con il Fondo Sociale Europeo e altri Fondi”;

- Determinazione direttoriale 8 agosto 2014, n. G11651 “Modifica della Determinazione direttoriale 17 aprile 2014, n. G05903 “Modalità operative della procedura di accreditamento dei soggetti pubblici e privati per i servizi per il lavoro. Deliberazione della Giunta Regionale 15 aprile 2014, n. 198 “Disciplina per l’accreditamento e la definizione dei servizi per il lavoro, generali e specialistici, della Regione Lazio anche in previsione del piano regionale per l’attuazione della Garanzia per i Giovani. Modifica dell’allegato A della deliberazione della Giunta Regionale, 9 gennaio 2014, n. 4” e dei relativi allegati””;

- Determinazione Dirigenziale 11 giugno 2015, n. G07196, con la quale è stato approvato lo schema di Convenzione per l’affidamento di attività agli Organismi Intermedi (OO.II.) nell’ambito del Programma Operativo Regionale FSE 2014-2020 della Regione Lazio "Investimenti a favore della crescita e dell’occupazione", approvato con decisione della Commissione C(2014) 9799 del 12 dicembre 2014;

- Determinazione Dirigenziale 15 giugno 2015, n. G07317, con la quale è stata individuata la Direzione regionale Lavoro quale Organismo Intermedio del Programma Operativo Regionale FSE 2014-2020 della Regione Lazio;

- Convenzione sottoscritta il 15 giugno 2015 tra la Direzione Regionale Formazione, Ricerca e Innovazione, Scuola e Università, Diritto allo Studio, in qualità di Autorità di Gestione del POR FSE Lazio 2014-2020, e la Direzione regionale Lavoro, in qualità di Organismo Intermedio;

- Determinazione Dirigenziale 23 giugno 2015, n. G07749, “Approvazione “Nota Tecnica Metodologica” per l’adozione di UCS (Unità di Costo Standard) nel quadro delle opzioni di semplificazione per la rendicontazione dei costi al Fondo Sociale Europeo di cui all’art. 67 del Regolamento (UE) n.1303/2013 e art. 14 Regolamento (UE) n.1304/2013. Interventi finanziati nell’ambito del POR FSE 2014-2020 della Direzione regionale lavoro, Organismo Intermedio del POR Lazio FSE 2014-2020- Asse I Occupazione (Priorità di Investimento 8i - Obiettivo specifico 8.5), relativi all’attuazione dell’Azione denominata “Contratto di Ricollocazione””;

- Determinazione Dirigenziale 15 febbraio 2016, n. G01147 “Approvazione “Nota Tecnica Metodologica” per l’adozione di Unità di Costo Standard (UCS) nel quadro delle opzioni di semplificazione per la rendicontazione dei costi al Fondo Sociale Europeo (FSE). Interventi finanziati nell’ambito del POR FSE 2014-2020 della Direzione regionale lavoro relativi all’attuazione dell’Azione Cardine denominata “Contratto di Ricollocazione” - percorsi di formazione professionali finalizzati all’occupazione”;

- La Circolare, nota n. 34 del 23 dicembre 2015, del Ministero del Lavoro e della Politiche Sociali “Disposizioni per il riordino della normativa in materia di servizi per il lavoro e di politiche attive, ai sensi dell’articolo 1, comma 3, della legge 10 dicembre 2014, n. 183” – prime indicazioni”;
- la nota prot. n. 117455 del 3 marzo 2016 del Segretario generale della Giunta regionale con la quale sono state fornite indicazioni in riferimento alla gestione del bilancio regionale 2016-2018, conformemente a quanto disposto dalla deliberazione della Giunta regionale 2 febbraio 2016, n. 29;
- la nota prot. n. 719330 del 24 dicembre 2015 con la quale la Direzione regionale Lavoro in qualità di OI ha trasmesso la “Nota tecnica metodologica per l’adozione di UCS (Unità di Costo Standard) nel quadro delle opzioni di semplificazione per la rendicontazione dei costi al Fondo Sociale Europeo di cui all’art. 67 del Regolamento (UE) n.1303/2013 e art. 14 Regolamento (UE) n.1304/2013” da applicare ai percorsi di formazione previsti dal “Contratto di ricollocazione”;
- la nota prot. n. 55825 del 2 febbraio 2016 con la quale l’ADG del POR FSE 2014/2020 da’ parere favorevole all’Adozione di UCS (Unità di Costo Standard) nel quadro delle opzioni di semplificazione per la rendicontazione dei costi al Fondo Sociale Europeo di cui all’art. 67 del Regolamento (UE) n.1303/2013 e art. 14 Regolamento (UE) n.1304/2013” da applicare ai percorsi di formazione previsti dal “Contratto di ricollocazione” e dagli Avvisi pubblici “Candidatura per i servizi del Contratto di ricollocazione” e “Adesione dei disoccupati al Contratto di ricollocazione”;

2. Oggetto e finalità dell’Avviso

Nell’ambito della programmazione 2016 del FSE, la Regione Lazio intende rivolgersi alle donne disoccupate o in cerca di occupazione ai sensi dell’art. 19, Dlgs 150/2015 con almeno un figlio minore di età inferiore a 6 anni.

Il presente Avviso intende raccogliere le candidature di soggetti accreditati per i servizi al lavoro finalizzata all’erogazione di servizi intensivi per la ricerca del lavoro da attuarsi per tramite del Contratto di Ricollocazione (di seguito CdR). Delle candidature pervenute verrà redatto un apposito elenco.

L’attuazione dell’intervento è effettuata a valere sul POR Lazio FSE 2014/2020 - Asse: I – Occupazione; Priorità d’investimento: 8i - Accesso all’occupazione per le persone in cerca di lavoro e inattive, compresi i disoccupati di lunga durata e le persone che si trovano ai margini del mercato del lavoro, anche attraverso iniziative locali per l’occupazione e il sostegno alla mobilità professionale e Obiettivo specifico: 8.5 - Favorire l’inserimento lavorativo e l’occupazione dei disoccupati di lunga durata e dei soggetti con maggiore difficoltà di inserimento lavorativo, nonché il sostegno delle persone a rischio di disoccupazione di lunga durata.

Il presente avviso attua l’Azione Cardine 24 “Sperimentazione del Contratto di ricollocazione”.

3. Soggetti beneficiari

L’Avviso pubblico è rivolto ai Soggetti Accreditati ai servizi facoltativi specialistici di cui alle aree funzionali V, VI e VIII della DGR n. 198/2014 e s.m.i..

I beneficiari devono presentare la propria candidatura secondo le modalità definite all’articolo 6.

Per il presente Avviso i Soggetti accreditati potranno utilizzare anche “sportelli temporanei territoriali” secondo le modalità stabilite dalla disciplina regionale.

4. Destinatarie

Sono destinatarie dei servizi di supporto legati al CdR le donne in possesso dei seguenti requisiti:

- donne disoccupate o in cerca di occupazione ai sensi dell’art. 19, Dlgs 150/20153;
- con almeno un figlio di età inferiore a 6 anni;
- residenti nel Lazio.

Possono partecipare anche donne, che abbiano i requisiti precedentemente descritti, con cittadinanza non comunitaria in possesso di regolare permesso di soggiorno.

Le destinatarie potranno presentare la propria candidatura a partire dal 1 settembre 2016 fino al 15 dicembre 2016 secondo le modalità che verranno definite con successivo atto della Direzione regionale Lavoro.

3 Ai sensi della normativa vigente, di cui al D.Lgs 150/2015, sono considerati disoccupati i lavoratori privi di impiego che rilasciano la dichiarazione di immediata disponibilità (DID) allo

svolgimento di attività lavorativa e alla partecipazione alle misure di politica attiva del lavoro concordate con il centro per l'impiego. Lo stato di disoccupazione è sospeso in caso di rapporto di lavoro subordinato di durata fino a sei mesi.

5. Risorse finanziarie

Le risorse disponibili sono pari a € 2.500.000,00 (duemilionicinquecentomila/00).

Attraverso le risorse stanziate è prevista l'attivazione di politiche attive per 500 destinatarie sulla base dell'ordine di arrivo delle candidature e fermo restando il rispetto dei requisiti di accesso. La Direzione regionale Lavoro si riserva la possibilità di destinare ulteriori risorse finanziarie.

6. Modalità di partecipazione all'avviso

L'Avviso consente ai soggetti accreditati, di cui all'articolo 3, di presentare la propria candidatura.

La presentazione delle candidature sul sito <http://simon.jobslazio.it> potrà avvenire a decorrere dalla data di pubblicazione del presente Avviso ed entro e non oltre le ore 12 del 20° giorno lavorativo successivo.

Le Candidature sono individuali; non è pertanto ammessa la costituzione di ATI/ATS.

È fatto divieto di delega totale o parziale delle attività previste dal CdR.

I Soggetti accreditati presentano la propria candidatura attraverso il portale Si.Mon.Lavoro coerentemente con l'accreditamento richiesto.

Per le modalità operative di utilizzo del sistema informativo e i dettagli della procedura di candidatura, è consultabile nel "Manuale Operativo" che è pubblicato sul sito <http://simon.jobslazio.it>.

La candidatura avviene presentando altresì la seguente documentazione:

- **dichiarazione del numero di destinatarie che il Soggetto accreditato** intende

complessivamente prendere in carico attraverso la stipula del CdR. Tale numero può essere aumentato dalla Regione Lazio, su richiesta del Soggetto accreditato, solo in caso di risultato positivo inteso come ricollocazione della destinataria. In ogni caso, i soggetti accreditati non potranno indicare un numero di destinatarie superiore a 100 unità (Allegato 3);

- **atto di impegno unilaterale** firmato digitalmente per accettazione (Allegato 1);

- **fotocopia leggibile del documento di riconoscimento** in corso di validità del legale rappresentante del Soggetto accreditato o suo delegato (In quest'ultimo caso va allegato l'atto di delega debitamente firmato).

Non saranno ammesse le richieste di candidatura presentate con modalità diverse da quelle indicate.

Potranno presentare la propria candidatura anche i Soggetti che hanno in corso la procedura di accreditamento ai servizi specialistici di cui all'articolo 3, purché all'avvio della misura (1 settembre) abbiano ottenuto l'accreditamento per tali servizi con atto formale del Direttore regionale competente in materia di lavoro.

7. Ammissibilità

La Direzione regionale Lavoro, con proprio atto, adotterà il catalogo delle candidature che verrà pubblicato sul sito istituzionale www.regionelazio.it/rl_lavoro/.

8. Descrizione dell'Azione regionale

La Direzione regionale Lavoro, al fine di dare maggiore efficacia ai percorsi proposti per incidere sulla condizione occupazionale delle donne in possesso dei requisiti descritti all'articolo 4, ha previsto l'Azione "Contratto di Ricollocazione". Questa misura mette al centro la persona che deve essere ricollocata e per la quale devono essere costruiti percorsi personalizzati di politica attiva che facilitino l'incontro tra domanda e offerta di lavoro. A tal fine, sono state definite delle attività che permettono di prevedere uno specifico percorso a seconda delle capacità della persona e del fabbisogno delle imprese.

Di seguito sono riportati gli elementi caratterizzanti dell'Azione:

Obiettivi dell'Azione

La misura ha l'obiettivo di costruire un percorso personalizzato di accompagnamento al lavoro e di favorire il reinserimento nel mondo del lavoro per le disoccupate o in cerca di occupazione ai sensi dell'art. 19, Dlgs 150/2015 con almeno un figlio minore.

L'obiettivo occupazionale si realizza attraverso l'attivazione di un rapporto di lavoro subordinato o di lavoro autonomo.

CPI Le donne aventi i requisiti di cui all'art. 4 presenteranno la loro domanda di partecipazione dal 1 settembre 2016 al 15 dicembre 2016 secondo le modalità indicate in un successivo Avviso. Le domande

pervenute saranno verificate dalla Regione Lazio e successivamente all'esito positivo i CPI avranno 30 giorni di tempo per convocare le destinatarie ammesse.

I CPI dovranno rilasciare la DID, qualora non precedentemente attivata, alle destinatarie, prenderle in carico ed informarle sulle opportunità che questa misura di politica attiva offre.

Successivamente all'accoglienza e alle informazioni sulla misura i CPI predispongono un Patto di servizio finalizzato ad identificare i percorsi scolastico-formativi e lavorativi effettuati dalla destinataria nonché alla stipula del Contratto di Ricollocazione.

La durata di questo percorso deve svolgersi in un arco temporale di un massimo di 10 giorni lavorativi dalla convocazione.

Soggetti attuatori/beneficiari

I Soggetti accreditati ai servizi facoltativi specialistici di cui alle aree funzionali V, VI e VIII della DGR n. 198/2014 e s.m.i. a seguito della stipula del CdR dovranno:

- Avviare un **servizio di orientamento specialistico** di cui all'art. 9 del presente avviso. Al termine dell'Orientamento specialistico l'OMLS, individuati i fabbisogni della singola destinataria definisce il percorso di politica attiva e rileva eventuali fabbisogni specifici per l'inserimento o il reinserimento nel mercato del lavoro. I Soggetti accreditati devono costruire il percorso in base alle competenze e alle capacità della destinataria presa in carico motivando l'opzione scelta. Tali attività dovranno avere una durata pari a 24 ore.
- Al termine delle 24 ore, si avvia la fase di accompagnamento intensivo della durata compresa fra 36 e 76 ore per il percorso accompagnamento al lavoro autonomo e fra 36 e 93 ore per il percorso di accompagnamento al lavoro subordinato, in funzione della maggiore o minore distanza dal mercato del lavoro della destinataria dell'intervento.

Destinatari della misura

Sono destinatarie dei servizi di supporto legati al CdR le donne:

- prive di impiego;
- con almeno un figlio minore con un'età di 6 anni;
- residenti nel Lazio (si veda articolo 4).

Possono essere destinatarie della misura anche donne, che abbiano i requisiti precedentemente descritti, con cittadinanza non comunitaria in possesso di regolare permesso di soggiorno.

La destinataria sceglie liberamente il Soggetto accreditato per la stipula del CdR.

Contenuti e caratteristiche dell'azione

Alla stipula del CdR (sottoscritto dal CPI, dal beneficiario e dalla destinataria), il Soggetto accreditato prende in carico la destinataria e la avvia ad una azione di orientamento specialistico al fine di comprendere qual è il percorso più idoneo per l'inserimento o il reinserimento nel mondo del lavoro.

Il Soggetto accreditato, nel caso di scelta da parte della donna del percorso di accompagnamento al lavoro subordinato, individua le possibilità offerte dal mercato del lavoro e l'accompagna alla ricollocazione tenendo conto delle sue competenze. All'interno di questo percorso possono essere previsti il tirocinio e/o la formazione.

Al termine del percorso si considera risultato occupazionale la stipula del contratto di lavoro a tempo indeterminato o determinato ai sensi della normativa vigente in materia. Questa attività di accompagnamento intensivo dovrà avere una durata compresa tra 36 e 93 ore.

Nel caso, invece, di scelta da parte della destinataria del percorso di accompagnamento al lavoro autonomo, è prevista una formazione imprenditoriale per l'avvio di un'attività autonoma e l'assistenza alla creazione d'impresa. Al termine del percorso si considera risultato occupazionale la costituzione dell'impresa (o l'apertura di una partita iva

in caso di attività autonoma senza costituzione di impresa) e il successivo avvio dell'attività. Questa attività di accompagnamento intensivo dovrà avere una durata compresa tra 36 e 76 ore.

Durata

Il CdR ha una durata di 6 mesi decorrenti dalla sua sottoscrizione, salvo il conseguimento anticipato del risultato, o il verificarsi di periodi di sospensione come di seguito disciplinati.

La scelta del Soggetto accreditato, erogatore dei servizi così come sopra indicati, è effettuata dalla destinataria nell'ambito del Catalogo dell'offerta regionale determinato a seguito del presente Avviso.

Una volta effettuata tale scelta, verrà sottoscritto il CdR (cfr. Allegato 3) con il CPI ed il Soggetto accreditato prescelto. Il CdR sottoscritto e il documento contenente gli esiti dell'azione di orientamento specialistico dovranno essere caricati dal Soggetto accreditato sul sistema informativo regionale.

Il Soggetto accreditato è tenuto ad erogare il servizio richiesto a tutte le destinatarie che ne facciano domanda, senza porre in atto prassi o comportamenti di tipo discriminatorio.

Per gli operatori dei Soggetti accreditati, da questi indicati, è previsto un percorso formativo di 3 giornate finalizzato a fornire un servizio di promozione di misure di innovazione organizzativa alle imprese al fine di far recuperare efficienza/produzione e facilitare le persone che lavorano (donne in particolare) a trovare soluzioni orarie e organizzative adeguate alle proprie esigenze e qualità della vita⁴. Tale percorso è gratuito e obbligatorio ai fini del presente Avviso. I Soggetti accreditati, anche ai fini di favorire l'inserimento lavorativo delle destinatarie, attraverso gli operatori formati potranno predisporre uno specifico progetto per ricomprendere misure di innovazione organizzativa per l'impresa che ne faccia richiesta.

9. Modalità di svolgimento delle attività

L'attività svolta dal soggetto accreditato dovrà avere come obiettivo l'occupazione della destinataria e si attua tramite due percorsi:

- a. accompagnamento al lavoro subordinato;
- b. accompagnamento al lavoro autonomo.

Propedeutico ad entrambi i percorsi è un **servizio di orientamento specialistico** da svolgersi con modalità di erogazione individuale per una durata pari a 24 ore ed articolato come segue:

- Accoglienza/presa in carico della destinataria;
- Redazione del Bilancio di competenze;
- Determinazione della distanza dal mercato del lavoro;
- Definizione dell'obiettivo (scelta del percorso lavoro subordinato o lavoro autonomo; quale settore, quale mansione, ecc.);
- Scelta del percorso individuato;
- Definizione della strategia da attuare per raggiungere l'obiettivo.

Per il solo percorso di accompagnamento al lavoro subordinato, alla conclusione del servizio di "orientamento specialistico" e comunque entro i 6 mesi dalla stipula del CdR, i soggetti beneficiari possono proporre alla destinataria anche i seguenti percorsi integrativi:

1. Tirocinio. Nel caso di attivazione del tirocinio l'impresa pagherà l'indennità prevista dalla DGR 199/2013 (minimo € 400 al mese).

2. Formazione. Possono essere realizzati percorsi di formazione così articolati:

- di breve durata fino a 50 ore per l'adeguamento delle competenze da svolgersi al massimo entro 2 mesi;
- di durata compresa fra 51 e 100 ore per l'aggiornamento delle competenze da svolgersi al massimo entro 2 mesi;
- di durata compresa fra 101 ore e 300 ore per percorsi formativi finalizzati alla qualificazione/riqualificazione delle competenze in un arco temporale di 4 mesi. Questi percorsi possono prevedere un'esperienza in impresa per una durata massima del 30% delle ore totali.

⁴ La formazione sarà erogata da Regione Lazio con il supporto di Italia Lavoro attraverso il Progetto EQUIPE 2020.

Il percorso e il numero delle ore saranno diversificate secondo le competenze delle destinatarie e in relazione alle vacancies occupazionali.

Per le modalità di attuazione dei due percorsi integrativi si rimanda ad un successivo atto. Si precisa che l'eventuale periodo di tirocinio e/o formazione sospende il computo della durata del contratto di ricollocazione stabilita – così come indicato all'articolo 8 – in 6 mesi. I soggetti accreditati possono proporre anche una azione congiunta di formazione più tirocinio ma l'attività complessiva non potrà durare oltre 6 mesi.

L'attuazione delle strategie per raggiungere l'obiettivo individuato nell'ambito del servizio di orientamento specialistico, si attua attraverso il **Piano personalizzato** (Allegato 4) della durata compresa fra 36 e 76 ore per il percorso accompagnamento al lavoro autonomo, fra 36 e 93 ore per il percorso di accompagnamento al lavoro subordinato. La durata del servizio di accompagnamento intensivo è da stabilirsi in relazione alle specificità delle destinatarie così come emerse a seguito della realizzazione del servizio di orientamento specialistico e delle risultanze del bilancio di competenze. Qualora il percorso sarà inferiore a 76 o 93 ore, sarà cura del Soggetto accreditato, che realizza tale servizio, presentare motivazione delle scelte effettuate in coerenza con la strategia da attuare per raggiungere l'obiettivo - ed indicarne la durata, specificando la metodologia e i parametri che vengono posti alla base di tali scelte nel Piano personalizzato.

La Regione Lazio valuterà, in sede di monitoraggio della misura, la proposta relativa alla durata del servizio di accompagnamento intensivo in relazione agli esiti occupazionali raggiunti anche al fine della performance del Soggetto accreditato.

Il servizio di accompagnamento intensivo, in relazione ai due percorsi, prevede:

a. Il percorso di accompagnamento al lavoro subordinato è così articolato:

- career Counseling (da realizzarsi in modalità individuale);
- constructing life counseling (da realizzarsi in modalità di gruppo5);
- life meaning counseling (da realizzarsi in modalità di gruppo);
- career counseling e life designing (da realizzarsi in modalità di gruppo);
- redazione di Curriculum Vitae/Lettera di presentazione/Preparazione al colloquio (da realizzarsi in modalità di gruppo o individuali);
- ricerca in autoconsultazione delle vacancies occupazionali (da realizzarsi in modalità individuale presso il Soggetto accreditato);
- video presentazione CV (da realizzarsi in modalità di gruppo).

b. Il percorso di accompagnamento al lavoro autonomo è così articolato:

I. servizio di accompagnamento all'avvio di impresa (da realizzarsi in modalità di gruppo):

- comunicazione e Marketing;
- organizzazione Aziendale;
- budgeting e controllo di gestione;
- finanza aziendale.

5 L'attività di gruppo si riferisce ad un massimo di 12 destinatarie.

II. servizio di accompagnamento alla creazione di impresa:

- valutazione dell'idea imprenditoriale;
- redazione del Business Plan. Questa attività può essere erogata anche prima o durante il percorso formativo (da realizzarsi in modalità individuale);
- affiancamento nella fase dello start-up (da realizzarsi in modalità individuale);
- accompagnamento alla ricerca di agevolazioni finanziarie e accesso al credito (da realizzarsi in modalità individuale).

In tale servizio dovrà essere aggiunto un breve modulo formativo a cura dell'operatore del soggetto accreditato che ha ricevuto la formazione in tema di promozione di misure di innovazione organizzativa. Questo servizio aggiuntivo ha il fine di illustrare alle neo imprenditrici le opportunità in tema di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro e per sviluppare piani di welfare aziendale.

Si precisa che per le azioni da realizzarsi in modalità di gruppo - fino ad un massimo di 12 destinatarie - devono prevedere gruppi omogenei per livelli di competenze.

Nel caso in cui la destinataria, per cause debitamente motivate e documentate, dovesse assentarsi, sarà cura del Soggetto accreditato far sì che recuperi le ore in cui non è stata presente.

10. Disciplina di riferimento per il FSE

Fatte salve specifiche indicazioni contenute nel presente Avviso, le operazioni si realizzano nel rispetto della disciplina prevista dal Regolamento (UE) n. 1303/2013 e nel Regolamento (UE) n. 1304/2013.

L'Avviso si attua nelle more del processo di revisione del sistema di gestione e controllo connesso alla realizzazione della programmazione FSE 2014/2020, tenuto conto dell'avvenuto accertamento della coerenza tra le disposizioni presenti nei richiamati provvedimenti e la normativa UE citata all'articolo 1.

L'Avviso si attua attraverso le modalità delle Unità di Costo Standard (UCS), conformemente alle disposizioni dell'articolo 67, paragrafo 1 lettera b) del Regolamento (UE) n. 1303/2013 e dell'art. 14, paragrafo 4 del Regolamento (UE) n. 1304/2013, in linea con quanto previsto dalla Direzione regionale Lavoro nella "Nota Tecnica metodologica Adozione di UCS (Unità di Costo Standard)" di cui alla Determina dirigenziale G07749/2015.

Per questo avviso gli Indicatori di risultato comuni per i quali è stato stabilito un valore obiettivo e gli indicatori di risultato specifici corrispondenti all'obiettivo specifico 8.5 sono quelli indicati nel POR Lazio FSE 2014-2020 cui si rinvia.

11. Fasi, durata e tempi di esecuzione degli interventi

Gli interventi finanziati dovranno essere realizzati entro un arco temporale di 6 (sei) mesi, a decorrere dalla data di sottoscrizione del Contratto di ricollocazione, per ogni singola destinataria.

La durata del CdR è sospesa per i giorni in cui la destinataria svolga attività di tirocinio o un corso di formazione, per una durata non superiore a 6 mesi. I periodi di sospensione devono considerarsi periodi neutri e non incidono nel computo della durata del Contratto di ricollocazione.

Il CdR può altresì essere sospeso in caso di grave impedimento motivato della destinataria, per un periodo massimo di 6 mesi, oltre il quale il contratto si intende risolto.

12. Atto unilaterale di impegno

Ai fini della regolazione dei rapporti tra la Direzione Lavoro della Regione Lazio e i soggetti accreditati interessati, conformemente a quanto previsto dalla normativa comunitaria, nazionale e regionale di riferimento, è prevista la sottoscrizione per accettazione di un Atto unilaterale di impegno (cfr. Allegato 1).

13. Parametri finanziari e voci di spesa

Le operazioni di cui al presente Avviso si attuano attraverso UCS, come stabilito all'articolo 10 dell'Avviso.

Pertanto i costi che saranno rimborsati ai beneficiari per i servizi di supporto legati al Contratto di Ricollocazione sono basati su UCS a risultato in dipendenza dell'esito conseguito così come di seguito descritto.

1) Accompagnamento al lavoro subordinato:

- Contratto a tempo indeterminato a tutele crescenti ivi compreso il contratto di apprendistato: € 4.000 per ogni destinataria occupata con contratto a tempo indeterminato.

In caso di risultato occupazionale conseguito in anticipo rispetto al periodo del CdR (6 mesi) il beneficiario riceverà la somma dovuta in ragione del risultato occupazionale conseguito;

- Contratto a tempo determinato \geq 12 mesi: € 2.600 per ogni destinataria occupata con contratto a tempo determinato. In caso di risultato occupazionale conseguito in anticipo rispetto al periodo del CdR (6 mesi) il beneficiario riceverà la somma dovuta in ragione del risultato occupazionale conseguito;

- Contratto a tempo determinato 6-11 mesi: € 1.600 per ogni destinataria occupata con contratto a tempo determinato. In caso di risultato occupazionale conseguito in anticipo rispetto al periodo del CdR (6 mesi) il beneficiario riceverà la somma dovuta in ragione del risultato occupazionale conseguito;

- Risultato senza stipula del contratto di lavoro € 800 per ogni destinataria. Si tratta del riconoscimento del contributo per l'erogazione del servizio di assistenza intensiva. Al Soggetto accreditato saranno riconosciute solo le ore svolte per l'orientamento specialistico qualora lo stesso abbia erogato tutte le ore di servizio previste nel Piano personalizzato. Al Soggetto accreditato sarà riconosciuto soltanto il contributo per le ore di orientamento specialistico anche nel caso in cui la destinataria rifiuti l'offerta di lavoro.

2) Accompagnamento al lavoro autonomo:

- Avvio d'impresa/attività autonoma: € 3.800 per ogni destinataria che avvia una impresa/ attività autonoma;

- Risultato senza avvio attività autonoma/d'Impresa: € 800 per ogni destinataria che non riesce ad avviare l'impresa/attività autonoma successivamente al servizio di orientamento specialistico. Si tratta del riconoscimento del contributo per l'erogazione del servizio di assistenza intensiva. Al Soggetto accreditato saranno riconosciute solo le ore svolte per l'orientamento specialistico qualora lo stesso abbia erogato tutte le ore di servizio previste nel Piano personalizzato.

Per entrambi i percorsi (accompagnamento al lavoro subordinato e accompagnamento al lavoro autonomo), gli importi sopra indicati:

- saranno erogati alla scadenza della durata del CdR (6 mesi) se non si è raggiunto il risultato occupazionale;

- saranno erogati dopo 90 giorni e non oltre i 120 giorni dalla stipula del contratto di lavoro comunque avvenuto dentro il periodo di vigenza del CdR, verificata attraverso la comunicazione obbligatoria, nel caso di raggiungimento del risultato occupazionale;

- saranno erogati, nel caso di avvio di Impresa da parte delle destinatarie, dopo l'iscrizione alla CCIAA e/o apertura di una partita IVA coerente con il business plan effettuato e alla emissione della prima fattura verso terzi, o di equivalente documento contabile, entro 90 giorni dall'avvio di Impresa e di documentazione contabile attestante la prestazione effettuata.

Se la destinataria abbandona il percorso scelto durante l'erogazione del servizio di "Orientamento specialistico", al Soggetto accreditato verrà riconosciuto il rimborso pari alle ore effettivamente svolte e rendicontate.

Nel caso in cui la destinataria, successivamente al servizio di "Orientamento specialistico", abbandoni il percorso prescelto, al soggetto accreditato verrà riconosciuto il servizio prestato per n. 24 ore di attività.

Se il Soggetto Accreditato non porta a termine l'operazione per fatto ad esso imputabile, non gli sarà riconosciuto alcun rimborso.

Nel caso in cui le destinatarie che frequentano il percorso di accompagnamento al lavoro autonomo decidano di associarsi tra loro per costituire l'impresa, tenendo conto che l'obiettivo dell'operazione è l'occupazione della destinataria, al soggetto accreditato verrà riconosciuto il costo del risultato per ogni destinataria.

In caso di risultato occupazionale conseguito in anticipo rispetto al periodo del CdR (6 mesi), il beneficiario riceverà la somma dovuta in ragione del risultato occupazionale conseguito.

Per l'accompagnamento al lavoro subordinato, è previsto il riconoscimento del risultato occupazionale anche quando questo si raggiunga a seguito dei percorsi di tirocinio e formazione (attivabili alla conclusione del servizio di "orientamento specialistico"), come specificato all'articolo 9 dell'Avviso.

Bonus di conciliazione

Per favorire la partecipazione attiva al percorso di assistenza intensiva, è prevista l'erogazione di un bonus di conciliazione per l'acquisto di servizi per l'infanzia (nido, babysitting, tagesmutter, ludoteca, ecc.), per un importo fino ad euro 200,00/mese (duecento). La volontà della destinataria di avvalersi del bonus è espressa al momento della sottoscrizione del CdR in apposito modulo previsto nell'Avviso rivolto alle destinatarie. L'erogazione del bonus di conciliazione è subordinata alla sottoscrizione del CdR e all'adempimento da parte della destinataria degli obblighi derivanti

dall'Avviso e dal Contratto sottoscritto. Gli oneri fiscali derivanti dalle somme percepite sono a carico della destinataria.

Il pagamento del bonus avverrà previo invio bimestrale della documentazione attestante l'effettivo utilizzo dei servizi precedentemente detti. Sarà compito del Soggetto accreditato che ha seguito la destinataria curare l'invio di detta documentazione alla Direzione regionale competente in materia di lavoro che procederà ai controlli della documentazione pervenuta. Le modalità attuative saranno definite nel successivo Avviso per le destinatarie.

14. Disposizioni per la rendicontazione

Ai fini della rendicontazione, le attività svolte dal beneficiario dovranno essere rendicontate, giustificate ed archiviate anche per i controlli previsti dai Regolamenti UE e dal sistema di gestione e controllo del POR FSE.

Le verifiche richiederanno l'esibizione di documenti giustificativi per comprovare e attestare che le attività ed i risultati dichiarati sono stati realmente realizzati.

Il contributo concesso, calcolato e rimborsato così come indicato all'articolo 13, è ritenuto spesa effettivamente sostenuta, al pari dei costi effettivi giustificati da fatture e quietanze di pagamento.

In conseguenza all'adozione delle UCS, ai fini della quantificazione del contributo a consuntivo, i costi sostenuti dal soggetto attuatore per realizzare quanto previsto nel presente avviso, non devono essere comprovati da documenti giustificativi delle spese; la quantificazione del contributo riconosciuto a consuntivo, è subordinata alla verifica della corretta e coerente attuazione delle attività, e dal raggiungimento dei valori obiettivo previsti dal presente avviso.

La consuntivazione delle attività realizzate, e la relativa fatturazione, avviene a conclusione dell'operazione e sulla base di quanto riportato nell'articolo 13.

La trasmissione della consuntivazione delle attività svolte secondo il format definito dalla Direzione regionale competente in materia di lavoro contiene la documentazione attestante il risultato ottenuto come indicato all'articolo 13. La consuntivazione delle attività dovrà essere trasmessa secondo la calendarizzazione che sarà indicata in un successivo atto.

La consuntivazione delle attività dovrà riferirsi al totale delle attività concluse nel trimestre precedente relative ai CdR conclusi sia nel caso di esito positivo sia nel caso di esito negativo (scadenza naturale del contratto) e dovrà essere inviato entro i 15 giorni successivi al trimestre di riferimento.

Con la trasmissione della consuntivazione delle attività il soggetto erogatore assume la responsabilità in ordine al corretto svolgimento delle attività erogate e alla veridicità delle informazioni rilasciate all'Amministrazione, ai sensi del DPR 445/2000.

La fattura elettronica o altro documento contabile equivalente, completo delle spese di bollo da € 2,00 (o di indicazione di eventuale esenzione) recante i riferimenti del soggetto accreditato, del POR FSE 2014-2020 e dell'Azione di riferimento, dovrà essere inoltrata alla Direzione regionale Lavoro dopo verifica da parte di quest'ultima della consuntivazione delle attività.

Il Soggetto accreditato dovrà assicurare la tracciabilità delle movimentazioni finanziarie realizzate a valere dell'Avviso "Contratto di ricollocazione per le donne con figli minori".

15. Controlli

Conformemente alla normativa di riferimento ed alle procedure adottate nell'ambito del POR FSE Lazio 2014-2020, e tenuto conto delle specificità delle misure realizzate nell'ambito del presente Avviso, ai fini della verifica della regolarità delle attività realizzate e delle domande di rimborso, sono previsti i seguenti controlli:

- controlli documentali volti ad accertare la conformità della domanda di rimborso e la regolarità della realizzazione delle misure conformemente a quanto previsto dal presente Avviso e dalla normativa di riferimento;
- verifica dell'effettivo raggiungimento del risultato, attraverso il controllo della documentazione di supporto richiesta;
- verifiche in loco, mirate a verificare l'effettiva e congrua erogazione e fruizione del servizio, in fase di realizzazione e/o a conclusione delle azioni su base campionaria.

I soggetti attuatori/beneficiari coinvolti nell'attuazione dell'Azione regionale, sono tenuti a consentire lo svolgimento delle verifiche in loco che gli organi di controllo comunitari, nazionali e regionali possono effettuare, anche senza preavviso, in ogni fase dell'attività, nonché ad attività concluse.

La Regione Lazio si riserva la facoltà di chiedere al soggetto accreditato ogni chiarimento e integrazione necessaria ai fini del controllo; questi ultimi sono tenuti a rispondere nei termini e nei modi indicati dall'Amministrazione regionale.

In presenza di irregolarità sono applicate le disposizioni previste dalla normativa comunitaria, nazionale e regionale di riferimento, nonché dal presente Avviso.

16. Obblighi a carico del soggetto beneficiario

Per quanto concerne gli obblighi a carico del beneficiario, si rimanda a quanto contenuto nell'Atto unilaterale di impegno allegato, nonché nella normativa comunitaria, nazionale e regionale di riferimento.

17. Monitoraggio

Per il Contratto di Ricollocazione è prevista la realizzazione di iniziative di monitoraggio, studio, analisi e valutazione delle politiche volte alla produzione di informazioni e/o di strumenti finalizzati a rafforzare il supporto conoscitivo all'attività di policy e di programmazione, aumentando la conoscenza dei fenomeni sottesi all'accesso all'occupazione per le persone in ricollocazione e le persone che si trovano ai margini del mercato del lavoro.

Al termine delle attività previste nel Piano personalizzato, il Soggetto Accreditato produrrà una relazione relativa ai servizi erogati alla destinataria comprese le attività svolte in forma di auto attivazione ai soli fini del monitoraggio.

18. Adempimenti in materia di informazione e pubblicità

I beneficiari hanno specifiche responsabilità in materia di informazione e comunicazione; in particolare essi sono tenuti ad attuare una serie di misure in grado di far riconoscere il sostegno dei fondi riportando:

- a) l'emblema dell'Unione, conformemente alle caratteristiche tecniche stabilite nel Regolamento di esecuzione n. 821/2014, insieme a un riferimento all'Unione Europea;
- b) il riferimento al fondo o ai fondi che sostengono l'operazione.

In relazione all'attuazione delle operazioni cofinanziate dal POR FSE di cui al presente Avviso, il beneficiario è tenuto ad informare i destinatari sul sostegno ottenuto dai fondi:

- a) fornendo, sul sito web del beneficiario una breve descrizione dell'operazione, compresi le finalità ed i risultati, ed evidenziando il sostegno finanziario ricevuto dall'Unione;
- b) collocando almeno un poster con informazioni sul progetto (formato minimo A3), che indichi il sostegno finanziario dell'Unione, in un luogo facilmente visibile al pubblico.

Inoltre il beneficiario garantirà che i destinatari ed i partecipanti siano informati in merito a tale finanziamento: qualsiasi documento, relativo all'attuazione dell'operazione usata per il pubblico oppure per i partecipanti, contiene una dichiarazione da cui risulti che l'operazione è cofinanziata dal FSE tramite il POR FSE 2014-2020 della Regione Lazio.

19. Condizioni di tutela della privacy

Ai sensi della DGR n. 551 del 5/12/2012, ai fini del trattamento dei dati personali, il titolare delle banche dati regionali è la Regione Lazio – Direzione regionale Lavoro.

Ai sensi e per gli effetti del d.lgs. 30 giugno 2003 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), si informa che la raccolta e il trattamento dei dati conferiti sono effettuati con la esclusiva finalità di abilitare l'utente all'accesso e fruizione dei servizi ivi richiesti.

Il trattamento dei dati, realizzato attraverso operazioni o complessi di operazioni indicate nel d.lgs. 196/2003 sopra citato, sarà effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici e/o con supporti cartacei ad opera di soggetti di ciò appositamente incaricati dalla Regione Lazio.

L'eventuale rifiuto di conferire i dati personali da parte dell'interessato comporta l'impossibilità per lo stesso di usufruire dei servizi richiesti.

La raccolta e trattamento dei dati conferiti sono effettuati dalla Regione Lazio, con sede in Roma, Via R. Raimondi Garibaldi n. 7 per il perseguimento delle proprie finalità istituzionali.

In relazione al trattamento dei dati raccolti, il soggetto interessato potrà esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del suddetto d. lgs. 196/2003. In particolare l'interessato può:

- ottenere dal titolare o dai responsabili del trattamento dei dati la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile;
- avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento;
- ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o l'integrazione dei dati;
- opporsi, per motivi legittimi, al trattamento.

20. Responsabile del procedimento

Il Responsabile del procedimento è il funzionario Dott. Claudio Priori fino alla presentazione della candidatura dal parte del Soggetto accreditato. Successivamente sarà nominati quale responsabile del procedimento un funzionario dell'Area Attuazione interventi.

Richieste di informazioni e/o chiarimenti in merito all'Avviso possono essere inoltrate al seguente indirizzo mail: contrattoricollocazione@regione.lazio.it sino a dieci giorni lavorativi prima della scadenza indicata nel articolo 6 del presente Avviso.

Le domande più frequenti saranno trasformate in FAQ e pubblicate, periodicamente, sul canale lavoro del sito istituzionale della Regione Lazio, www.regionelazio.it/rl_lavoro/.

20. Documentazione della procedura

La documentazione dell'Avviso è pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio ed è disponibile sul sito della Regione Lazio POR FSE 2014-2020 www.regionelazio.it/rl_lavoro/ e comprende l'Avviso e i relativi allegati.

Allegati:

- All. 1 Atto unilaterale di impegno
- All. 2 Schema Contratto di Ricollocazione
- All. 3 Modulo Dichiarazione numero destinatarie
- All. 4 Piano personalizzato

Atto unilaterale di impegno

Programma Operativo del Fondo Sociale europeo – Regione Lazio 2014-2020

Asse I Occupazione

Priorità d'investimento 8i

Obiettivo specifico 8.5

Oggetto: Avviso pubblico “Candidatura per i servizi del Contratto di ricollocazione per le donne con figli minori”.

Il/La sottoscritto/a

nato/a

Prov.

il

Codice Fiscale

legale rappresentante del soggetto proponente

Codice Fiscale / Partita IVA

sede legale in

Prov.

Indirizzo

delega alla firma conferita in data

Preso Atto

- che con Determinazione Dirigenziale n. del la Regione Lazio ha approvato l'Avviso Pubblico “Candidatura per i servizi del Contratto di ricollocazione per le donne con figli minori”

si impegna, ad ogni effetto di legge, a rispettare quanto riportato nell'articolato che segue:

1 Solo in caso di società / consorzi

Art. 1 - Oggetto

1. Il presente atto regola le modalità di attuazione dell'erogazione dei servizi del "Candidatura per i servizi del Contratto di ricollocazione per le donne con figli minori" (di seguito "servizi") finanziato con le risorse finanziarie del POR Lazio FSE 2014-2020.

2. Il presente atto ricade nell'ambito di applicazione dell'art. 12 legge 7 agosto 1990, n. 241 "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi" e s.m.i. di conseguenza, il rapporto scaturente dallo stesso è da considerarsi di tipo concessorio ad ogni effetto di legge.

3. Il presente atto è parte integrante e sostanziale dell'avviso pubblico "Candidatura per i servizi del Contratto di ricollocazione per le donne con figli minori" (di seguito "avviso pubblico").

Art. 2 - Destinatari dei servizi

1. Le destinatarie dei servizi sono donne disoccupate o in cerca di occupazione ai sensi del Dlgs 150/2015, con almeno un figlio di età inferiore a 6 anni, residenti nel Lazio.

Art. 3 – Obblighi del soggetto attuatore

1. La candidatura da parte del soggetto attuatore all'erogazione dei servizi avviene mediante il sistema informativo Simon lavoro messo a disposizione dalla Regione Lazio.

2. Il soggetto attuatore è tenuto a erogare i servizi previsti dall'Avviso pubblico a tutti coloro che, possedendo i requisiti previsti dall'Avviso pubblico stesso, ne facciano domanda, senza porre in atto

prassi o comportamenti di tipo discriminatorio.

3. Il soggetto attuatore realizza in modo puntuale e completo le attività previste dal "Contratto di Ricollocazione" entro i termini e alle condizioni previste dall'Avviso pubblico.

4. Il soggetto attuatore è tenuto a registrare e tracciare le attività realizzate e i servizi erogati in favore dei destinatari secondo quanto definito dall'Avviso pubblico.

5. Nell'erogazione dei servizi il soggetto attuatore è tenuto inoltre a:

a) osservare la normativa comunitaria, nazionale e regionale in materia di Fondo Sociale Europeo, lavoro, formazione, orientamento;

b) osservare la normativa regionale in materia di accreditamento di cui alla Deliberazione della Giunta regionale n. 198/2014 e s.m.i. ed alla determinazione G11651/2014;

c) osservare la normativa comunitaria, nazionale e regionale in materia di informazione e pubblicità, promuovendo, in particolare, la consapevolezza che i servizi erogati sono cofinanziati nell'ambito del POR Lazio FSE 2014-2020;

d) osservare la normativa vigente in materia di lavoro, sicurezza ed assicurazioni sociali obbligatorie, nonché rispettare la normativa in materia fiscale;

e) adottare un sistema contabile distinto e un'adeguata codificazione contabile, al fine di assicurare la trasparenza dei costi e la facilità dei controlli. La contabilità inerente il progetto deve essere resa facilmente riscontrabile da parte degli organismi incaricati;

f) assicurare la tracciabilità delle movimentazioni finanziarie realizzate nell'ambito dell'Avviso pubblico;

g) produrre la documentazione giustificativa delle attività oggetto del finanziamento ed effettivamente realizzate, fornendo attraverso il sistema regionale informativo e di monitoraggio tutti i dati finanziari, procedurali e fisici secondo tempistiche e modalità stabilite dalla Regione Lazio ai sensi dell'Avviso pubblico e delle procedure di gestione, rendicontazione e controllo che la Regione rende disponibili;

h) accettare il controllo ex ante, in itinere ed ex-post dell'Unione Europea, dello Stato, della Regione Lazio o di altro organismo di controllo o vigilanza, sulle operazioni realizzate in esecuzione della convenzione. Il soggetto attuatore garantisce la massima collaborazione del proprio personale durante lo svolgimento dei predetti controlli, anche attraverso l'agevolazione delle visite ispettive;

- i) fornire tutte le informazioni richieste dalla Commissione Europea e/o dalla Regione Lazio e/o da altra Pubblica Autorità entro i termini indicati dalla stessa richiesta;
- j) conservare tutta la documentazione di progetto, contabile e amministrativa, relativa ai servizi erogati, presso la propria sede per un periodo di 10 anni o termine superiore ai sensi dell'art. 140 del Reg. (CE) 1303/2013 e successive modifiche e integrazioni, e renderla disponibile ai fini delle attività di controllo da parte degli organismi comunitari, nazionali e regionali preposti;
- k) risarcire eventuali danni cagionati a terzi conseguenti alla violazione e/o all'inadempimento delle prescrizioni contenute nella presente convenzione, nell'Avviso pubblico medesimo e dalla normativa comunitaria, nazionale e regionali di riferimento, tenendo indenne la Regione Lazio da qualsivoglia pretesa possa, per causa ad esso imputabile, essere avanzata nei suoi confronti da terzi danneggiati;
- l) comunicare tempestivamente ogni modifica relativa ai dati e alle informazioni trasmesse alla Regione Lazio.

6. Il soggetto attuatore è obbligato a non delegare a terzi attività o parti di attività relative ai servizi, gestendo ed attuando in proprio tutte le varie fasi operative dei servizi per i quali il soggetto attuatore ha espresso la propria candidatura.

7. Il soggetto attuatore rende tracciabili i flussi finanziari afferenti al contributo concesso secondo quanto disposto dall'art. 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 "Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia" e s.m.i., assumendo contestualmente ogni responsabilità in merito alle conseguenze del mancato rispetto degli obblighi normativi.

8. Il soggetto attuatore comunica il conto corrente, bancario o postale, dedicato ai rapporti con la Pubblica Amministrazione su cui saranno registrati tutti i flussi finanziari afferenti ai servizi oggetto della presente convenzione, le generalità e il codice fiscale delle persone delegate a operare su tale conto e ogni eventuale variazione di tali dati.

9. Il mancato rispetto da parte del soggetto attuatore anche di uno soltanto degli obblighi di cui alla presente convenzione comporta la revoca del contributo previsto. Tale provvedimento, ricorrendone i

presupposti, potrà essere disposto anche con riferimento alla concessione dell'accreditamento regionale. Tale revoca è disposta dalla Direzione regionale competente per le materie del lavoro. In ipotesi di pagamenti già avvenuti, con la medesima revoca potrà esserne disposto il recupero, se non spontaneamente restituiti. Il recupero delle somme indebitamente percepite potrà essere effettuato, attesa la natura concessoria e di diritto pubblico del rapporto, anche attraverso la procedura di recupero coattivo tramite l'agente della riscossione.

Art. 4 – Monitoraggio e valutazione

1. Il soggetto attuatore si impegna a fornire tutte le informazioni quali-quantitative richieste dalla Regione Lazio in ordine ai servizi svolti, attraverso la compilazione di questionari, report o partecipazioni a *focus group*, finalizzati a consentire alla Regione Lazio di assicurare la valutazione dell'andamento dell'intervento presso gli Organismi Comunitari.

Art. 5 - Divieto di cumulo

1. Il soggetto attuatore garantisce che i costi relativi alle attività realizzate non sono oggetto di ulteriori contributi o altre sovvenzioni, nel rispetto del divieto di cumulo dei finanziamenti a qualsiasi titolo eventualmente percepiti per il medesimo intervento.

2. Il soggetto attuatore, inoltre, garantisce che per le attività realizzate non chiederà né percepirà, in ogni caso, alcun compenso o altro emolumento derivante o riconducibile ad attività di tipo commerciale condotta utilizzando dati e informazioni di cui è depositario in base all'Avviso pubblico.

Art. 6 – Tutela della privacy

1. Ai sensi della DGR 551/2012, ai fini del trattamento dei dati personali, il titolare delle banche dati regionali è la stessa Regione Lazio, il Responsabile del trattamento è il Direttore della Direzione regionale Lavoro.

2. Ai sensi e per gli effetti del d.lgs. 30 giugno 2003 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), la raccolta e il trattamento dei dati conferiti sono effettuati con la esclusiva finalità di abilitare l'utente all'accesso e fruizione dei servizi ivi richiesti.

3. Il trattamento dei dati, realizzato attraverso operazioni o complessi di operazioni indicate nel d.lgs. 196/2003 sopra citato, sarà effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici e/o con supporti cartacei ad opera di soggetti di ciò appositamente incaricati dalla Regione Lazio.

4. L'eventuale rifiuto di conferire i dati personali da parte dell'interessato comporta l'impossibilità per lo stesso di usufruire dei servizi richiesti.

5. La raccolta e trattamento dei dati conferiti sono effettuati dalla Regione Lazio, con sede in 00145 Roma, via R. Raimondi Garibaldi n. 7 per il perseguimento delle proprie finalità istituzionali.

6. In relazione al trattamento dei dati raccolti, il soggetto interessato potrà esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del suddetto d. lgs. 196/2003. In particolare l'interessato può:

- ottenere dal titolare o dai responsabili del trattamento dei dati la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile;

- avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento;

- ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o l'integrazione dei dati;

- opporsi, per motivi legittimi, al trattamento.

7. Titolare del trattamento per la Regione Lazio è la Direzione Regionale Lavoro.

8. Con la sottoscrizione del presente atto il soggetto attuatore acconsente espressamente al trattamento dei dati personali come sopra definito.

Art. 7 –Durata

1. La presente atto acquista efficacia a partire dalla data di sottoscrizione dello stesso e rimane valido ed efficace, salva revoca da parte della Regione Lazio per i motivi indicati nell'Avviso pubblico e per l'intero periodo di vigenza dell'Avviso pubblico stesso.

Art. 8 –Recesso

1. È data facoltà al soggetto attuatore di recedere anticipatamente inviando una dichiarazione specificamente motivata per mezzo di Posta Elettronica Certificata all'indirizzo individuato dalla Regione Lazio nell'avviso pubblico, almeno 30 giorni prima della data in cui il recesso deve avere esecuzione. Il recesso comporta l'eliminazione dell'offerta di servizi del soggetto attuatore dal sistema informativo regionale e che detta operazione viene di norma effettuata entro 10 giorni dalla ricezione della dichiarazione di cui sopra.

2. In caso di recesso, lo stesso non ha effetto per le prestazioni già eseguite o in corso di esecuzione. In applicazione di quanto disposto dall'art. 1373, co. 3 del c.c., dunque, il soggetto attuatore è obbligato a portare a compimento le attività previste dall'Avviso pubblico relativamente alle destinatarie prese in carico onde evitare qualsiasi ricaduta negativa nei confronti delle medesime e della corretta esecuzione dell'Azione.

3. Se il recesso anticipato interviene ad attività già iniziate, la Regione Lazio provvederà, secondo la regolamentazione di riferimento, alla valutazione sulla riconoscibilità e all'ammissibilità delle spese sostenute dal soggetto attuatore fino alla data in cui il recesso diventa efficace.

4. Se il recesso anticipato interviene prima dell'inizio di qualsiasi tipo di attività a valere sull'azione cofinanziata, si applica il 1 comma dell'art. 1373 del c.c. e nulla sarà dovuto dall'Amministrazione al soggetto attuatore, ferma restando l'eliminazione dell'offerta di servizi del soggetto attuatore dal sistema informativo regionale.

5. Il soggetto attuatore che ha receduto resta comunque soggetto all'obbligo di tenuta della documentazione amministrativa inerente ai servizi eventualmente realizzati ed agli obblighi di accesso agli atti da parte dei funzionari regionali nazionali e comunitari titolari di funzioni di controllo sui finanziamenti pubblici.

6. Sono fatti salvi i casi di violazione degli obblighi di cui al presente atto e/o rilievi ed accertamenti di irregolarità secondo le disposizioni comunitarie, nazionali e regionali in materia.

Art. 13 – Informazioni e Comunicazioni

1. Salvo diversa previsione contenuta negli articoli precedenti, ogni comunicazione del soggetto attuatore alla Regione Lazio deve essere effettuata per mezzo di Posta elettronica Certificata.

Art. 14 – Legge applicabile e Foro competente

1. Per quanto ivi non previsto si applicano le disposizioni comunitarie, nazionali e regionali di riferimento.

2. Il foro competente per qualsivoglia controversia che dovesse sorgere dall'interpretazione o esecuzione dell'avviso pubblico e dalla convenzione è esclusivamente quello di Roma.

Regione Lazio Direzione Regionale Lavoro, rappresentata dal Direttore pro-tempore della Direzione

regionale Lavoro, domiciliato per la carica presso la sede della Regione.

Letto, confermato e sottoscritto per accettazione

Luogo e data

Per accettazione, Firma Soggetto Accreditato

.....

(timbro Soggetto Accreditato)

(Allegato – copia del documento di identità in corso di validità del firmatario)

Il presente atto, debitamente compilato, timbrato e firmato, deve essere scannerizzato ed allegato in formato pdf alla candidatura on line per la presentazione del progetto, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.

All. 2

SCHEMA DI CONTRATTO DI RICOLLOCAZIONE

Oggi, 201...,

tra

la Sig./ra , nat.. a il
..... 19.....,

residente in , via....., codice fiscale
.....

dal.....da qui in avanti indicato, come “Persona interessata”

e

la società/l’ente , con sede, ai fini di questo contratto,
in

....., via
.....

P. Iva in persona del/la Sig./ra
.....

....., rappresentante, legale (in caso di delega citare la delega e le generalità del
delegato) nato/a a Prov. il
..... con qualifica

di , da qui in avanti indicata come
“Soggetto accreditato”

e

il Centro per l’impiego di , in persona del
Responsabile del

Centro per l’impiego o di un suo delegato, (nome e cognome)

.....,

premesso che

- la Persona interessata è disoccupata o in cerca di occupazione ai sensi del Dlgs 150/2016;
- intende partecipare attivamente e consapevolmente alle misure indicate nell’avviso pubblico “Contratto di ricollocazione per le donne con figli minori”;

- ha scelto liberamente il soggetto accreditato per lo svolgimento dei servizi specialistici presso la Regione Lazio ai sensi della DGR del 15 aprile 2014 n.198 e s.m.i.;

- è beneficiaria di sostegno al reddito: SI NO

(Se SI, indicare quale indennità o sussidio e la durata dello stesso)

- ha figli che hanno 6 anni n.

nato a prov. il (aggiungere altre righe in caso di più

figli che abbiano 6 anni)

- è extracomunitario/a con regolare permesso di soggiorno: SI NO

rilasciato il

si conviene che

1- OGGETTO DEL CONTRATTO DI RICOLLOCAZIONE

L'oggetto del presente contratto è la fornitura di un servizio di assistenza intensiva svolto dal Soggetto accreditato, per il tramite del referente indicato dallo stesso Soggetto, per il reperimento di una occupazione il più possibile corrispondente alle capacità professionali e alle aspirazioni della Persona interessata, compatibilmente con la domanda espressa dal mercato del lavoro, in attuazione di quanto previsto dall'avviso pubblico "Contratto di ricollocazione per le donne con figli minori".

2- DURATA DEL CONTRATTO DI RICOLLOCAZIONE

Il contratto di ricollocazione ha una durata massima di 6 mesi.

La durata del contratto di ricollocazione è sospesa per i giorni in cui la persona interessata svolge attività di tirocinio o un corso di formazione. I periodi di sospensione devono considerarsi periodi "neutri" e non incidono nel computo della durata massima del contratto di ricollocazione. Il termine del contratto può essere sospeso nel caso di documentato grave impedimento della persona interessata per un massimo di sei mesi.

3- REFERENTE DESIGNATO DAL SOGGETTO ACCREDITATO

In funzione della ricerca dell'occupazione, la Persona interessata viene affiancata da/la

Sig./ra..... in qualità di referente del Soggetto accreditato (per contatti:

telefono;e-mail

Nell'esecuzione del

presente contratto è riconosciuto al Soggetto accreditato la facoltà di sostituire il referente qualora ne ravvisi la necessità con un soggetto avente medesime competenze del sostituito.

Tale sostituzione deve essere tempestivamente comunicata per iscritto alla Persona interessata e al Centro per l'impiego.

4- COMPETENZE E FUNZIONI DEL SOGGETTO ACCREDITATO

Il referente assiste in modo continuativo la Persona interessata, condividendo le informazioni, le tecniche e gli strumenti da utilizzare ai fini della migliore occupazione, individuando i percorsi possibili, e concordando con essa quello più opportuno sulla base delle sue capacità, aspirazioni e disponibilità.

Nello svolgimento del servizio di assistenza intensiva il referente adotta tutte le migliori tecniche e pratiche secondo gli standard qualitativi del settore dei servizi per il lavoro.

5- ADEMPIMENTI DELLA PERSONA INTERESSATA

La Persona interessata si impegna a dedicare alla ricerca di nuova occupazione e all'eventuale riqualificazione professionale una quantità di tempo almeno corrispondente al tempo pieno o parziale del rapporto di lavoro a cui essa aspira come concordato con il referente. La Persona interessata si impegna altresì a svolgere le attività (ad esempio, ricerca di opportunità, contatti e visite ad imprese ed intermediari del lavoro, promozione della candidatura, colloqui di lavoro, partecipazione al percorso formativo per il potenziamento delle competenze) per la ricerca di lavoro condivise con il referente.

6- CONGRUITA' DELL'OFFERTA

La Persona interessata si impegna ad accettare le offerte di lavoro congrue che le vengono rivolte, per il tramite del referente, che rientrino nel novero di quelle cui la Persona stessa può aspirare e per le quali deve rendersi disponibile, in considerazione del tempo impiegato per raggiungere il luogo di lavoro come definito nel successivo comma, delle esperienze pregresse e delle competenze maturate, delle capacità professionali, nonché delle condizioni effettive del mercato del lavoro.

Nel caso in cui la Persona interessata percepisca un sostegno al reddito si considera congrua l'offerta di lavoro che preveda un livello retributivo superiore almeno del 20% rispetto all'importo lordo dell'indennità di mobilità ordinaria cui la persona interessata ha diritto e che non disti più di 50 km dalla residenza della persona interessata o comunque che sia raggiungibile mediamente in 80 minuti con mezzi di trasporto pubblici secondo quanto stabilito dall'art. 4, co. 40-43 della L. 28 giugno 2012 n. 92 e s.m.i. Per indennità di mobilità ordinaria s'intende quella erogata a norma della l. 23 luglio 1991, n. 223 e s.m.i..

7- DECADENZE

La Persona interessata decade dalla misura "contratto di ricollocazione" nel caso in cui abbia rifiutato o rinunciato alle misure proposte dal referente (ad es. rifiuto a partecipare alla procedura/colloquio di selezione) o non si sia presentato alle iniziative proposte dallo stesso.

La mancata accettazione di una offerta congrua a norma dell'art. 6 del presente atto comporta la comunicazione all'INPS da parte dei servizi competenti a norma dell'art. 4, c.44 della L.28 giugno 2012, n. 92.

8- RINUNCIA DELLA PERSONA INTERESSATA

La persona interessata può rinunciare al servizio di assistenza offerto attraverso il contratto di ricollocazione, decadendo da ogni beneficio derivante dalla stipula dello stesso. Essa non incorre in tale decadenza nel caso di inadempimento del soggetto accreditato.

9- INADEMPIMENTO DELLA PERSONA INTERESSATA

Il referente è tenuto a verificare in modo continuativo la correttezza e completezza dell'adempimento degli impegni di cui agli artt. 5 e 6 da parte della Persona interessata. Nel caso di inadempimento ingiustificato agli impegni stessi, il referente lo comunica per iscritto al Responsabile del Centro per l'impiego e alla Persona interessata.

La Persona interessata ha la facoltà di chiedere il riesame della comunicazione di cui al comma precedente, entro il termine di 7 giorni dalla ricezione della stessa. All'istanza può essere allegata eventuale documentazione a supporto della propria posizione. Nell'istanza in parola la persona interessata può chiedere di essere ascoltata e di essere assistita da un legale o da un consulente di propria fiducia o da un rappresentante sindacale a cui abbia conferito mandato.

La contestazione da parte della Persona interessata può avvenire anche in forma orale; in tal caso il Responsabile del Centro per l'Impiego (o un suo delegato) ne redige verbale.

Il Responsabile del Centro per l'Impiego, invia la documentazione alle parti del contratto e alla Direzione regionale Lavoro per gli opportuni adempimenti amministrativi.

L'inadempimento da parte della Persona interessata, ove accertato, comporta il pagamento del compenso al Soggetto accreditato per il servizio svolto secondo le modalità indicate dall'avviso regionale.

10 - INADEMPIMENTO DEL SOGGETTO ACCREDITATO

Nel caso di inadempimento agli obblighi assunti con il contratto di ricollocazione da parte del Soggetto accreditato di cui agli artt. 1, 3, e 4, la persona interessata può recedere dal contratto dandone comunicazione scritta al Centro per l'impiego e al soggetto accreditato.

In questo caso, il soggetto accreditato entro 7 giorni dal ricevimento della suddetta comunicazione può chiedere un riesame della stessa allegando eventuale documentazione. La comunicazione dell'inadempimento da parte della persona interessata può avvenire anche in forma orale; in tal caso il Responsabile del Centro per l'Impiego (o un suo delegato) ne redige verbale.

Il Responsabile del Centro per l'Impiego, invia la documentazione alle parti del contratto e alla Direzione regionale lavoro per gli opportuni adempimenti amministrativi.

Qualora venga accertato l'inadempimento, al Soggetto accreditato non è riconosciuto l'importo previsto dall'avviso per l'erogazione del servizio.

In questo caso, la Persona interessata può attivare un nuovo contratto di ricollocazione con altro soggetto accreditato.

11-RECESSO DA PARTE DEL CENTRO PER L'IMPIEGO

Il Centro per l'impiego può recedere dal contratto, dandone comunicazione scritta alle altre Parti, qualora ravvisi un rilevante inadempimento da parte del Soggetto accreditato degli obblighi su questo gravanti a norma degli artt. 1, 3, 4,.

12-RISULTATO OCCUPAZIONALE

Il Soggetto accreditato si impegna a svolgere il servizio di assistenza intensiva e a conseguire il risultato occupazionale. Si intende per risultato occupazionale la conclusione da parte della Persona interessata di un contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato a tutele crescenti ivi compreso il contratto di apprendistato o a tempo determinato di durata ≥ 12 mesi, 6-11 mesi. Il risultato occupazionale viene raggiunto, fermo restando la durata minima dei contratti a tempo determinato precedentemente detta, anche con l'utilizzo della proroga di contratti con una durata iniziale minore ai sensi del Dlgs 15 giugno 2015, n. 81.

13- PAGAMENTO

Il pagamento dell'erogazione del servizio di assistenza intensiva avviene con l'effettivo inserimento lavorativo e l'importo è proporzionato in base alla tipologia del contratto e alla durata dello stesso secondo le modalità indicate nell'Avviso pubblico. Fermo restando quanto stabilito al comma 5, dell'art. 9, qualora il Soggetto accreditato svolga l'attività oggetto del presente contratto, secondo buona fede e correttezza, senza reperire nel termine di cui all'art. 2 una occupazione il più possibile corrispondente alle capacità professionali e alle aspirazioni della Persona interessata a causa della mancata domanda del mercato del lavoro, non è considerato inadempiente rispetto al presente contratto e ha diritto al pagamento del servizio di orientamento specialistico reso secondo le modalità indicate nell'avviso.

14- TUTELA DELLA PRIVACY

Il CPI e il Soggetto accreditato, ai fini del trattamento dei dati personali della "persona interessata", sono tenuti al rispetto di quanto disposto dal Dlgs 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali).

In particolare:

1. La raccolta e il trattamento dei dati conferiti sono effettuati con la esclusiva finalità di abilitare l'utente all'accesso e fruizione dei servizi ivi richiesti.
2. Il trattamento dei dati, realizzato attraverso operazioni o complessi di operazioni indicate nel d.lgs. 196/2003 sopra citato, sarà effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici e/o con supporti cartacei.
3. L'eventuale rifiuto di conferire i dati personali da parte dell'interessato comporta l'impossibilità per lo stesso di usufruire dei servizi richiesti.

Per il CPI il responsabile e titolare dei dati è _____

Per il Soggetto Accreditato il responsabile e titolare dei dati è _____

In relazione al trattamento dei dati raccolti, la persona interessata potrà esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del suddetto d. lgs. 196/2003. In particolare può:

- ottenere dal titolare o dai responsabili del trattamento dei dati la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile;
- avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento;

ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o l'integrazione dei dati;

- opporsi, per motivi legittimi, al trattamento.

Per il Centro per l'Impiego (o di un suo delegato)

.....

La Persona interessata
 Per il Soggetto accreditato

ALLEGATO 3

DICHIARAZIONE NUMERO MASSIMO DESTINATARIE PRESE IN CARICO

(da allegare alla candidatura)

La società/l'ente, con sede legale in
, via
 P. Iva

in persona del/la Sig./ra,
 rappresentante,

legale (in caso di delega citare la delega e le generalità del delegato) ivi domiciliato per la carica
 nato/a a Prov. il
 con qualifica di

....., da qui in avanti indicata come
 "Soggetto accreditato"

nell'ambito delle attività svolte in relazione all'Avviso pubblico "Candidatura per i servizi del
 Contratto di ricollocazione per le donne con figli minori"

Dichiara:

- che si rende disponibile ad erogare i servizi specialistici previsti dall'Avviso pubblico
 "Candidatura per i servizi del Contratto di ricollocazione per le donne con figli minori" ad un
 numero massimo di destinatarie pari a
- che è consapevole che tale numero può essere integrato con atto della Regione Lazio solo in caso
 di risultato positivo inteso come ricollocazione delle destinatarie;
- che, in ogni caso, non potrà erogare i servizi specialistici previsti ad un numero superiore a 100
 destinatarie.

Di realizzare le attività presso la sede accreditata sita in:

Città via n. Prov.
 data

Per il Soggetto accreditato

(Timbro)

1

Allegato 4

Piano Personalizzato

Nome Destinatario Soggetto Accreditato

Codice fiscale Nominativo OMLS

Accompagnamento Lavoro subordinato

Accompagnamento Lavoro autonomo/creazione d'impresa

Obiettivo

Settore

Mansione

Descrizione dettagliata attività da svolgere

Durata percorso

accompagnamento

n. ore:

Motivazione della durata del percorso

Data:

FIRMA

DESTINATARIA

FIRMA OMLS

ENTE ACCREDITATO

LOMBARDIA

Comunicato regionale 28 giugno 2016 - n. 112 - Avviso pubblico per manifestazione di interesse «Associata» a realizzare interventi, nel secondo semestre 2016, secondo quanto disposto dal piano triennale di interventi contro la povertà di cui alla d.g.r. 1992 del 2014. (BUR n. 26 del 1.7.16)

Note

La Regione Lombardia in attuazione delle proprie linee programmatiche con d.g.r.1992 del 20 giugno 2014 approva il «Piano triennale 2014-2016 di interventi contro la povertà attraverso la promozione dell'attività di recupero e distribuzione dei prodotti alimentari a fini di solidarietà sociale».

A completamento del secondo anno di attività (2015) che ha visto una quantità complessiva di alimenti raccolti pari a Ton.18.300 per un numero complessivo di assistiti pari a 253725, procede alla pubblicazione dell'avviso pubblico di manifestazione di interesse associata per, perseguire, in continuità, con quanto realizzato nelle precedenti annualità, la valorizzazione e l'integrazione degli interventi realizzati dagli enti no profit presenti sul territorio per promuovere l'attività di recupero e distribuzione dei prodotti alimentari ai fini di solidarietà sociale.

In particolare, per l'anno 2016, l'obiettivo da perseguire è il seguente:

Incrementare e migliorare la raccolta di prodotti alimentari da redistribuire alle strutture caritative

A tal fine

AVVISA

che sono aperti i termini per raccogliere manifestazioni di interesse «associate» per la realizzazione, nel corso del secondo semestre 2016, delle seguenti azioni:

incremento del recupero dai canali industria e distribuzione, aumentando il numero di partner con i quali estendere le collaborazioni;

sviluppo della raccolta presso la GDO aumentando il numero dei centri di distribuzione e ampliando il numero dei punti vendita da cui recuperare ed aumentando la tipologia e numero di strutture caritative beneficiarie

sviluppo di nuove iniziative volte alla raccolta di alimenti

ricerca di forme di ampliamento del mix di prodotti distribuiti

rafforzamento della capacità operativa del gruppo dei volontari attraverso adeguata formazione/aggiornamento.

La manifestazione di interesse, secondo quanto contenuto nell'allegato A) «avviso pubblico di manifestazione di interesse «associata» per la realizzazione di interventi nel corso del secondo semestre 2016, può essere presentata da tutti gli enti non profit (soggetti non aventi finalità lucrative) ed in particolare, in via esemplificativa, le organizzazioni di volontariato, le cooperative sociali, associazioni ed enti di promozione sociale, fondazioni, enti di patronato e altri soggetti privati che, da almeno 5 anni, collaborano con enti pubblici/enti che erogano servizi territoriali (anche attraverso appositi protocolli di rete) per lo svolgimento di attività sociali volte a:

promuovere progetti sperimentali per rispondere alle necessità alimentari dei poveri, secondo una logica di sussidiarietà, promuovendo il coinvolgimento della società civile (volontari, imprenditori) e aiutando, dall'altro il povero ad essere protagonista del cambiamento e miglioramento delle proprie condizioni di vita;

promuovere una economia positiva, attraverso la collaborazione delle aziende profit, per la realizzazione di risparmi da destinare a chi ne ha bisogno.

I soggetti dovranno essere legati tra loro da accordi di partnership o da analoghe forme di concertazione.

I soggetti facenti parte della partnership devono avere sede legale ed operativa sul territorio regionale, essere iscritti negli appositi registri regionali, operare sul territorio lombardo, operare prioritariamente nel settore dell'assistenza sociale e della tutela ambientale.

Il termine per la presentazione della manifestazione di interesse «associata» è fissato al **29 luglio 2016**.

L'istanza, compilata secondo gli allegati B), C), D), E), F), scansionata in formato pdf non modificabile, anche in un unico file, dovranno essere trasmessi mediante posta elettronica certificata e pervenire **entro e non oltre le ore 12 del 29 luglio 2016 al seguente indirizzo:**

redditodiautonomia@pec.regione.lombardia.it

Le manifestazioni di interesse di soggetti privi dei requisiti indicati nel citato avviso non saranno prese in considerazione.

PUGLIA

DGR 28.6.16, n. 928 - Legge Regionale 14 marzo 2016, n. 3 recante la disciplina della “Reddito dignità reg.le e politiche per l’inclusione sociale attiva”. R.R. n. 8 del 23 giugno 2016. Approvazione avviso pubblico per le manifestazioni di interesse ad ospitare tirocini dei beneficiari del reddito di dignità. (BUR n. 80 dell’11.7.16)

Note

PREMESSA

In data 15 marzo 2016 è stata pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia la legge regionale 14 marzo 2016, n. 3, “Reddito di Dignità e politiche per l’inclusione sociale attiva”, che all’art. 13 prevede che la Giunta Regionale approvi entro 60 (sessanta) giorni dalla entrata in vigore della legge il Regolamento attuativo.

Fatti salvi gli obiettivi e le caratteristiche della misura regionale di sostegno al reddito e contrasto alla povertà denominata “ReD” — Reddito di Dignità (di seguito ReD), nonché le finalità, gli strumenti e le procedure per la realizzazione della strategia regionale per l’inclusione sociale attiva, la legge regionale n. 3/2016 promuove il coordinamento della misura ReD con la misura nazionale di sostegno al reddito denominata SIA — Sostegno per l’Inclusione Attiva, come introdotta dall’art. 1 co. 386 della I.n. 208/2015 (Legge di Stabilità 2016).

IL REGOLAMENTO ATTUATIVO

In questo contesto, la Giunta Regionale ha provveduto alla approvazione del regolamento attuativo della legge regionale, il Regolamento Regionale n. 8 del 23 giugno 2016 pubblicato sul BURP n. 72/2016, assicurando la maggiore coerenza con il Decreto Interministeriale del Ministero del Lavoro e Politiche sociali di concerto con il Ministero Economie e Finanze, firmato il 26 maggio 2016 che, in attuazione della I. n. 208/2015, che disciplina il SIA nazionale e per la cui stesura la Direzione Generale Inclusione e Politiche sociali del MLPS ha mantenuto un confronto costante con le strutture tecniche deputate degli Assessorati al Welfare di tutte le Regioni italiane, attraverso il “Tavolo dei programmatori sociali” istituito in seno alla governance del PON Inclusione.

Il Regolamento Regionale n. 8 del 23 giugno 2016 di disciplina del Reddito di Dignità, pertanto, è conforme ai principi e agli indirizzi contenuti:

- nel Regolamento (UE) n. 1304/2013 che disciplina l’utilizzo delle risorse del Fondo Sociale Europeo per il POR 2014-2020;
- nell’accordo approvato in Conferenza Unificata in data 22 gennaio 2015 sul documento recante “Linee guida per i tirocini di orientamento, formazione e inserimento/reinserimento finalizzate all’inclusione sociale, all’autonomia delle persone e alla riabilitazione”;
- nell’accordo approvato in Conferenza Unificata in data 11 febbraio 2016 sul documento recante “Linee guida per la predisposizione e attuazione dei progetti di presa in carico del Sostegno per l’Inclusione Attiva”;
- nel Decreto Interministeriale del Ministero del Lavoro e Politiche sociali di concerto con il Ministero Economie e Finanze, firmato il 26 maggio 2016, e in corso di registrazione alla Corte dei Conti per la successiva pubblicazione in Gazzetta Ufficiale;
- nel parere della Terza Commissione Consiliare nonché nei contributi offerti da tutti i soggetti del partenariato istituzionale e socioeconomico del Tavolo di cui all’articolo 14 della legge regionale.

L’ATTIVAZIONE DEI TIROCINI

Il Regolamento Regionale n. 8 del 23 giugno 2016, in particolare, al Titolo VI, artt. 13-15-1617, ha provveduto ad integrare, limitatamente all'attuazione del ReD, la normativa regionale dei tirocini per l'inserimento, di cui al Regolamento Regionale 10 marzo 2014, n. 3, recante disposizioni concernenti l'attivazione di tirocini diretti all'orientamento e all'inserimento nel mercato del lavoro, per introdurre nel quadro normativo regionale la disciplina dei tirocini di orientamento, formazione, inserimento e/o reinserimento finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione in favore di persone con fragilità di cui all'articolo 1, comma 2 lettera d) della Legge Regionale 5 agosto 2013, n. 23 "Norme in materia di percorsi formativi diretti all'orientamento e all'inserimento nel mercato del lavoro", come modificata dalla Legge Regionale 7 aprile 2015, n. 14 "Disposizioni urgenti in materia di sviluppo economico, lavoro, formazione professionale, politiche sociali, sanità, ambiente e disposizioni diverse".

Per farlo si è ritenuto di dover recepire appieno gli indirizzi all'intesa Stato — Regioni del 22 gennaio 2015 per i tirocini per l'inclusione, che tra l'altro prevede la deroga espressa al par. 9 delle Linee guida nazionali sui tirocini proprio sul rapporto personale-tirocinanti, e quindi, nel contesto della normativa regionale, consente di derogare per quanto attiene ai parametri e ai vincoli per l'attivazione dei tirocini per l'inclusione all'art. 3 della I.r. n. 23/2013.

L'INCLUSIONE ED I PROGETTI PERSONALIZZATI

Il Regolamento regionale prevede, inoltre, all'articolo 3 comma 1 lett. b) che la *"indennità economica di attivazione, (è) connessa alla partecipazione al tirocinio sociolavorativo per l'inclusione o ad altro percorso di attivazione individuale, come definito nell'ambito del patto individuale di inclusione sociale attiva"* e all'articolo 11 comma 4 che *"Al fine di accrescere il pronostico di efficacia dei patti individuali di inclusione sociale attiva e dei progetti personalizzati in essi compresi, in considerazione del contesto comunitario in cui gli stessi saranno definiti, i Comuni associati in Ambiti territoriali sociali possono sottoscrivere appositi patti di comunità con le organizzazioni del terzo settore e le altre organizzazioni private per supportare la presa in carico e la piena integrazione delle persone beneficiarie del Reddito di Dignità"*.

IL CATALOGO REGIONALE

Per il buon esito dell'attuazione della misura regionale Reddito di Dignità viene costituito e popolato un Catalogo regionale, pur articolato per Ambiti territoriali sociali, di opportunità di inserimento che siano caratterizzate o come tirocini per l'inclusione, presso enti pubblici o organizzazioni private, oppure come progetti di sussidiarietà e attività di prossimità, al fine di consentire a tutte le organizzazioni, anche a quelle informali ma assai radicate nelle comunità locali, di ospitare cittadini beneficiari del ReD per accompagnarne il rispettivo percorso di attivazione.

L'AVVISO PUBBLICO

L'Avviso pubblico è chiamato a disciplinare le modalità procedurali ed attuative dell'intervento, per la costituzione di un Catalogo di "progetti di tirocinio per l'inclusione sociale" di cui al comma 2 dell'art. 15 del Regolamento regionale n. 8 del 23/06/2016, in cui sono rappresentate tutte le manifestazioni di interesse ad ospitare tirocini per l'inclusione a beneficio dei soggetti che risulteranno assegnatari del Reddito di Dignità.

IL LEGAME CON I PROGETTI LOCALI

Il medesimo Avviso supporta anche la costituzione di un elenco apposito di "Progetti di sussidiarietà e prossimità nelle comunità locali", ovvero proposte di progetti di sussidiarietà per attività al servizio delle comunità locali e servizi di prossimità, in cui i beneficiari del Reddito di Dignità possano essere coinvolti con l'obiettivo più generale della attivazione e inclusione sociale.

LE SEZIONI

In particolare l'Avviso pubblico di cui all'Allegato 1 alla presente proposta di Deliberazione, per farne parte integrante e sostanziale, è declinato nelle seguenti sezioni:

- Ambito di applicazione e obiettivi dell'intervento
- Soggetti ospitanti
- Ambiti di intervento per l'attivazione dei progetti
- Durata, capienza e sedi dell'intervento

- Destinatari finali
- Obblighi dei soggetti proponenti
- Modalità di presentazione delle manifestazioni di interesse
- La fase istruttoria delle proposte progettuali
- Modalità di attivazione e di monitoraggio del Progetto
- Informazioni di carattere generale.

IL FORMULARIO

E' allegato anche il formulario (sub Allegato 2) per la presentazione della manifestazione di interesse e la candidatura dei relativi progetti, che costituisce riferimento vincolante per la costruzione della procedura on line di candidatura, sulla piattaforma accessibile dal link www.sistema.puglia.it/red a cura di Innovapuglia SpA, che sarà attivata entro 10 gg dalla pubblicazione sul BURP dello stesso Avviso.

IL LAVORO DI CONCERTAZIONE

Per la presentazione dell'Avviso pubblico di cui all'Allegato 1, la struttura tecnica regionale per l'attuazione del Reddito di Dignità ha operato privilegiando:

- il confronto e la partecipazione di tutti i soggetti del Tavolo di Partenariato come previsto all'articolo 14 della l.r. n. 3/2016, che nella fase preliminare ha svolto i suoi lavori congiuntamente alla Cabina di Regia per l'attuazione della misura denominata "Reddito di Dignità", in particolare con le riunioni del 15 aprile, del 5-13-23 maggio 2016 e con la procedura di consultazione scritta per l'istruttoria della proposta definitiva di articolato;
- il dialogo continuo con la struttura della Direzione Generale Inclusione e Politiche Sociali del Ministero del Lavoro e Politiche Sociali impegnata contestualmente nella definizione della disciplina del SIA, con cui il ReD è chiamato ad integrarsi per il più organico utilizzo di tutte le risorse disponibili.

L'APPROVAZIONE DELL'AVVISO PUBBLICO

Viene approvato il testo dell'Avviso pubblico regionale per la presentazione di manifestazioni di interesse a Progetti di inclusione per il Reddito di Dignità negli Ambiti territoriali sociali come riportato in Allegato A al presente provvedimento, per farne parte integrante e sostanziale (a cui si rinvia).

Viene approvato il format del formulario per la presentazione delle manifestazioni di interesse di cui all'Avviso pubblico regionale, come riportato in Allegato B al presente provvedimento, per farne parte integrante e sostanziale.

DGR 7.7.16, n. 1014 -Legge Regionale 14 marzo 2016, n. 3 recante la disciplina della "Reddito di dignità regionale e politiche per l'inclusione sociale attiva". R.R. n. 8 del 23 giugno 2016. Approvazione avviso pubblico per la domanda di accesso al Reddito di Dignità da parte dei cittadini. (BUR n. 80 dell' 11.7.16)

Note

PREMESSA

Il Programma Operativo Puglia 2014-2020 (FESR-FSE) (CCI 20141T16M2OP002) adottato dalla Commissione europea a chiusura del negoziato formale con Decisione CE C(2015) 5854 del 13 agosto 2015 agli Obiettivi Tematici VIII e IX fissa gli obiettivi generali di intervento e le priorità di investimento per l'attuazione di una più ampia strategia regionale per il contrasto alle povertà e per l'inclusione sociale attiva di persone svantaggiate sotto il profilo economico, con disabilità, vittime di violenza o grave sfruttamento e a rischio di discriminazione.

In relazione alle priorità di investimento di cui agli Assi VIII e IX del POR Puglia 2014-2020, con legge regionale n. 3 del 14 marzo 2016, "*Reddito di dignità regionale e politiche per l'inclusione sociale attiva*", la Regione Puglia ha inteso promuovere una strategia organica di contrasto al disagio socioeconomico, alle povertà e all'emarginazione sociale, attraverso l'attivazione di interventi integrati per l'inclusione sociale attiva, nel rispetto dell'articolo 34 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, degli articoli 1, 2, 3, 4, 38, della Costituzione italiana, nonché in sinergia e coerenza con i requisiti, le modalità di accesso, e i criteri di determinazione del beneficio

economico della misura di sostegno al reddito nazionale, denominato Sostegno per l'Inclusione Attiva (S.I.A.), di cui all'articolo 1, comma 386, della legge n. 208/2015, come definiti dal decreto interministeriale di cui all'articolo 1, comma 387, della medesima legge n. 208/2015.

In data 15 marzo 2016 è stata pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia la legge regionale 14 marzo 2016, n. 3, "Reddito di Dignità e politiche per l'inclusione sociale attiva", che all'art. 13 prevede che la Giunta Regionale approvi entro 60 (sessanta) giorni dalla entrata in vigore della legge il Regolamento attuativo, e che individua tra le risorse a finanziamento della Misura "ReD" anche il Fondo Sociale Europeo di cui agli OT VIII e OT IX.

LA COERENZA CON IL DETTATO STATALE

In questo contesto, la Giunta Regionale ha provveduto alla approvazione del regolamento attuativo della legge regionale, il Regolamento Regionale n. 8 del 23 giugno 2016 pubblicato sul BURP n. 72/2016, assicurando la maggiore coerenza con il Decreto Interministeriale del Ministero del Lavoro e Politiche sociali di concerto con il Ministero Economie e Finanze, firmato il 26 maggio 2016 che, in attuazione della I. n. 208/2015, che disciplina il SIA nazionale e per la cui stesura la Direzione Generale Inclusione e Politiche sociali del MLPS ha mantenuto un confronto costante con le strutture tecniche deputate degli Assessorati al Welfare di tutte le Regioni italiane, attraverso il "Tavolo dei programmatori sociali" istituito in seno alla governance del PON Inclusione. Le caratteristiche della Misura sono, inoltre, coerenti con i criteri di selezione delle operazioni, con i target di destinatari, con le fasi procedurali di selezione di cui al Documento "Metodologia e Criteri per la selezione delle operazioni" approvato dal Comitato di Sorveglianza del POR Puglia 2014-2020 nella seduta dell'11 marzo 2016.

LA CONFORMITÀ CON LE DEIRETTIVE EUROPEE E STATALI

Il Regolamento Regionale n. 8 del 23 giugno 2016 di disciplina del Reddito di Dignità è conforme ai principi e agli indirizzi contenuti:

- nel Regolamento (UE) n. 1304/2013 che disciplina l'utilizzo delle risorse del Fondo Sociale Europeo per il POR 2014-2020 e nel documento di programmazione regionale per i fondi strutturali POR Puglia 2014-2020 con specifico riferimento all'Asse VIII-Occupazione, sia per i percorsi integrati di inserimento lavorativo ed inclusione sociale delle persone maggiormente vulnerabili, e all'Asse IX-inclusione sociale e lotta alla povertà;
- nell'accordo approvato in Conferenza Unificata in data 22 gennaio 2015 sul documento recante "Linee guida per i tirocini di orientamento, formazione e inserimento/reinserimento finalizzazione all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione";
- nell'accordo approvato in Conferenza Unificata in data 11 febbraio 2016 sul documento recante "Linee guida per la predisposizione e attuazione dei progetti di presa in carico del Sostegno per l'Inclusione Attiva";
- nel Decreto Interministeriale del Ministero del Lavoro e Politiche sociali di concerto con il Ministero Economie e Finanze, firmato il 26 maggio 2016, e in corso di registrazione alla Corte dei Conti per la successiva pubblicazione in Gazzetta Ufficiale;
- nel parere della Terza Commissione Consiliare nonché nei contributi offerti da tutti i soggetti del partenariato istituzionale e socioeconomico del Tavolo di cui all'articolo 14 della legge regionale.

LA SPECIFICITÀ DEGLI AVVISI

I criteri di selezione delle operazioni per gli interventi finanziati con FSE, come approvati dal Comitato di Sorveglianza del POR Puglia 2014-2020 nella riunione dell'11 marzo 2016, individuano gli avvisi di diritto pubblico per l'erogazione di finanziamenti a terzi (persone, imprese, ecc.), secondo le procedure previste dalla normativa comunitaria, nazionale e regionale vigente. L'avviso pubblico è individuato sia per le azioni rivolte a sostenere l'inserimento di soggetti svantaggiati di cui all'Asse VIII-Occupazione, sia per i percorsi integrati di inserimento lavorativo ed inclusione sociale delle persone maggiormente vulnerabili di cui all'Asse IX-inclusione sociale e lotta alla povertà.

Si tratta di un avviso pubblico con procedura a sportello che per le fasi procedurali, i requisiti di ammissibilità e i criteri di valutazione, i soggetti beneficiari e i target di destinatari finali è del tutto

coerente con quanto previsto dal Documento “Metodologia e Criteri per la Selezione delle operazioni” approvato dal Comitato di Sorveglianza del POR Puglia 2014-2020.

I REQUISITI E CRITERI PER L'ACCESSO

Il Regolamento Regionale n. 8 del 23 giugno 2016, in particolare, al Titolo II, artt. 4-5, ha provveduto a declinare i requisiti soggettivi minimi per l'accesso e i criteri di valutazione dei bisogni prioritari della persona che presenta istanza di accesso al ReD e del rispettivo nucleo familiare, come risultante dalla Dichiarazione Sostitutiva Unica ai fini ISEE. I requisiti di accesso e il sistema dei punteggi da attribuire in base alle caratteristiche del nucleo familiare sono stati definiti nel rispetto dei criteri generali fissati dalla L.r. 14 marzo 2016, n. 3, istitutiva del Reddito di Dignità, nonché in coerenza con i requisiti di accesso al SIA-Sostegno per l'inclusione sociale attiva di cui all'artt. 1 co. 386 e seguenti della L. n. 208/2015 (Legge di Stabilità 2016), così come disciplinati in dettaglio nel Decreto Interministeriale del 26 maggio 2016.

Il Titolo III del Regolamento regionale, disciplina, inoltre, il percorso procedurale per portare un soggetto richiedente il ReD dalla domanda alla fruizione del beneficio economico e alla presa in carico multi professionale da parte della rete dei servizi, con la definizione di un progetto individuale per l'inclusione sociale attiva e l'attivazione del percorso di tirocinio. Anche per le procedure di istruttoria e di definizione della presa in carico multiprofessionale la disciplina regionale del ReD è strettamente coerente con quanto già definito dal Decreto Interministeriale 26 maggio 2016, con specifico riferimento al ruolo di INPS come “Soggetto Attuatore” che, ai fini dell'istruttoria delle domande di accesso al ReD, procederà in cooperazione applicativa con le procedure informatiche regionali per l'istruttoria e la valutazione delle domande.

L'ITER DELLE DOMANDE

Ai fini della presentazione delle domande da parte dei cittadini, la procedura di accesso al ReD definita da Regione Puglia si caratterizza rispetto alla procedura definita a livello nazionale dal Decreto Interministeriale 26 maggio 2016 ai sensi del co. 387 art. 1 della L. n. 208/2015 per le seguenti caratteristiche:

- presentazione delle domande non in forma cartacea ai Comuni ma esclusivamente mediante piattaforma web;
- accesso alla piattaforma web o diretta degli utenti o supportata dalla rete dei CAF e dei Patronati territoriali, appositamente convenzionati con gli Ambiti territoriali, nonché dal segretariato sociale di Ambito territoriale, se individuato come front-office;
- trasmissione delle verifiche dei requisiti autocertificati a cura dei Comuni e a cura dell'INPS tramite piattaforma informatica;
- presa in carico di tutti gli aventi diritto a SIA-ReD e a ReD con un progetto individuale di inclusione sociale attiva e con le relative misure di attivazione;
- determinazione dell'importo da assegnare a ciascun beneficiario considerando l'integrazione della componente SIA, se applicabile, e della componente ReD, in relazione alla composizione del nucleo familiare e alla estensione oraria del tirocinio assegnato.

L'articolo 6 del Regolamento Regionale n. 8 del 23 giugno 2016 prevede che *“Con apposito provvedimento della Giunta Regionale, è approvato entro trenta giorni dall'entrata in vigore del presente Regolamento l'Avviso pubblico per la presentazione delle domande per l'accesso al Reddito di Dignità, nonché lo schema della domanda e il manuale per l'accesso e l'utilizzo della piattaforma telematica unica per la presentazione delle domande, per l'istruttoria delle stesse, per la rendicontazione delle risorse utilizzate e per il monitoraggio dei patti per l'inclusione sociale attiva”*. E inoltre che *“La piattaforma telematica unica assicura la cooperazione applicativa con la piattaforma INPS per:*

- *la presentazione delle domande dei cittadini aventi i requisiti di accesso ;*
- *la verifica automatica dei requisiti di accesso, preliminare alle fasi di valutazione da parte delle equipe multi professionali di cui alla lett. g) dell'articolo 2;*
- *la gestione integrata della copertura finanziaria dei fondi nazionali e dei fondi regionali per ciascuna delle domande prese in carico e il monitoraggio delle dotazioni finanziarie residue”*.

L'AZIONE REGIONALE

Anche per la presentazione dell'Avviso pubblico di cui all'Allegato A, la struttura tecnica regionale per l'attuazione del Reddito di Dignità ha operato privilegiando:

- il confronto e la partecipazione di tutti i soggetti del Tavolo di Partenariato come previsto all'articolo 14 della Lr. n. 3/2016, che nella fase preliminare ha svolto i suoi lavori congiuntamente alla Cabina di Regia per l'attuazione della misura denominata "Reddito di Dignità", in particolare con le riunioni del 15 aprile, del 5-13-23 maggio 2016 e con la procedura di consultazione scritta per l'istruttoria della proposta definitiva di articolato;
- il dialogo continuo con la struttura della Direzione Generale Inclusione e Politiche Sociali del Ministero del Lavoro e Politiche Sociali impegnata contestualmente nella definizione della disciplina del SIA, con cui il ReD è chiamato ad integrarsi per il più organico utilizzo di tutte le risorse disponibili.

L'AVVISO PUBBLICO

Viene definito l'Avviso pubblico per regolare la presentazione delle domande e fornire ogni utile indicazione ai cittadini in possesso dei requisiti soggettivi minimi per l'accesso al ReD.

In particolare l'Avviso pubblico di cui all'Allegato A alla presente proposta di Deliberazione, per farne parte integrante e sostanziale, è declinato nelle seguenti sezioni:

- Obiettivi
- Composizione della misura
- Requisiti soggettivi per l'accesso al misura
- Quantificazione e definizione degli importi del trasferimento economico
- Modalità di presentazione delle domande
- Istruttoria delle domande
- Erogazione del trasferimento economico e presa in carico dei beneficiari
- Responsabile del procedimento per ciascun Ambito territoriale.

Il format di domanda, nel rispetto dei criteri generali approvati con il presente provvedimento, sarà oggetto di definizione operativa con apposito atto del dirigente della struttura tecnica regionale di attuazione del ReD, in coerenza con il modello di domanda proposto da INPS e approvato dal Ministero del Lavoro e Politiche Sociali.

I contenuti dell'Avviso di cui all'Allegato A del presente provvedimento definiscono inoltre il perimetro operativo entro cui sviluppare le fasi endoprocedimentali della procedura di presentazione delle domande di accesso al ReD e di istruttoria delle stesse per la selezione dei beneficiari finali, e forniscono, quindi, i contenuti vincolanti per l'accesso e l'utilizzo della piattaforma telematica unica per la presentazione delle domande, per l'istruttoria delle stesse, per la rendicontazione delle risorse utilizzate e per il monitoraggio dei patti per l'inclusione sociale attiva. Le domande dei soggetti richiedenti in possesso dei requisiti minimi sono indirizzate, per il tramite della piattaforma telematica, al Comune capofila di ciascun Ambito territoriale, che è soggetto beneficiario nella Misura Reddito di Dignità, in quanto responsabile dell'avvio e dell'attuazione delle operazioni, per le quali si avvale di INPS, in qualità di "soggetto attuatore per il Ministero del Lavoro e Politiche sociali", sia per la necessaria interoperabilità delle banche dati consultate per la verifica del possesso dei requisiti minimi, sia per la fase di erogazione del beneficio economico al destinatario finale.

IL FINANZIAMENTO

il Decreto Interministeriale del Ministero del Lavoro e Politiche sociali di concerto con il Ministero Economie e Finanze, firmato il 26 maggio 2016 ha, tra l'altro, approvato il riparto dei fondi assegnati dalla I. n. 208/2015, art. 1 co. 386, per la prima annualità 2016 pari ad Euro 750.000.000,00, da cui discende una assegnazione alla Puglia e ai suoi 45 Ambiti territoriali in misura pari ad Euro 78.679.621,00.

A questa dotazione si aggiungono le risorse che nell'ambito della Programmazione del POR Puglia 2014-2020 a valere sul FSE dell'OT VIII e OT IX saranno destinate ai percorsi di inclusione sociale attiva, sia in termini di indennità per la partecipazione a percorsi di tirocinio e di inclusione sociale

attiva sia per l'accesso ai servizi, in misura non inferiore a 30 milioni di euro per annualità, nel rispetto dei risultati attesi per ciascuna Azione, come dichiarati nel POR Puglia 2014-2020, oltre alle risorse comunitarie, nazionali e regionali per la compartecipazione dei servizi e il funzionamento delle strutture tecniche di Ambito territoriale per l'attuazione delle operazioni.

VALLE D'AOSTA

L.R. 10.11.15, n. 18 - Misure di inclusione attiva e di sostegno al reddito. (BUR 24.11.15, n. 47) Pervenuta il 26.6.16)

Art. 1

(Oggetto e finalità)

1. Al fine di dare attuazione ai diritti sanciti dall'articolo 34 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, ai principi di cui agli articoli 2, 3, 4 e 38 della Costituzione e in armonia con l'articolo 3 della legge costituzionale 26 febbraio 1948, n. 4 (Statuto speciale per la Valle d'Aosta), la Regione istituisce misure di inclusione attiva e di sostegno al reddito.

2. Le misure di inclusione attiva e di sostegno al reddito hanno lo scopo di rafforzare le politiche finalizzate al sostegno economico e all'inclusione sociale dei soggetti maggiormente esposti al rischio di marginalità nella società e nel mercato del lavoro, quali i disoccupati e i lavoratori autonomi in difficoltà economica.

Art. 2

(Misure di inclusione attiva e di sostegno al reddito)

1. Le misure di inclusione attiva e di sostegno al reddito sono un meccanismo di protezione sociale di ultima istanza, attivato una volta esauriti tutti gli altri ammortizzatori sociali previsti o accertata la loro inapplicabilità, che si sostanzia in un intervento economico limitato nel tempo e condizionato alla disponibilità di accettare un'offerta di lavoro, di partecipare a programmi di formazione, tirocinio formativo, riqualificazione e volontariato sociale specificatamente finalizzati al reinserimento nel mercato del lavoro.

2. Le misure di cui al comma 1 consistono nell'erogazione di un beneficio individuale monetario temporaneo per un ammontare fino a 4.400 euro lordi per il periodo massimo di erogazione previsto dall'articolo 5, da corrispondere in importi mensili fino a 550 euro. Suddetti importi possono essere aggiornati con deliberazione della Giunta regionale, previo parere della Commissione consiliare competente, compatibilmente con le disponibilità di bilancio.

3. L'ammontare del beneficio di cui al comma 2 è definito dalla delibera di Giunta di cui all'articolo 11 ed è commisurato sulla base della differenza tra il valore della soglia di accesso di cui all'articolo 3, comma 1, lettera f), e l'ISEE del beneficiario.

4. Le misure di cui al comma 1 non sono cumulabili con altri trattamenti di natura previdenziale, in essere alla data di presentazione della domanda di sostegno al reddito, ivi compresi i trattamenti di cassa integrazione, di indennità di mobilità e di indennità di disoccupazione, nonché con gli altri trattamenti assistenziali erogati dallo Stato o dalla Regione, ad esclusione dei contributi volti a ridurre la spesa sostenuta per il canone di locazione, di cui alla legge regionale 13 febbraio 2013, n. 3 (Disposizioni in materia di politiche abitative), e dei contributi per le spese per il riscaldamento domestico, di cui alla legge regionale 7 dicembre 2009, n. 43 (Disposizioni in materia di sostegno economico alle famiglie mediante concorso alle spese per il riscaldamento domestico).

5. Le misure di cui al comma 1 sono coordinate con le eventuali misure statali in materia di sostegno al reddito.

Art. 3

(Soggetti beneficiari e requisiti)

1. Possono beneficiare delle misure di cui all'articolo 2 i soggetti che, alla data di presentazione della domanda, sono in possesso dei seguenti requisiti:

a) avere compiuto il trentesimo anno di età;

b) essere cittadini italiani o cittadini di Stati appartenenti all'Unione europea regolarmente soggiornanti in Italia, ai sensi del decreto legislativo 6 febbraio 2007, n. 30 (Attuazione della

direttiva 2004/38/CE relativa al diritto dei cittadini dell'Unione e dei loro familiari di circolare e di soggiornare liberamente nel territorio degli Stati membri), o cittadini extracomunitari titolari di permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo, ai sensi del decreto legislativo 8 gennaio 2007, n. 3 (Attuazione della direttiva 2003/109/CE relativa allo status di cittadini di Paesi terzi soggiornanti di lungo periodo);

c) essere residenti nel territorio regionale per un periodo ininterrotto di almeno ventiquattro mesi; ⁽¹⁾

d) avere rilasciato la dichiarazione di immediata disponibilità (DID) allo svolgimento dell'attività lavorativa e aver sottoscritto il patto di servizio con uno dei Centri per l'Impiego presente sul territorio regionale, oppure, in alternativa, avere una partita IVA attiva;

e) aver prestato attività lavorativa subordinata o aver svolto attività di lavoro autonomo con partita IVA, per un periodo minimo di trecentosessantacinque giorni anche non continuativi, nei cinque anni antecedenti la data di presentazione della domanda;

f) essere in possesso di un ISEE ordinario o corrente, in corso di validità, ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 5 dicembre 2013, n. 159 (Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e dei campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)), non superiore a 6.000 euro. Tale soglia può essere aggiornata annualmente con deliberazione della Giunta regionale;

g) non aver maturato i requisiti per il trattamento pensionistico.

2. Il requisito di cui alla lettera e) del comma 1 può essere posseduto dal soggetto che presenta la domanda oppure da un componente del suo nucleo familiare.

Art. 4

(Domanda di accesso)

1. La domanda di accesso alle misure di cui all'articolo 2 è presentata presso il centro per l'impiego o lo sportello sociale competente rispetto al proprio luogo di residenza, mediante apposito modello, pubblicato nel sito istituzionale della Regione, corredato della documentazione attestante il possesso dei requisiti previsti per l'accesso alla misura e in particolare:

a) copia di attestazione ISEE ordinario o corrente in corso di validità;

b) autocertificazione attestante la residenza, alla data di presentazione della domanda, nel territorio regionale per un periodo ininterrotto di almeno ventiquattro mesi; ⁽²⁾

c) dichiarazione, resa ai sensi dell'articolo 30 della legge regionale 6 agosto 2007, n. 19 (Nuove disposizioni in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi), sulla composizione del nucleo familiare;

d) ogni altra documentazione stabilita con la deliberazione della Giunta regionale di cui all'articolo 11.

2. Il centro per l'impiego o lo sportello sociale ricevono la domanda e, in collaborazione con i servizi sociali del territorio e con le strutture regionali competenti in materia di politiche sociali e di assistenza economica, ne verificano la completezza e la sussistenza dei requisiti di cui all'articolo 3, redigono una proposta di patto di inclusione e la trasmettono al comitato tecnico di coordinamento di cui all'articolo 8, per i successivi adempimenti.

Art. 5

(Durata della concessione e obblighi del beneficiario)

1. Le misure di cui all'articolo 2 sono concesse per cinque mesi, eventualmente prorogabili di ulteriori tre mesi, dopo una sospensione di almeno un mese, nel caso in cui il patto di inclusione, avviato con esito positivo, necessiti di un ulteriore periodo di tempo per la sua completa realizzazione.

2. Il beneficiario è tenuto a comunicare tempestivamente allo sportello o al centro per l'impiego competente presso il quale ha presentato la domanda, con le modalità stabilite dalla deliberazione della Giunta regionale di cui all'articolo 11, ogni variazione della propria situazione reddituale, lavorativa, familiare o patrimoniale rilevante ai fini dell'erogazione della misura di inclusione attiva e di sostegno al reddito. In conseguenza di tali variazioni, la struttura competente opera le opportune variazioni nell'erogazione.

Art. 6

(Patto di inclusione)

1. Il beneficiario stipula con lo sportello sociale o con il centro per l'impiego competenti per territorio il patto di inclusione, esteso, per adesione, ai componenti del proprio nucleo familiare.
2. Il patto di inclusione può contenere obiettivi di inclusione sociale, di formazione, di occupabilità e di inserimento lavorativo, nonché di riduzione dei rischi di marginalità connessi all'intero nucleo familiare.
3. Il patto di inclusione prevede gli obblighi cui deve attenersi il beneficiario e le conseguenze della mancata osservanza di tali obblighi. Il patto è definito anche tenuto conto del percorso scolastico e professionale del richiedente, di quelli dei componenti il nucleo familiare, nonché delle risultanze dei colloqui con il richiedente medesimo.

Art. 7

(Decadenza dal beneficio)

1. Il beneficiario decade dalla misura di cui all'articolo 2 qualora:
 - a) dichiara il falso, all'atto della presentazione della domanda o delle successive integrazioni, in ordine anche a uno solo dei requisiti previsti, ovvero ometta di dichiarare eventuali variazioni sopravvenute. In tali ipotesi, il beneficiario è tenuto alla restituzione di quanto indebitamente percepito e dei relativi interessi maturati. Fino alla restituzione, ferme restando le conseguenze civili e penali, il soggetto non può richiedere l'erogazione di altri contributi regionali, anche qualora dovessero ricorrerne i presupposti;
 - b) abbia maturato i requisiti per il trattamento pensionistico;
 - c) perda, in base alle disposizioni vigenti, lo stato di disoccupazione oppure, se lavoratore autonomo, chiuda la partita IVA;
 - d) rifiuti una congrua offerta di lavoro o di partecipazione a programmi di formazione specificatamente finalizzati al reinserimento nel mercato del lavoro, proposta dal centro per l'impiego o dallo sportello sociale territorialmente competenti;
 - e) non rispetti il patto di inclusione per cause riferite al beneficiario stesso;
 - f) abbia perso la residenza nel territorio regionale.
2. Nei casi di cui al comma 1, lettere d) ed e), il beneficiario decaduto non può ripresentare la domanda di accesso alle misure di cui all'articolo 2 per un periodo di dodici mesi dalla violazione.

Art. 8

(Comitato tecnico di coordinamento per le misure di inclusione attiva e di sostegno al reddito)

1. Presso la struttura regionale competente in materia di politiche del lavoro e dell'impiego è istituito il comitato tecnico di coordinamento per le misure di inclusione attiva e di sostegno al reddito, di seguito denominato comitato.
2. Il comitato svolge, in particolare, i seguenti compiti:
 - a) valuta e approva le domande di accesso alla misura di inclusione attiva e di sostegno al reddito e i relativi patti di inclusione sociale;
 - b) effettua il monitoraggio sull'applicazione delle misure di cui all'articolo 2 avvalendosi della collaborazione di tutti i soggetti pubblici e privati interessati dall'applicazione della presente legge.
3. Il comitato è nominato con deliberazione della Giunta regionale, resta in carica per il periodo di applicazione di cui all'articolo 10, ed è composto da:
 - a) due rappresentanti della struttura regionale competente in materia di politiche del lavoro e dell'impiego, di cui uno con funzioni di coordinatore;
 - b) un rappresentante della struttura regionale competente in materia di politiche sociali;
 - c) un rappresentante della struttura regionale competente in materia di assistenza economica.
4. Alle riunioni del comitato possono essere invitati a partecipare gli operatori che hanno elaborato la proposta di patto di inclusione.
5. Le modalità di funzionamento del comitato sono stabilite con deliberazione della Giunta regionale. La partecipazione ai lavori del comitato non comporta oneri aggiuntivi per l'amministrazione regionale.

Art. 9

(Erogazione)

1. Le misure di inclusione attiva e di sostegno al reddito sono erogate, nei limiti delle disponibilità di bilancio, dalla struttura regionale competente in materia di politiche del lavoro e dell'impiego sulla base di specifiche graduatorie.

Art. 10

(Periodo di applicazione)

1. Gli interventi regionali per l'accesso alle misure di cui all'articolo 2 sono erogati fino al 31 dicembre 2018.

2. Fino alla scadenza della data di cui al comma 1, il beneficio può essere richiesto una sola volta per nucleo familiare.

3. Il comitato è incaricato di monitorare i risultati dell'applicazione della presente legge, raccogliendo, elaborando e analizzando i dati necessari e presentando alla Giunta regionale e alla Commissione consiliare competente, entro il 30 novembre di ogni anno, una relazione sull'attuazione della presente legge.

Art. 11

(Rinvio)

1. Entro il 31 dicembre 2015, la Giunta regionale disciplina con propria deliberazione i criteri, i requisiti e le modalità di concessione delle misure di cui all'articolo 2, nonché le modalità di presentazione, anche telematica, delle domande. La deliberazione stabilisce, inoltre, gli ulteriori compiti e adempimenti in capo alle strutture regionali competenti, nonché ogni ulteriore aspetto relativo all'applicazione della presente legge.

Art. 12

(Disposizioni finanziarie)

1. L'onere complessivo derivante dall'applicazione della presente legge è determinato in euro 1.400.000 per l'anno 2015 ed è finanziato sul fondo straordinario regionale per il sostegno all'inclusione sociale dei soggetti meno abbienti istituito, nell'ambito del fondo di dotazione della gestione speciale di FINAOSTA S.p.A., dall'articolo 3 della legge regionale 19 dicembre 2014, n. 13 (Legge finanziaria regionale per gli anni 2015/2017).

Art. 13

(Dichiarazione d'urgenza)

1. La presente legge è dichiarata urgente ai sensi dell'articolo 31, comma terzo, dello Statuto speciale per la Valle d'Aosta ed entrerà in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nel Bollettino ufficiale della Regione.

(1) Lettera modificata dal comma 1 dell'art. 1 della L.R. 25 gennaio 2016, n. 1.

Precedentemente la lettera recitava:

"c) essere residenti nel territorio regionale per un periodo ininterrotto di almeno trentasei mesi;"

(2) Lettera modificata dal comma 1 dell'art. 2 della L.R. 25 gennaio 2016, n. 1.

Precedentemente la lettera recitava:

"b) autocertificazione attestante la residenza, alla data di presentazione della domanda, nel territorio regionale per un periodo ininterrotto di almeno trentasei mesi;"

PRIVATO SOCIALE
BASILICATA

DGR 14.6.16, n. 639 - L.R. n. 39/1993 e s.m.i. "Norme di attuazione per la disciplina delle cooperative sociali". Approvazione Bando per la concessione di contributi destinati alle cooperative sociali di tipo A e B di cui all'art. 13 della L.R. n. 39/93 e s.m.i. - Anno 2016.

Note

La Legge 8.11.1991, n. 381 “Disciplina delle cooperative sociali” in particolare all’art. 9 attribuisce alle Regioni il compito di emanare le norme di attuazione, l’istituzione dell’albo regionale delle cooperative sociali, le modalità di raccordo con l’attività dei servizi socio-sanitari e norme volte alla promozione,

al sostegno e allo sviluppo della cooperazione sociale.

Con la L.R. n. 39/1993 e s.m.i. “Norme di attuazione per la disciplina delle cooperative sociali” che in attuazione dell’art. 9 della L. 381/91, è stata istituita e regolamentata la sezione dell’albo regionale delle cooperative riguardante le cooperative sociali, determina le modalità di raccordo con l’attività dei servizi socio sanitari e definisce le misure di promozione della cooperazione sociale

In relazione alla Legge 8 novembre 2000, n. 328, recante legge quadro per la realizzazione del sistema

integrato di interventi e servizi sociali, al I Piano Socio Assistenziale Regionale 2000-2002, approvato con Deliberazione del Consiglio Regionale n. 1280/99 ed alla L.R. n. 4/2007 “Rete regionale integrata

dei servizi di cittadinanza sociale” viene stabilito il ruolo e attività dei soggetti pubblici e degli attori sociali nell’ambito della programmazione e attuazione degli interventi, con la promozione e la valorizzazione delle capacità di sperimentazione e innovazione degli attori sociali e lo sviluppo di attività socio-economiche capaci di incrementare il capitale sociale, di valorizzare le risorse locali e di sostenere

l’inclusione dei soggetti deboli.

Con la D.G.R. n. 917 del 7/7/15 sono state approvate le “Linee guida per la formazione dei nuovi piani intercomunali dei servizi sociali e socio sanitari 2016- 2018”.

Con la D.G.R. n. 241 del 16/3/16 è stata data “Attuazione delle Linee guida per la formazione dei nuovi

Piani intercomunali dei servizi sociali e sociosanitari 2016-2018 - D.G.R. n. 917 del 7/7/15: Piano Regionale di Indirizzi”.

Con la L.R. n. 39/1993 e s.m.i. “Norme di attuazione per la disciplina delle cooperative sociali” all’art. 13, comma 1 punto 2, sono previsti incentivi specifici a favore di singole iniziative”, e al successivo comma 3 del medesimo articolo sono esplicitati gli interventi soggetti a incentivi.

La suddetta normativa regionale intende sostenere le capacità operative del settore della cooperazione sociale e a tal fine, prevede tra l’altro, alla lettera b) comma 3 dell’art. 13 della citata L.R. n. 39/1993 e s.m.i., “contributi per il sostegno di iniziative di sperimentazione di nuovi servizi o di nuove metodologie di intervento.

LA DISPOSIZIONE

Viene approvato il bando di cui all’Allegato “A”- che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, finalizzato ad incentivare singoli interventi di cui alla Legge Regionale n. 39/1993 e s.m.i., articolo 13 comma 3 lettera b) e che definisce criteri, modalità e priorità per l’assegnazione dei contributi economici a favore delle cooperative sociali (a cui si rinvia).

Viene utilizzata la somma complessiva pari ad Euro 40.000,00, ripartendola secondo le seguenti modalità:

- 60%, pari a Euro 24.000,00, per contributi a sostegno di progetti presentati da cooperative sociali di tipo A;
- 40%, pari a Euro 16.000,00, per contributi a sostegno di progetti presentati da cooperative sociali di tipo B.

NB

Gli allegati, sono sul sito internet della Regione all’indirizzo www.regione.basilicata.it.

LOMBARDIA

DGR 27.6.16 - n. X/5343 - Determinazioni in ordine alla modalità di valutazione dei progetti di servizio civile nazionale tramite l’adozione di criteri aggiuntivi regionali (BUR n. 26 del 30.6.16)

Note

Gli enti di servizio civile iscritti alla sezione regionale dell'albo del Servizio Civile Nazionale vengono autorizzati: :

a presentare congiuntamente i progetti di Servizio Civile (co-progettazione) per un numero di giovani superiori a due;

a elaborare progetti per un numero minimo di due giovani, ma non in co-progettazione.

Vengono approvati, secondo lo schema dell'allegato A, parte integrante e sostanziale della delibera, i criteri aggiuntivi con le modalità procedurali normate dal d.m.30 maggio 2014 ««Pron-tuario contenente le caratteristiche e le modalità per la redazione e la presentazione dei progetti di servizio civile nazionale da realizzare in Italia e all'estero, nonché i criteri per la selezione e la valutazione degli stessi»»;

PUGLIA

L.R. 5.7.16, n. 17 - Riconoscimento, valorizzazione e sostegno della funzione socioeducativa delle attività di oratorio. (BUR n. 78 del 5.7.16)

Art. 1

Finalità e oggetto

1. La Regione Puglia, in ottemperanza ai principi generali della legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), della legge 1 agosto 2003, n. 206 (Disposizioni per il riconoscimento della funzione sociale svolta dagli oratori e dagli enti che svolgono attività simili e per la valorizzazione del loro ruolo), e della legge regionale 10 luglio 2006, n. 19 (Disciplina del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini di Puglia), riconosce la funzione educativa, formativa, aggregatrice e sociale svolta dagli enti ecclesiastici della Chiesa cattolica, dall'ente parrocchia, dagli istituti religiosi e dagli altri enti di culto riconosciuti dallo Stato attraverso le attività di oratorio.

2. Le attività di oratorio si inseriscono nel sistema integrato dei servizi per le persone e per le comunità quali strumenti di aggregazione socioeducativa delle comunità locali, e sono rivolte alla promozione, all'accompagnamento e al sostegno della crescita armonica dei minori, degli adolescenti, dei giovani, delle persone con disabilità, e delle famiglie che vi accedono spontaneamente.

Art. 2

Partecipazione ad organismi regionali e territoriali

1. Nel rispetto di quanto già previsto all'articolo 21 della L.r. 19/2006, la Regione, in fase di elaborazione del Piano regionale delle politiche sociali triennale, invita la Regione ecclesiastica Puglia, le organizzazioni che rappresentano gli altri enti di culto riconosciuti dallo Stato, a far parte degli appositi tavoli di programmazione partecipata, mediante rappresentanti da loro designati.

2. Analogamente i comuni associati in ambiti territoriali sociali, ai sensi dell'articolo 5 della L.r. 19/2006, coinvolgono gli enti di cui all'articolo 1, comma 1, effettivamente operativi nel territorio dell'ambito, che intervengono tramite le diocesi, le province degli istituti religiosi e le organizzazioni di altri enti di culto riconosciuti dallo Stato, nella attività di progettazione partecipata degli interventi e dei servizi che concorrono alla formazione del rispettivo Piano sociale di zona triennale.

Art. 3

Progetti e sostegno alla realizzazione

1. La Regione riconosce, ai sensi dell'articolo 1, comma 4, della L. 328/2000, e dell'articolo 21 della L.r. 19/2006, la titolarità delle parrocchie, degli istituti religiosi e degli altri enti religiosi e di culto riconosciuti dallo Stato a presentare programmi, azioni e interventi per la promozione della famiglia, per l'accompagnamento e il supporto della crescita armonica dei minori e dei giovani, per prevenire e contrastare la discriminazione, la devianza minorile, il disagio sociale di adulti in difficoltà e dei nuclei familiari, per sostenere le responsabilità genitoriali, per promuovere le relazioni d'aiuto nella comunità locale, per favorire l'interculturalità e l'interreligiosità, per offrire

opportunità di accesso ad attività motorie, sportive e ludico-ricreative per l'aggregazione giovanile e la promozione dei corretti stili di vita.

2. Gli enti locali possono individuare i soggetti di cui all'articolo 1 quali soggetti cui affidare in comodato d'uso gratuito beni mobili e immobili di proprietà o confiscati per la rifunzionalizzazione e la finalizzazione per attività sociali e socioeducative, anche attraverso l'accesso a finanziamenti regionali vincolati e comunque nel rispetto della vigente normativa in materia di trasparenza, efficienza ed economicità.

Art. 4

Protocollo d'intesa

1. Per le finalità di cui all'articolo 1 e per la realizzazione dei progetti di cui all'articolo 3 e per definire specifici ambiti di intervento e criteri di selezione degli enti religiosi e di culto riconosciuti dallo Stato, la Regione si impegna a sottoscrivere un apposito protocollo d'intesa con la Regione ecclesiastica Puglia.

2. Il Protocollo di intesa definisce tra l'altro le modalità per:

- a) favorire il funzionamento delle strutture in cui si svolgono le attività di oratorio;
- b) sostenere la formazione degli operatori;
- c) incentivare la ricerca e la sperimentazione di attività e metodologie di intervento, soprattutto a carattere innovativo.

Art. 5

Convenzioni

1. I soggetti che possono beneficiare degli interventi della Regione Puglia, di cui alla presente legge, accedono ai finanziamenti resi disponibili sulla base di presentazione di specifici progetti in ossequio alle procedure, alle modalità e agli adempimenti definiti nei rispettivi awisi pubblici per la selezione degli interventi nell'ambito di linee di attività a regia regionale.

2. Nell'ambito degli obiettivi fissati nel Piano regionale delle politiche sociali e nei Piani sociali di zona, di cui alla I.r. 19/2006, i comuni associati possono stipulare convenzioni con le diocesi e le province degli istituti religiosi, quali soggetti di coordinamento degli enti ecclesiastici presenti nei comuni interessati e con gli altri enti di culto riconosciuti dallo Stato, che risultino operativi nei settori di cui all'articolo 1, comma 2, da almeno un anno, per concorrere al potenziamento della rete formale dei servizi alle persone e alle comunità e per lo svolgimento di attività di utilità sociale, nonché per la partecipazione alla amministrazione condivisa di beni comuni.

3. I rapporti fra istituzioni pubbliche e oratori sono disciplinati secondo le disposizioni di cui all'articolo 5 della I. 328/2000 nonché dall'articolo 21 della I.r. 19/2006 e dall'articolo 21 del regolamento regionale 18 gennaio 2007, n. 4, come modificato dall'articolo 5 del regolamento regionale 7 agosto 2008, n. 19.

Art. 6

Norma finanziaria

1. Per far fronte agli oneri derivanti dall'applicazione della presente legge, compresi quelli previsti dal protocollo di intesa e dalle convenzioni, si fa riferimento alle linee ordinarie di finanziamento per la promozione delle attività sportive, per l'infrastrutturazione sociale e per la promozione di iniziative di animazione territoriale, di innovazione sociale, di inclusione sociale attiva a valere su altre risorse nazionali e comunitarie di competenza regionale e di competenza dei comuni associati in ambiti territoriali sociali.

PSICOLOGI

LOMBARDIA

DCR 21.6.16 - n. X/1085 - Ordine del giorno concernente la diffusione della figura dello psicologo negli istituti comprensivi della Regione Lombardia. (BUR n. 27 del 4.7.16)

«Il Consiglio regionale della Lombardia

premessò che la scuola per rispondere alle esigenze formative ed educative attuali, deve divenire sempre più un punto di riferimento culturale in senso ampio, un luogo dove si promuove il benessere in generale, la salute e il confronto;

—in ambito scolastico é sempre più sentito il bisogno di affiancare gli insegnanti con figure di sostegno professionali come lo psicologo che li aiuti ad affrontare e gestire le situazioni di disagio minorile e giovanile che incontrano nello svolgere il loro lavoro. Gli adolescenti, a partire degli 11/12 anni sono sempre più frequentemente afflitti da problemi come l'anoressia, la bulimia, l'uso di alcol e droghe, il bullismo, ma anche da disturbi specifici dell'apprendimento come la dislessia, la disgrafia e le discalculia;

premessò, inoltre, che

l'autismo è una patologia complessa ed alto impatto sociale. E' naturale che lo sviluppo di una rete deve necessariamente coniugare gli aspetti relativi ad una presa in carico di carattere verticale (settoriale e specialistica) a quelli relativi ad una presa in carico orizzontale coerente nei differenti contesti e nel percorso di vita del soggetto autistico;

perché il contesto scolastico possa esprimere tutte le sue potenzialità è necessario che alcune condizioni siano presidiate con attenzione. In aggiunta alla necessaria cura delle competenze del corpo docente e degli insegnanti di sostegno sui temi connessi all'autismo, è opportuno fare attenzione ad alcuni momenti critici del percorso scolastico, quali le fasi di passaggio tra i vari ordini di scuola, le sinergie con i servizi specialistici coinvolti nella cura del minore e nel sostegno ai genitori, la definizione degli spazi e della loro strutturazione, lo sviluppo di una responsabilità diffusa che vede nel contrasto all'assegnazione esclusiva del minore all'insegnante di sostegno un passo importante verso il coinvolgimento di tutti gli attori che partecipano al progetto;

anche le linee guida nazionali della Società Italiana di Neuropsichiatria Infantile (SINPIA) ribadiscono l'importanza di una formazione idonea a promuovere l'inclusione scolastica e sociale degli alunni con disabilità. Il percorso formativo viene ritenuto dagli estensori del presente documento come necessario lungo tutto il percorso di presa in carico scolastico e che porti al coinvolgimento di tutte le componenti quali personale docente e non docente;

le stesse linee guida nazionali ribadiscono l'importanza dell'attenzione che deve essere prestata per l'inserimento del bambino con autismo nel contesto scolastico. Si sottolinea inoltre come un forte impegno debba essere rivolto non solo al bambino, ma alla famiglia e al contesto scolastico. Inoltre viene spiegata l'importanza della risorsa «compagni di classe»;

considerato che

nel febbraio del 2015 è stato siglato un accordo tra Consiglio nazionale degli psicologi e Miur sulla formazione agli insegnanti sui bisogni educativi speciali e disturbi specifici dell'apprendimento scolastico: l'intesa, riporta l'agenzia Ansa, prevede che gli psicologi «saranno nelle scuole di tutta Italia a promuovere una politica di valorizzazione delle diversità che va ben oltre la certificazione della disabilità e le diagnosi di disturbi dell'apprendimento»;

da un'indagine significativa, realizzata dall'Ordine degli psicologi della Toscana sui siti delle scuole primarie e secondarie della regione, è emerso che il 43,7 per cento delle scuole ha uno sportello d'ascolto che nel 51 per cento dei casi è gestito da psicologi;

considerato, inoltre, che

la presenza di uno psicologo in ogni istituto garantisce un intervento professionale di ascolto dei disagi minorili, evitando che sintomi iniziali di disagio mentale non vengano riconosciuti ed affrontati sul nascere;

uno psicologo nella scuola: può aiutare a realizzare l'inclusione scolastica dei disabili;

può essere un supporto nell'educazione ad affrontare la diversità sia razziale che sessuale, nonché a facilitare i rapporti interculturali;

può essere un aiuto per quei genitori che si trovano in difficoltà nell'affrontare il disagio psicologico dei loro figli, anche conseguente ad eventuali separazioni e problematiche familiari;

ritenuto che

l'istituzione della figura dello psicologo può servire a svolgere una funzione preventiva evitando che negli insegnanti si verifichi fenomeni di «sindrome del burnout»;
 impegna il Presidente e la Giunta regionale
 a porre in essere strumenti idonei affinché possa essere diffusa la figura dello psicologo negli istituti comprensivi della Regione Lombardia.».

SANITÀ

ABRUZZO

DECRETO 23.05.2016, n. 48 - Avvio procedimento di negoziazione con le strutture private titolari di accreditamento pre-definitivo per l'erogazione di prestazioni sanitarie in regime residenziale e psicoriabilitativo. biennio 2016/2017. (BUR n. 96 dell'8.7.16)

Note

Viene avviato il procedimento di negoziazione con gli erogatori privati titolari di accreditamento predefinitivo per l'erogazione di prestazioni in regime residenziale, riabilitativo e psico-riabilitativo per il biennio 2016-2017;

Viene approvato l'allegato 1 "Tetti di spesa biennio 2016/2017" e l'allegato 2 "Schema di accordo contrattuale" precisando che gli stessi costituiscono parte integrante e sostanziale al presente provvedimento (a cui si rinvia),

DECRETO 23.05.2016, n. 49 - Avvio procedimento di negoziazione con le strutture private titolari di accreditamento predefinitivo per l'erogazione di prestazioni sanitarie a carattere riabilitativo. biennio 2016/2017. (BUR n. 96 dell'8.7.16)

Note

Viene avviato il procedimento di negoziazione con gli erogatori privati titolari di accreditamento predefinitivo per l'erogazione di prestazioni in regime residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale - sue declinazioni e domiciliare riabilitativo per il biennio 2016-2017.

Viene approvato l'Allegato 1 "Tetti di spesa biennio 2016/2017" e l'Allegato 2 "Schema di accordo contrattuale" precisando che gli stessi costituiscono parte integrante e sostanziale al presente provvedimento (a cui si rinvia).

DECRETO 06.06.2016, n. 52 - Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (pdta) del tumore del colon – retto. (BUR n. 96 dell'8.7.16)

Note

Viene approvato il Documento Tecnico "Percorso Diagnostico Terapeutico assistenziale (PDTA) del tumore del Colon retto" (All.1) (a cui si rinvia).

DECRETO 10.06.2016, n. 55 - Piano di riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale 2016 – 2018. (BUR n. 96 dell'8.7.16)

Note

PREMESSA

- Il secondo capoverso dell' art.2 comma 88 della L n. 191/2009 dispone che "e' fatta salva la possibilità per la Regione di presentare un nuovo Piano di rientro ai sensi della disciplina recata dal presente articolo. A seguito dell'approvazione del nuovo Piano cessano i commissariamenti secondo i tempi e le procedure definiti dal medesimo Piano per il passaggio dalla gestione straordinaria commissariale alla gestione ordinaria regionale".

In occasione della riunione congiunta del Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei LEA del 23 luglio 2015, l'Organo

commissariale ha evidenziato la sussistenza delle condizioni per la cessazione della gestione commissariale.

A tal fine, conformemente alle disposizioni recate dal secondo capoverso dell'art. 2 comma 88 della L n. 191/2009, come sopra riportate, con missiva prot. n. RA/263517/Comm del 28 ottobre 2015, acquisita al Siveas con prot. n. 313/2015, è stato trasmesso ai Ministeri affiancanti il Piano di Rientro il "Piano di riqualificazione del Servizio Sanitario Abruzzese".

Nella riunione dell'11 novembre 2015, il Tavolo di monitoraggio ha formulato alcune osservazioni sui contenuti del suddetto Piano di riqualificazione chiedendo, inoltre, di attualizzarne gli obiettivi programmatici coerentemente alle evoluzioni della normativa nazionale e regionale.

LA DISPOSIZIONE

Viene approvato il "Piano di riqualificazione del Sistema Sanitario Abruzzese 2016 – 2018" quale parte costitutiva ed integrante del presente provvedimento (All1, a cui si rinvia).

BASILICATA

DGR 14.6.16, n. 641 - Art. 63 della L.R. 4 marzo 2016, n. 5, di modifica dell'art. 20, comma 4 della L.R. 8.8.2012, n. 16. Individuazione provvisoria limite di spesa per il personale delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale di Basilicata.

Note

Viene data attuazione all'art. 1, comma 584, della L. 23 dicembre 2014, n. 190, come espressamente richiamato all'art. 63 della L.R. n. 5/2016.

Viene individuato provvisoriamente per l'anno 2016, ai sensi dell'art. 63 della L.R. 4 marzo 2016, n. 5 e al netto delle deroghe di cui allo stesso articolo, per ciascuna Azienda ed Ente del SSR, il limite massimo di spesa complessivo annuale per le assunzioni di personale, così come di seguito riportato:

- ASP € 1.500.000;
- ASM € 1.000.000;
- AOR € 2.000.000;
- CROB € 500.000.

CAMPANIA

DGR 28.6.16, n. 308 - Approvazione del piano annuale 2016 dell'attività ispettiva sanitaria e socio-sanitaria. (BUR n. 44 del 4.6.16)

Note

L'articolo 1 della Legge regionale 23 dicembre 2015, n. 20 recante "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)" ha istituito presso la Giunta Regionale l'Ufficio Speciale Servizio Ispettivo sanitario e socio-sanitario, disciplinandone – in uno all'articolo 2 - funzioni e compiti.

Con D.G.R.C. 26 gennaio 2016, n. 28 si è provveduto, tra l'altro, alla modifica del Regolamento 15 dicembre 2011, n. 12 (Ordinamento amministrativo della Giunta regionale della Campania), con l'istituzione dell'Ufficio Speciale Servizio Ispettivo sanitario e socio-sanitario.

La medesima deliberazione innanzi citata ha demandato a successivo provvedimento l'effettiva articolazione dell'Ufficio in questione.;

Viene approvato il Piano annuale 2016 dell'Attività Ispettiva sanitaria e socio-sanitaria, relativo alle attività dell'Ufficio Speciale Servizio Ispettivo sanitario e socio-sanitario, allegato al presente provvedimento, per formarne parte integrante e sostanziale; (a cui si rinvia).

DGR 6.7.16, n. 329 - DM 02 nov 2011- Avvio delle prescrizioni dematerializzate per l'assistenza specialistica su tutto il territorio della regione Campania (BUR n. 46 dell'11.7.16)

Note

Vengono estese le prescrizioni di prestazioni specialistiche in modalità de materializzata a tutti i medici abilitati alla prescrizione delle ricette cartacee S.S.N., avviando la sostituzione graduale dell'utilizzo delle ricette in formato cartaceo, quale adempimento previsto nel DM 2/11/2011 e nel Decreto Legge 18/10/2012, n. 179, coordinato con la legge di conversione 17/12/2012, n. 221, anche al fine di non incorrere nella mancata corresponsione, alla Regione, del maggior finanziamento del servizio sanitario, per come indicato nel DM 02/02/2009.

La decorrenza dell'operatività delle istruzioni contenute nel presente atto dal 20 luglio 2016. A partire da tale termine, i medici prescrittori dovranno inviare le richieste di prestazioni specialistiche ambulatoriali incluse nei L.E.A., in formato elettronico dematerializzato al Sistema di Accoglienza Centrale (SAC), in collegamento in tempo reale. Acquisito l'esito positivo di tale invio, dovranno rilasciare all'assistito un promemoria cartaceo, conforme alle specifiche tecniche indicate nella normativa. Solo in caso di malfunzionamento del SAC, o per le ricette non oggetto della dematerializzazione, il medico potrà continuare a prescrivere su ricettario standard (ricetta rossa).

EMILIA-ROMAGNA

DGR 27.6.16, n. 990 - Aggiornamento del progetto regionale demenze (DGR 2581/99) e recepimento del "Piano Nazionale Demenze" (BUR n. 197 del 4.7.16)

Viene recepito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Piano nazionale demenze – Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze", sancito in data 30 ottobre 2014 Rep. Atti n. 135/CU, il cui testo, Allegato n. 1, costituisce parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.

Viene aggiornato il progetto regionale demenze di cui alla propria Deliberazione n.2581/99, secondo le indicazioni tecniche contenute nell'allegato 2 "Indicazioni per i servizi della rete nella cura delle persone con demenza ed il sostegno ai familiari" e nell'allegato 3 "Comunicazione della diagnosi, consenso informato, amministratore di sostegno nelle demenze", parti integranti e sostanziali della presente deliberazione.

Indicazioni per I servizi della rete nella cura delle persone con demenza ed il sostegno ai familiari

Regione Emilia-Romagna (dgr 2581/99)

Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale
Direzione Generale Cura della Persona
Salute e Welfare

INDICE

Premessa

1. CENTRI PER I DISTURBI COGNITIVI: MODELLO ORGANIZZATIVO

2. IL MODELLO OPERATIVO DEL CENTRO PER I DISTURBI COGNITIVI

3 LA PRESA IN CARICO E LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE NELLA RETE DEI SERVIZI

4. GLI INTERVENTI PSICOSOCIALI PER LE PERSONE CON DEMENZA E LORO FAMILIARI-CAREGIVER

5. LA RETE OSPEDALIERA : ruolo e collegamento

6. QUALITA' E TRASPARENZA

Principali riferimenti bibliografici e normativi

Allegati

Contributi

3

Premessa

La stesura delle presenti indicazioni nasce dall'approfondimento di tematiche individuate nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulle attività dei consultori per le demenze afferenti agli obiettivi del progetto regionale demenze (DGR 2581/99), realizzata nel corso del 2010. Obiettivo primario è stato quello di elaborare indicazioni condivise (sulla base delle esperienze acquisite dall'avvio del progetto regionale demenze, delle competenze tecniche e dei dati di letteratura prodotti dalla comunità scientifica) al fine di costruire un modello di riferimento omogeneo su tutto il territorio regionale.

Si è cercato, in particolare, di estrapolare una sintesi condivisa, concreta ed applicabile delle buone pratiche, della letteratura e della normativa. Al fine di giungere ad un orientamento unitario sugli argomenti affrontati, hanno preso parte al lavoro tutti gli attori interessati dal sistema, organizzati secondo gruppi di lavoro multidisciplinari.

Per ciascun gruppo è stato identificato un coordinatore con funzione di raccordo con gli altri gruppi di lavoro, mentre la supervisione generale è stata curata dal coordinamento regionale.

Nel presente documento vengono fornite le indicazioni di minima allo scopo di garantire uniformità ed appropriatezza su tutto il territorio regionale, anche alla luce del Piano Nazionale demenze approvato nell'ambito dell'Accordo Stato Regioni del 30/10/2014.

Particolare attenzione è stata inoltre posta agli interventi a favore dei familiari e caregiver, al fine di dare una prima attuazione alla L.R. 2/2014

1. CENTRI PER I DISTURBI COGNITIVI: MODELLO ORGANIZZATIVO

1.1. Denominazione del Centro

Vi è necessità a livello regionale di avere una denominazione condivisa del centro per superare l'attuale situazione che vede i centri definiti in modi diversi.

La denominazione individuata, anche in accordo con il Piano Nazionale demenze, è quella di **“Centro per i Disturbi Cognitivi e per le Demenze” (CDCD)**. Ogni Azienda deve garantire **un collegamento strutturato fra centri più grandi e centri più piccoli attraverso un modello di rete “integrata” a livello provinciale o aziendale** di cui risponde il Responsabile Aziendale Progetto Demenze (o di diverso ambito a seconda dell'organizzazione aziendale).

1.2 Funzioni di governo

Il ruolo del Responsabile Aziendale, competente per ambito territoriale di norma corrispondente a quello provinciale e/o aziendale, che deve essere strutturato in un Programma specifico, è quello di **integrare le funzioni di più servizi sia di natura territoriale che ospedaliera al fine di superare le barriere dipartimentali e distrettuali ed essere il “coordinatore funzionale” del percorso demenze per un corretto governo clinico e assistenziale**. Per garantire l'appropriatezza e la continuità assistenziale alla persona con demenza e alla sua famiglia, è necessario che agisca in maniera trasversale ai servizi assicurando forme di collegamento ed integrazione con la rete dei servizi distrettuale attraverso la collaborazione con gli Uffici di Piano.

Per tale motivo il Responsabile Aziendale deve costruire, formalizzare e gestire le interfacce con altri attori, come per esempio le diverse UU.OO. ospedaliere e territoriali (neurologia, geriatria, psichiatria, radiologia, laboratorio, psicologia clinica e di comunità, cure primarie e Case della Salute), l'assistenza domiciliare integrata (ADI), i MMG, i Servizi Sociali dei Comuni nonché con la rete di supporto informale delle associazioni dei familiari.

Si rende necessario uno **specifico atto aziendale** che delinei e formalizzi la figura del Responsabile del “programma / percorso ”Demenze”.

Il responsabile del Centro Disturbi Cognitivi e per le demenze (CDCD) garantisce, in accordo con il

Responsabile Aziendale del Progetto Demenze, tutte le attività (o almeno la maggior parte di esse) previste, e risponde quindi non solo dei percorsi diagnostico-terapeutici ma anche degli aspetti organizzativi e del funzionamento del Centro in rapporto alla U.O./Dipartimento di appartenenza.

Il Responsabile del Centro garantisce anche la rendicontazione dei dati di attività al Responsabile Aziendale che si fa carico di redigere la relazione annuale e di assicurare il flusso informativo per la sua A.USL (o ambito territoriale di competenza) alla Regione, anche attraverso l'uso di un sistema informativo.

1.3. Ubicazione e dimensione

Ogni CDCD dovrebbe avere almeno una **dimensione “distrettuale”** sia che le attività siano localizzate in ospedale sia che siano localizzate nel Dipartimento Cure Primarie, che è il modello prevalente sul territorio regionale. Il criterio della presenza di un centro in rapporto alla popolazione ultra65enne residente viene superato a causa della mutata realtà epidemiologica che vede un incremento degli accessi ai centri di persone di età inferiore (in notevole aumento negli ultimi anni grazie al miglioramento del sospetto diagnostico da parte dei MMG e della diffusione dei centri stessi).

La presenza del centro all'interno dell'assistenza territoriale è in grado di garantire, per i collegamenti strutturali e funzionali che si possono avere in questo ambito e soprattutto con la rete dei servizi socio-sanitari integrati, molte attività previste dal progetto regionale sia per le persone con demenza che per le famiglie. **Le Case della Salute** possono rappresentare un luogo privilegiato per ospitare le attività del Centro per i Disturbi Cognitivi e per le Demenze, sia per ragioni organizzative che assistenziali.

Le Case della Salute sono un presidio del Distretto la cui gestione complessiva è affidata al Dipartimento di Cure Primarie che nella Regione Emilia-Romagna rappresenta la sede della maggior parte delle attività che vengono realizzate nei Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze.

Le Case della Salute intendono rappresentare un luogo visibile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento in cui garantire l'accoglienza, l'accesso e l'erogazione dell'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale. Possono avere una diversa complessità in relazione alle caratteristiche orogeografiche del territorio e alla densità della popolazione, e ad altri fattori.

Esse, inoltre, intendono offrire una risposta ad un ampio insieme di bisogni, con particolare riguardo a quelli maggiormente complessi, come ad esempio le persone affette da patologie croniche e le persone affette da demenza. Gli aspetti che, infatti, le connotano sono la presenza di équipe multiprofessionali e interdisciplinari (medico di medicina generale, medico specialista, infermiere, assistente sociale e altre figure professionali) che lavorano per programmi e percorsi integrati (tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali), con il coinvolgimento e la partecipazione della comunità, delle associazioni di cittadini, dei pazienti e caregiver.

I centri inseriti nelle UU.OO. ospedaliere devono in ogni caso avere un collegamento, per una corretta integrazione dei percorsi ospedale-territorio, con i servizi dell'assistenza territoriale tenendo conto che si è di fronte ad una patologia cronica, caratterizzata da assistenza a lungo termine e da necessità di “case-management” che deve essere garantito essenzialmente sul territorio e secondo le linee di indirizzo del “Chronic Care Model”.

1.4. Caratteristiche strutturali

Il CDCD deve essere **facilmente “identificabile”** dall'utenza e dagli accompagnatori e quindi **facilmente “raggiungibile”**; la collocazione ideale è al piano terra o comunque in ambienti privi di barriere architettoniche.

E' necessario, inoltre, che siano differenziati gli spazi per la visita medica, per la valutazione cognitiva e neuropsicologica e per gli interventi di “counselling” /colloqui con la famiglia.

Il centro deve essere dotato di una **attività di front office/accettazione** ed essere collegato con un sistema informativo almeno aziendale.

1.5. Equipe

Sulla base delle esperienze acquisite in questi anni, sull'analisi dell'indagine conoscitiva prodotta nel 2010, nonché secondo le indicazioni nazionali, ogni centro deve garantire la presenza di:

1) medico specialista (di norma neurologo o geriatra) con esperienza o percorso formativo nella diagnosi e nella gestione delle demenze;

2) psicologo che garantisca le attività previste dal Documento Regionale “Le competenze e le funzioni dello psicologo nell’ambito degli interventi alle persone affette da demenza e ai loro familiari”(Direzione Sanità e Politiche Sociali , ottobre 2005), e dalle linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie di cui alla circolare n.14/2013 (5)

3) infermiere possibilmente esperto e/o formato nel “case management “ delle demenze.

Il centro deve avere inoltre un **collegamento garantito con l’assistente sociale** del territorio di riferimento (che è di norma la figura del responsabile del caso che garantisce l’unicità di intervento sulla persona con demenza e sulla sua famiglia) e quindi con i Servizi Assistenza Anziani (dove spesso è collocato l’assistente sociale), il sistema UVM per l’inserimento nella rete dei servizi territoriale ed i PUA/PUASS (Punti Unici di Accesso Socio-Sanitari Integrati) là dove presenti nelle varie organizzazioni aziendali, ed in comunicazione con le Associazioni del territorio.

1.6. Modalità di accesso al centro

L’accesso al Centro di riferimento per la **prima visita** avviene di norma tramite prenotazione CUP conseguente a prescrizione di visita specialistica da parte del medico di medicina generale o di altro medico del SSR. A seconda dell’organizzazione aziendale, l’accesso al centro , può essere diretto, anche in tal caso è necessaria la prescrizione di visita specialistica.

Al momento della prenotazione della prima visita, è essenziale, qualora in una stessa Azienda siano presenti più centri, che il CUP dia priorità non rispetto ai tempi di attesa, ma all’invio del paziente presso un centro ubicato in prossimità della residenza e ciò al fine di garantire il contatto del paziente e dei suoi familiari con il proprio territorio di riferimento.

Il tempo di attesa per la prima visita non deve superare di norma i 30 giorni.

Per la diagnosi della **demenza precoce** (insorgenza in pazienti di età inferiore a 50 anni) e di **altre situazioni ritenute critiche dal MMG (gravi disturbi del comportamento, ecc.)** è opportuna l’istituzione di un **percorso agevolato** attraverso l’attivazione di un numero telefonico dedicato per l’accesso al percorso affinché il MMG possa segnalare i casi di particolare urgenza (urgenza differita da garantire entro una settimana dalla richiesta); per casi particolarmente complessi possono essere effettuate **visite domiciliari** sulla base di una disamina congiunta tra MMG e specialista del Centro.

Ogni centro deve pertanto dotarsi di almeno una linea telefonica (eventualmente anche mobile, come ad esempio i cellulari di servizio) raggiungibile dal MMG almeno durante i 5 giorni lavorativi settimanali.

Il medico di medicina generale , in attesa della valutazione c/o il CDCD, può, Indagare la presenza di un deterioramento cognitivo attraverso **check-list o semplici test di screening** (es. **Test GPCog1** vedi **allegato 1**), ed inviare al CDCD gli esami (ematochimici e/o radiologici) se già disponibili.

Per le visite di controllo successive, gestione diretta da parte del CDCD che ha in carico il paziente, sulla base di un percorso di follow-up definito dai professionisti . Il CDCD si propone quindi di organizzare e programmare le visite di controllo successive con agenda dedicata.

1 Il Test GPCog è un test rapido di screening sulla capacità cognitiva (non un metodo di diagnosi della demenza)

All’indirizzo web www.demenzemedicinagenerale.net è possibile scaricare il test.

1.7. Codifica delle prestazioni

Attualmente le prestazioni specialistiche erogate dai CDCD sono inserite nel flusso regionale ASA (ai sensi della Circolare n° 2 del 16.02.2011 Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali Integrazioni alla Circolare Regionale n° 9 del 28.11.2008 “Specifiche tecniche relative alla trasmissione e tracciato del flusso relativo all’assistenza specialistica ambulatoriale”:

Per quanto riguarda la “**codifica delle prestazioni**” ,sulla quale vi è una diffusa variabilità, occorre adottare a livello regionale un **linguaggio comune**: la richiesta della visita dovrebbe sempre contenere la dicitura “**PER DISTURBI COGNITIVI** ”.

Per garantire omogeneità di codifica si concorda di optare per le diciture diciture “**visita geriatrica**” (codice SOLE: 2155) o “**valutazione multidimensionale geriatrica d’equipe** (codice SOLE: 1989) oppure “**visita neurologica**” (codice SOLE: 0865) indicando nel quesito diagnostico la dicitura “**DISTURBI COGNITIVI**”.

Per agevolare la presa in carico è lasciata al medico la possibilità di indicare il Centro presso il quale effettuare la visita . E' preferibile che le persone di età inferiore ai 65 anni siano inviate c/o un CDCD in cui sia presente una competenza neurologica.

Codice SOLE Descrizione

2155 VISITA GERIATRICA

0865 VISITA NEUROLOGICA

1989 VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE GERIATRICA D'EQUIPE

1.8. Tipologia dell’utenza che accede al centro

Al CDCD afferiscono tutte le persone **con anamnesi positiva per disturbo cognitivo** (persona per il quale il MMG o altro specialista inviante (medico o psicologo) sospetta la presenza di disturbo cognitivo e/o persona con disturbo comportamentale che il MMG o altro specialista inviante (medico o psicologo) ritiene possa essere correlato a disturbo cognitivo accertato o da accertare) preferibilmente dopo verifica del MMG che abbia utilizzato **strumenti di screening** compatibili con la gestione dell’ambulatorio del medico di medicina generale e anamnesi mirata (anche con l’utilizzo di check-list) o verifica con test diretto di breve durata e facilità di somministrazione, attività già contemplate nel documento regionale prodotto nell’ ottobre 2000 Ruolo e strumenti per l’attività del medico di medicina generale nell’assistenza ai soggetti affetti da demenza .

Per gli **invii al CDCD provenienti dal CSM** (Centro di salute Mentale e/o Sert) si rimanda alle sezioni specifiche (sez. 3.2 rapporti di collegamento fra CDCD e rete dei servizi) così come gli **invii provenienti dalle UU.OO. ospedaliere** (sezione 5 collegamento con la rete ospedaliera).

Generalmente **non è appropriato l’invio al CDCD per:** o **i pazienti che necessitano di una certificazione ai fini dell’invalidità civile** (sarebbe opportuno un percorso ad hoc anche con la collaborazione dei Servizi di Medicina Legale e/o l’ INPS);

o **i pazienti che necessitano di certificazione per il rinnovo della patente** (valgono le stesse considerazioni del punto precedente);

o **pazienti che hanno una “familiarità” per demenza senza avere una sintomatologia** (la presenza della sola familiarità non giustifica l’invio al centro disturbi cognitivi).

1.9. Partecipazione alla spesa

Rispetto al pagamento della compartecipazione alla spesa si stabilisce che tutti i pazienti non esenti sono tenuti al pagamento della compartecipazione alla spesa sia per la **prima visita** che per le prestazioni “pre-diagnosi” (esami di laboratorio, TAC cerebrale/RMN cerebrale, ECG con o senza visita cardiologica, approfondimento neuropsicologico); per le visite di controllo (codice 89.01) è prevista l’esenzione ai sensi del DM 329/99 (Codice esenzione 011 e 029).

2. IL MODELLO OPERATIVO DEL CENTRO PER I DISTURBI COGNITIVI E PER LE DEMENZE (CDCD)

2.1. Prima visita: durata, percorso diagnostico e attività previste

Le prestazioni di seguito descritte sono previste per l’attività ordinaria e programmata ma non per l’attività erogata in regime di URGENZA.

Prima visita

TEMPO: non inferiore ad un’ora

Vengono garantite nella prima visita le **seguenti attività:**

a) **Accoglienza** (eventuale modulistica per la privacy e la delega al ritiro referti/esami)

b) **Anamnesi e colloquio con i familiari**

c) **Esame obiettivo generale e neurologico**

d) **Valutazione di 1° livello** comprendente il **MINIMUM DATA SET:**

o **Area Cognitiva: MMSE:** 2 versioni ; per i pazienti più giovani (sotto i 65 anni) utilizzare la versione di Measso; per i pazienti di età uguale o superiore ai 65 anni utilizzare la versione di

Magni e coll.) .Le tarature di Measso et al. (1993) e di Magni et al. (1996, utilizzata nel **Cronos**) sono equivalenti quanto ad affidabilità statistica; hanno tuttavia valori di correzione molto differenti per età (quella di Measso fa riferimento a una popolazione compresa **fra i 20 e i 79 anni** mentre quella di Magni comprende pazienti **fra i 65 e gli 89 anni**) e scolarità. Il testo utilizzato dalle due tarature di Measso e Magni è comunque lo stesso (Frisoni et al, 1993).

o **Area Funzionale: a) attività strumentali della vita quotidiana: IADL** di Lawton; punteggio 0-5 per i maschi; punteggio 0-8 per le femmine versione protocollo Cronos; b) **attività basali della vita quotidiana: ADL** di Katz punteggio 0-6 versione protocollo Cronos

o **Area comportamentale/affettiva : UCLA-NPI (Inventario neuropsichiatrico)**

o **GDS (Geriatric Depression Scale) versione a 5 item**

Ogni centro ovviamente può utilizzare , sulla base della propria esperienza e delle evidenze di letteratura, gli strumenti di valutazione che ritiene necessari. Ulteriori test di approfondimento vanno lasciati alla discrezionalità dei professionisti che valuteranno l'opportunità o meno di eseguirli. Si ritiene inoltre utile che il MINIMUM DATA SET, a discrezione dei professionisti del CDCD, possa essere integrato con **strumenti che esplorano l'area cognitiva a completamento del MMSE.**

e) **richiesta di esami ematochimici** (a tale proposito alle richiesta si può associare un elenco dettagliato del “profilo esami ematochimici” definito “esami base del profilo disturbi cognitivi “ da consegnare al sistema di prenotazione (emocromo, creatinina, elettroliti, glicemia, protidemia con elettroforesi, PT-PTT, esame urine, folati, vit.B12, FTS, TSH reflex ,vitamina D, trigliceridi, colesterolo tot. e HDL), **ECG e strumentali** (TAC cerebrale senza mdc) come da riferimento del protocollo Cronos (2000) e successivi aggiornamenti e Linee guida sulle indagini neuroradiologiche nelle demenze dell' Istituto Superiore di Sanità (2010);

f) **eventuale richiesta di approfondimento neuropsicologico** (con la dicitura richiesta di valutazione neuropsicologica estesa). **La valutazione neuropsicologica estesa**, pur essendo un'attività di 2° livello, e quindi non proponibile a tutti gli utenti che afferiscono ai centri, è necessario sia **garantita per i casi ad esordio più giovanile, nella diagnostica dell' MCI (Mild Cognitive Impairment), nei casi dubbi e nella diagnostica differenziale.** Per tale motivo I centri devono avere almeno un collegamento strutturato con i centri presenti sul territorio provinciale che svolgono attività di neuropsicologia. Si rimanda , per approfondimento, al documento regionale “ Strumenti per la valutazione delle persone con demenza”.

In caso di diagnosi positiva, devono essere previsti momenti specifici per:

a) **comunicazione della diagnosi;**

b) **eventuale invio del caregiver al servizio di consulenza psicologica** del progetto demenze con richiesta su ricettario SSR intestato al caregiver e/o alla persona che è oggetto della consulenza;

c) **orientamento ai servizi presenti sul territorio** (anche di tipo informale come ad esempio le associazioni dei familiari) ed **attivazione dell'assistente sociale di riferimento** concordata con il caregiver;

d) **pianificazione degli eventuali interventi farmacologici e/o psicosociali**

Visite successive:

L' appuntamento successivo viene fornito direttamente dal centro (riferimento circolare regionale flusso ASA del 16.02.2011) anche allo scopo di mantenere un collegamento costante fra MMG e CDCD

TEMPO: almeno 30 minuti

Nell'ambito della “visita successiva” (o visita di controllo) possono essere svolte una o più delle **seguenti attività:**

a) definizione o conclusione iter diagnostico (in caso di diagnosi positiva si rimanda ai punti a), b) c) , d) sopra indicati ;

b) impostazione e/o follow-up terapeutico e/o gestione di eventi intercorrenti/problematiche correlate alla malattia;

- c) raccordo anamnestico;
- d) visione esami;
- e) somministrazione di test per controllo farmaci da piano terapeutico (MMSE, NPI, IADL, ADL);
- f) richiesta di eventuale approfondimento clinico-diagnostico;
- g) eventuale trattamento farmacologico ;
- h) referto per il medico curante ;
- i) verifica del livello di accettazione, adattamento alla diagnosi;
- j) anche in questo caso l'invio e/o segnalazione per interventi psicosociali.

N.B.: L'ambiente in cui vengono effettuate le valutazioni dell'area cognitiva, comportamentale , funzionale ed i colloqui con i familiari deve essere il più possibile tranquillo e confortevole. E' importante permettere al familiare, se anche il paziente è d'accordo, di assistere alla valutazione.

2.3 LA COMUNICAZIONE DELLA DIAGNOSI 2

La letteratura scientifica sottolinea l'importanza etica e non solo della necessità e importanza di una comunicazione della diagnosi. In questo ambito 3 i punti che possono essere considerati:

o la competenza comunicativa del professionista

o la costruzione del processo comunicativo parallelamente al processo diagnostico

o il supporto post-comunicativo.

Per quanto concerne il primo punto sarebbe opportuno considerare dei percorsi formativi specificatamente costruiti per lo sviluppo delle competenze comunicative relative alle diagnosi cosiddette infauste in modo che possa essere il professionista responsabile del percorso diagnostico messo nelle condizioni di effettuare la comunicazione stessa.

Il secondo punto è strettamente connesso con il primo e cioè oltre alla competenza è opportuno considerare il contesto, il tempo e lo spazio della comunicazione che richiedono un processo adeguato all'interlocutore partendo dalla considerazione che **vi è il diritto di sapere e non l'obbligo di sapere**. Ciò comporta che il professionista responsabile della restituzione, deve indagare, già dai primi contatti con il paziente, la volontà/desiderio dello stesso a voler sapere in caso di diagnosi positiva per demenza.

Il terzo elemento è quello di considerare la comunicazione della diagnosi, non come un atto di conclusione dell'iter diagnostico, ma come l'avvio del percorso di cura in quanto rappresenta il momento in cui si avvia il processo di partnership nella cura da costruire sia con la persona malata sia con il familiare che se ne prende cura. Il post-diagnostico può essere suddiviso, per comodità descrittiva, in un post-acuto e in continuità di cura. Con il concetto del post acuto si intende la

2 Per maggiori approfondimenti si rimanda al documento regionale specifico sulla comunicazione della diagnosi necessità di valutare l'eventuale necessità, sia per la persona malata sia per il familiare, di ricevere un supporto psicologico in base alle risposte specifiche alla comunicazione. In questo ambito le modalità di condivisione del percorso diagnostico a livello interdisciplinare e interprofessionale potrebbero essere gli strumenti più adatti per pianificare il percorso successivo.

Si suggerisce quindi di considerare:

o modalità di comunicazione e formazione.

o cura del contesto di comunicazione.

Il coinvolgimento della persona malata nella comunicazione della diagnosi e le modalità con le quali ciò è (o non è) fatto incidono su tutti gli aspetti successivi in quanto, in seguito, molteplici decisioni mediche e non mediche saranno assunte senza la possibilità di poter ricorrere al consenso e perfino all'assenso del paziente. Pertanto per assicurare al paziente un ruolo non marginale sarebbe importante informarlo sulla diagnosi e sulla natura della malattia nelle fasi in cui la sua capacità decisionale sia intatta o in gran parte preservata. Anche per tale motivo la formazione sulle modalità comunicative rappresenta un elemento centrale.

La comunicazione della diagnosi dovrebbe essere utilizzata per proporre/avviare un piano di gestione della fase successiva che può svolgersi solo a livello di informazione in merito alla progressione oppure anche come suggerimento di interventi da intraprendere .

La definizione del piano è opportuno che sia fatta in équipe coinvolgendo i professionisti che la compongono, in quanto questo momento può rappresentare una componente da integrare nel progetto di vita e di cura.

Per svolgere questa funzione il coinvolgimento del territorio è importante e questo richiama il funzionamento e i rapporti all'interno della rete.

Vanno considerati i bisogni e le caratteristiche della persona malata, del familiare (caregiver principale) e dell'intero nucleo familiare.

Il processo deve includere un'informazione adeguata sulle risorse disponibili sul territorio di riferimento. Il Nuffield Council on Bioethics e Alzheimer Europe, ad esempio, hanno indicato tra i benefici il sollievo derivante dal comprendere cosa sta accadendo (per la persona con demenza e per i suoi cari), l'opportunità di accedere a servizi appropriati, inclusi i servizi sociali e sanitari, i vantaggi di avere il tempo per pianificare e la possibilità di sviluppare una relazione di fiducia con i professionisti e gli operatori.

In sintesi vi sono 3 fattori chiave per una corretta prassi di comunicazione:

- o **Dedicare tempo alla comunicazione della diagnosi (non atto episodico, ma processo)**
- o **Valutazione della personalità, della consapevolezza e della capacità di agire del paziente**
- o **Modelli di comunicazione di "cattive" notizie (gradualità delle informazioni, possibilità e opportunità di cura)**

Un rischio importante associato alla comunicazione può essere quello che la persona malata, venendo a conoscenza della propria diagnosi, sviluppi una reazione depressiva con conseguenze negative per il suo benessere cognitivo generale e, al limite, con il rischio di suicidio. I dati disponibili sembrano comunque indicare che, sebbene nel breve periodo la comunicazione della diagnosi di demenza provochi un certo grado di distress emozionale nella persona malata con insorgenza di ansia, depressione e angoscia, nel medio-lungo periodo le conseguenze non sembrano essere altrettanto rilevanti.

Nonostante ad oggi non vi siano consensi unanimi su quale sia la modalità migliore di comunicare la diagnosi di demenza, unanime è il consenso di farlo nel modo più empatico, confortante e costruttivo possibile, fornendo supporto psicologico, rassicurando i pazienti e i familiari sulle risorse e sulle cure disponibili, dando informazioni sul decorso della patologia ed effettuando una valutazione della personalità dell'individuo così da prevenire reazioni negative.

3 LA PRESA IN CARICO E LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE NELLA RETE DEI SERVIZI

3.1. Terapie, servizi ed opportunità per la cura delle demenze

La cura delle demenze implica interventi ed attività rivolti sia al diretto interessato che a coloro che se ne prendono cura (caregiver), e dunque sia di natura prettamente sanitaria, che prettamente sociale che socio-sanitaria. Le demenze, non guaribili, ma curabili, possono avere una durata anche superiore ai dieci anni, pertanto la cura delle demenze pone almeno due ordini di problemi:

- 1) l'individuazione dei bisogni della persona e di chi se ne prende cura, nelle varie fasi della malattia e nei diversi contesti di vita;
- 2) l'integrazione delle risposte ai diversi e mutevoli bisogni.

In regione Emilia-Romagna nell'ambito delle politiche promosse con il progetto regionale sulle demenze, il Piano socio-sanitario ed i programmi attuativi del fondo regionale per la non autosufficienza è stata predisposta un'ampia gamma di interventi ed opportunità, costituiti sia da terapie e servizi che rientrano nell'ambito dell'offerta tradizionale, che da opportunità di tipo supportivo a favore di pazienti e familiari (spesso realizzati anche con il contributo del volontariato), per accompagnare e/o rallentare l'ingresso nella rete convenzionale dei servizi. Di seguito un elenco (non completo e non per ordine di importanza) dei servizi ed opportunità per gli anziani non autosufficienti, tra cui le persone con demenza e loro caregiver:

- terapie farmacologiche per contrastare la progressione della malattia ed il contenimento dei disturbi del comportamento associati (farmaci soggetti a note AIFA);
- assistenza domiciliare (sociale e ADI);

- programmi di dimissioni protette;
- accoglienza temporanea di sollievo;
- centri diurni per anziani non autosufficienti ;
- centri diurni dedicati alle persone con demenza;
- case residenza per anziani non autosufficienti;
- nuclei residenziali dedicati alle persone con demenza;
- assegno di cura per anziani e contributo aggiuntivo per la regolarizzazione dell'assistente familiare;
- punti di ascolto dedicati;
- formazione e qualificazione delle assistenti familiari;
- terapie psicosociali per il mantenimento delle capacità residue (ad esempio stimolazione cognitiva, motoria, terapia occupazionale, ecc);
- interventi per favorire la socializzazione e contrastare l'isolamento del paziente e del caregiver (ad esempio caffè Alzheimer, meeting center e similari);
- interventi di sostegno ed educazionali a favore dei familiari/caregiver (ad esempio consulenze specialistiche, partecipazione a iniziative formative/informative, gruppi di sostegno ed auto-aiuto).

In particolare nella DGR 1206/07 sono stati individuati attori e strumenti per la presa in carico complessiva delle persone non autosufficienti e dei loro familiari e/o caregiver. Nella delibera viene infatti individuato il **Progetto individualizzato di vita e di cure (Pivec)**, da predisporre a cura dei servizi territoriali, che per gli anziani sono i Servizi Assistenza Anziani (SAA) perseguendo prioritariamente l'obiettivo di mantenere le persone non autosufficienti nel proprio ambiente domestico il più a lungo possibile. Il Pivec si realizza attraverso la costruzione di un **pacchetto personalizzato di interventi ed opportunità**, in relazione alle condizioni, ai bisogni ed alle scelte dei beneficiari. Al fine di ottimizzare l'utilizzo di interventi e risorse , in sede di predisposizione del Pivec devono essere definiti percorsi socio-sanitari integrati. L'Unità responsabile delle diverse aree di intervento (SAA per gli anziani) assicura l'accesso, la prima valutazione, la presa in carico complessiva, il controllo e la valutazione degli interventi attraverso gli strumenti tecnici per la valutazione (ad esempio UVGT, UVM, etc.) e il responsabile del caso, ed elabora la proposta di Pivec, valutandone la compatibilità con le risorse , l'impatto finanziario per l'intero anno ed autorizzandone l'attuazione. Le attuali case della salute potrebbero assicurare l'avvio di tale percorso disponendo della presenza dell'assistente sociale.

3.2 La presa in carico e la continuità assistenziale

Una volta che alla persona venga confermata una diagnosi di demenza, è necessario garantire una presa in carico che preveda una continuità di comunicazione , di interventi ed attività tra i diversi attori della rete dei servizi sanitari, sociali e socio-sanitari con cui l'utente e la sua famiglia (e/o assistente familiare) possa interfacciarsi durante tutto il percorso di cura. Tale modalità di presa in carico costituisce appunto la **“continuità assistenziale”**. Per garantire tale modalità è necessario definire processi, percorsi, ruoli e rapporti di collegamento e collaborazione all'interno di tutta la rete dei servizi. Nell'ambito della costruzione del percorso di cura, fattore imprescindibile è la condivisione con la persona interessata e/o con chi se ne prende cura, garantendo dunque la libertà di scelta alle opportunità di cura, in tutti i contesti di vita e in tutte le fasi della malattia. La flow-chart (vedi pagine successive) fornisce una rappresentazione del percorso, gli attori coinvolti, nonché le connessioni tra i vari punti.

Il tema dell'integrazione dei servizi della rete risulta pertanto particolarmente significativo. I fattori facilitanti un adeguato collegamento si possono così riassumere :

- stessi professionisti impegnati in più servizi della rete con ruolo di “connettori” naturali dei punti della rete;
- esistenza di tavoli istituzionali e gruppi tecnici anche all'interno del progetto aziendale demenze;
- adozioni di linee guida e protocolli operativi comuni;

- scambio di informazioni e confronto tra professionisti dei diversi servizi;
- attività di consulenza presso strutture territoriali, residenziali, semiresidenziali e ospedali;
- costanti rapporti con il medico di medicina generale.

Il contatto telefonico insieme alle comunicazioni scritte (anche per via informatica) e/o gli incontri periodici rappresentano le modalità minime da garantire per assicurare questo collegamento.

Per quanto riguarda la **formalizzazione dei rapporti necessari a garantire il collegamento tra i servizi della rete è necessario adottare alcune delle modalità sotto elencate:**

- protocolli per iter diagnostico e terapeutico;
- accordi aziendali e/o distrettuali per accesso ai servizi della rete;
- protocolli per le attività svolte dall'Ospedale per la gestione di casi complessi;
- accordi per accessi programmati in Centro Diurno e/o Nucleo Residenziale dedicato;
- protocolli di collaborazione con i Servizi Assistenza Anziani e CDCD;
- attivazione di percorsi e/o progetti specifici;
- accordi per consulenze specialistiche e supervisione ad attività (stimolazione cognitiva etc) svolte nelle strutture socio-sanitarie .

A livello istituzionale, tra i requisiti specifici per l'accreditamento del Dipartimento di Cure Primarie (DGR 221/2015) è prevista anche la presenza del Programma Demenze, tra i vari percorsi da strutturare . I CDCD afferenti ai dipartimenti di cure primarie, potranno dunque contribuire alla realizzazione di tali percorsi.

Flowchart: Il percorso demenze nella rete dei servizi

Sportello

Sociale

Ospedale

Casa della salute

3.2.1 Conclusione dell'iter diagnostico da parte del centro per i disturbi cognitivi

La conclusione dell'iter diagnostico può esitare, come abbiamo visto, in una diagnosi di demenza, in un deficit cognitivo moderato (MCI), o in altra diagnosi che esclude la presenza di demenza. **In caso di diagnosi di demenza, il CDCD dovrà:**

1) Comunicare la diagnosi al paziente e/o familiari, secondo le modalità indicate nel documento "Comunicazione della diagnosi, consenso informato, amministratore di sostegno nelle demenze"

2) Attivare una comunicazione con il MMG, fornendo le seguenti informazioni di minima:

- referto;
- prescrizioni farmacologiche;
- medico di riferimento del centro
- contatto telefonico e/o email per eventuali consulenze specialistiche tra MMG e centro e/o urgenze e/o modificazioni improvvise del quadro clinico o altre esigenze;

3) Comunicare (in sede di comunicazione della diagnosi) con il paziente e/o la famiglia/caregiver la possibilità di attivare l'assistente sociale, che in accordo con il SAA, potrà predisporre il progetto individualizzato di vita e di cure (PIVC) e l'accesso alla rete dei servizi . L'attivazione dell'assistente

sociale potrà comunque avvenire anche attraverso il MMG.

Per superare la frammentazione è fondamentale **garantire una figura di raccordo** che nel centro per i disturbi cognitivi può essere rappresentata dall' **infermiere case-manager**, quale figura "ponte" con la rete dei servizi, mentre l' **assistente sociale** può costituire la figura deputata alla gestione complessiva dei casi, in qualità di "**Responsabile del caso**".

In caso di presenza di deficit cognitivo lieve, in assenza di demenza (MCI=condizione di rischio) il centro per i disturbi cognitivi dovrà concordare un appuntamento di follow-up a 12 mesi e comunque informare il MMG sull'esito della visita. In presenza di tale condizione, è inoltre necessario informare il paziente circa i corretti stili di vita da adottare, in quanto il MCI rappresenta appunto una condizione di maggiore rischio.

In caso di esclusione di diagnosi di demenza il centro per i disturbi cognitivi dovrà comunque comunicare l'esito al MMG.

Alcune opportunità, soprattutto di tipo informale e a bassa soglia (caffè Alzheimer, gruppi di sostegno ed auto-aiuto, incontri formativi, ecc), anche se non prevedono specifici requisiti di accesso, devono comunque far parte del **pacchetto informativo presentato alla famiglia** nel percorso di comunicazione della diagnosi e/o di successiva presa in carico e costruzione del PAI, segnalando tra le varie opportunità anche la presenza dell'associazione dei familiari più prossima alla residenza degli utenti.

3.2.1.a Rapporti tra i medici di medicina generale (MMG) e la rete dei servizi

La definizione dei rapporti di comunicazione e collaborazione condivisi tra la rete dei servizi e i medici di medicina generale costituisce un presupposto fondamentale per una efficace gestione della persona con demenza all'interno del contesto familiare di appartenenza.

La definizione di un chiaro rapporto di collaborazione all'interno di un percorso condiviso può migliorare la gestione della persona con demenza e della sua famiglia.

La DGR n.1398 del 9 ottobre 2006 sottolinea come , il MMG nel suo ruolo di primo contatto con il sistema sanitario da parte del cittadino e della sua famiglia e di osservatore dello stato epidemiologico e sociale della popolazione assistita, rappresenta il soggetto privilegiato per la costruzione di un sistema di conoscenze dei bisogni che è parte fondamentale del processo di cura, in modo integrato e della formazione della committenza.

La stessa DGR al paragrafo 3) Gli obiettivi , tra le funzioni dei MMG, quali componenti dei Nuclei di

Cure Primarie cita: “scambiano informazioni con gli altri professionisti, soprattutto finalizzate alla continuità della cura e all'approfondimento delle conoscenze dello stato di salute ,nel rispetto delle normative sulla privacy e sul consenso informato”.

In tal modo paziente e familiari possono avere a disposizione l'accesso alla rete attraverso un **nodo strategico**, in grado di rappresentare un importante riferimento clinico e assistenziale e per usufruire delle diverse strutture della rete integrata.

Il MMG oltre a collaborare nella fase di presa in carico partecipa al follow-up³, ed è soggetto attivo nel garantire la necessaria continuità clinico-assistenziale nel periodo intercorrente tra una visita al Centro e la successiva, in particolare per quanto riguarda la valutazione degli eventuali effetti collaterali alla terapia farmacologica, e la gestione tempestiva degli eventuali problemi clinici intercorrenti.

Durante il **follow-up** il MMG è responsabile per le seguenti attività:

della gestione clinico/assistenziale della persona e monitoraggio di eventuali piani terapeutici.

In caso che il centro stabilisca la prescrizione di farmaci con piano terapeutico, è **fondamentale potenziare il rapporto tra specialista ed MMG oltre che quello con la famiglia che deve essere al centro del sistema di cura;**

del monitoraggio relativo alla progressione della malattia e delle sue ricadute funzionali e socio-ambientali;

del monitoraggio della situazione familiare per eventuali segnalazioni al servizio sociale.

Il MMG può decidere di avvalersi della consulenza del CDCD per:

la valutazione del quadro clinico e del progetto assistenziale complessivo

la comparsa o peggioramento di disturbi del comportamento

la rivalutazione dell'appropriatezza del piano terapeutico

l'invio della famiglia per counselling

le modificazioni della situazione sociale e familiare

le condizioni di urgenza/emergenza clinica legate alla terapia (soprattutto se nuovo avvio o recente modifica di terapia farmacologica)

la comparsa di effetti indesiderati da farmaci

la comparsa di nuove, significative comorbidità con le connesse possibili interazioni tra terapie farmacologiche

qualsiasi altra condizione che richieda una consulenza e/o collaborazione nella gestione della cura.

3 Per follow-up si intendono le visite di controllo finalizzate al monitoraggio di eventuali terapie farmacologiche soggette a nota AIFA, ad altre terapie sia farmacologiche che non farmacologiche, nonché allo stato complessivo di avanzamento della malattia e dei bisogni del caregiver.

Il MMG deve essere a conoscenza della rete dei servizi presenti nel proprio ambito territoriale. In particolare è opportuno che sia in grado di indirizzare i pazienti ed i loro familiari verso i Servizi mediati dall'Assistente Sociale.

Si ribadisce che l'attività del **CDCD di follow-up** consiste in:

programma terapeutico/assistenziale che segua nel tempo l'evolvere della malattia nella sua globalità;

segnalazione, in accordo con il paziente e/o caregiver/famigliare, all'assistente sociale per l'attivazione di servizi domiciliari o strutture semiresidenziali o residenziali e/o altri interventi sociali e socio-sanitari (anche con la collaborazione del volontariato);

rapporto con la famiglia, sue esigenze di conoscenza, informazione, indirizzo alla scelta dei servizi, di eventuale supporto psicologico, rapporto con i centri di ascolto (ove esistenti);

monitoraggio ed eventuale rinnovo dei piani terapeutici .

I CDCD rappresentano infine un **punto di riferimento anche per i medici delle strutture sociosanitarie** ed in genere dei **servizi territoriali** , **inclusa l'assistenza domiciliare integrata (ADI)**,

nonché per i reparti ospedalieri (inclusi i PS), nella gestione di persone con decadimento cognitivo/demenza a fini di:

valutazione a scopo diagnostico per casi con sospetto decadimento cognitivo inseriti nei servizi della rete, o ammessi nei reparti ospedalieri e non conosciuti ai Centri Disturbi Cognitivi;

attività consulenziale per una corretta gestione delle persone con demenza ospiti di strutture socio-sanitarie residenziali e semiresidenziali o con ADI, nonché ricoverate presso reparti ospedalieri .

Al fine di garantire tutte le forme di comunicazione tra i servizi della rete coinvolti nell'ambito dei percorsi di cura per le demenze , è **necessario che ciascun ambito distrettuale predisponga di un elenco di contatti da diffondere tra tutti gli attori del sistema.**

3.2.1.b Servizio assistenza anziani (SAA) – UVM , Servizi sociali dei comuni, rete dei servizi e associazioni di volontariato

Come si è detto in precedenza, già nella fase di comunicazione della diagnosi è necessario mettere a conoscenza gli interessati rispetto alle opportunità e risorse presenti sul territorio. Se per alcune di queste attività non è necessario l'attivazione delle unità di valutazione multidimensionali (UVM), per la maggior parte dei servizi tradizionali è necessario attivare gli strumenti della valutazione multidimensionale, attraverso l'assistente sociale che, a seconda dei vari modelli organizzativi territoriali, può afferire ai SAA, ai PUASS (punto unico di accesso sociosanitario), al Comune o all'Azienda USL. L'attivazione dell'assistente sociale, previo accordo con la famiglia, deve di norma essere effettuata a cura del familiare stesso, e/o dal MMG e/o dal punto della rete che ha affrontato il percorso di restituzione e comunicazione della diagnosi. E' importante, pertanto, una **stretta collaborazione tra assistente sociale e la rete dei servizi**. Ad oggi la condizione di non autosufficienza e relativa valutazione del bisogno avviene attraverso le UVM, che si avvalgono oltre che di vari strumenti di valutazione multidimensionale , tra cui la scheda regionale "Breve indice per la non autosufficienza" (BINA), nella quale vengono raccolte informazioni di sintesi rispetto alla condizione sanitaria, psicologica e sociale, informazioni spesso già acquisite dal centro per i disturbi cognitivi nel corso del processo diagnostico. Una trasmissione puntuale di tali informazioni diviene pertanto indispensabile al fine di evitare duplicazioni, spesso fonte di stress per pazienti e familiari, nonché di dispendio di risorse da parte dei servizi. Anche per tale ragione diviene cruciale l'informatizzazione dei dati ed il collegamento in rete dei vari punti della rete stessa.

3.3 Rapporti di collegamento nella rete dei servizi⁴

Nei paragrafi successivi si riportano i principali collegamenti da assicurare tra i diversi punti della rete.

3.3.1 Collegamento Centro per i Disturbi Cognitivi e demenze – Centro di Salute Mentale

Il collegamento fra il Centro Disturbi Cognitivi e demenze (CDCD) ed il Centro di Salute Mentale (CSM) assume una **rilevanza strategica**. Il passaggio del paziente dal CSM al CDCD (o comunque all'area specialistica "neurologica-geriatrica") non può configurarsi come un "automatismo" legato all'età anagrafica e l'accesso al CDCD del paziente seguito dal CSM non deve essere unicamente motivato dalla richiesta di prescrizione di farmaci (essenzialmente terapia neurolettica), qualora questi siano prescritti da tempo e/o per condizioni cliniche non di competenza del CDCD.

Sono necessarie **istruzioni operative sulle modalità di collegamento fra i due centri per gestire queste condizioni:**

- sintomi psicotici e comportamentali delle persone con diagnosi di demenza;
- evoluzione verso una sindrome demenziale delle persone con disturbi mentali gravi;
- valutazione nei casi di dubbio diagnostico.

Tipologie dei pazienti ed individuazione di competenze e ruoli

Sono stati individuati 2 tipologie di casi:

1) **pazienti senza storia di patologia psichiatrica** che durante lo sviluppo della patologia dementigena manifestano disturbi comportamentali di tipo psicotico: competenza per presa in carico: **CDCD** consulenza (se necessario, anche ripetuta nel tempo): **CSM**

2) **pazienti con storia di patologia psichiatrica dall'età adulta** che sviluppano deterioramento cognitivo e/o demenza:

competenza per presa in carico: CSM o CDCD, in base alla patologia prevalente nella valutazione condivisa fra i referenti clinici dei vari servizi che rappresentano un punto di riferimento del paziente;

gestione integrata CSM-CDCD: nel caso non sia possibile individuare una patologia prevalente nella

valutazione clinica condivisa;

4 Per il collegamento con la rete ospedaliera si rimanda al capitolo 5

consulenza (se necessario anche ripetuta nel tempo): CDCD o CSM, a seconda del tipo di patologia prevalente (psichiatrica o cognitiva).

Le **modalità operative di condivisione** sulla base del target di utenza sono intese a:

- a) concordare una **comune cornice di riferimento e percorsi omogenei nei vari distretti** (almeno di una stessa AUSL) per ciò che attiene alla gestione e alla presa in carico dei pazienti con diagnosi di demenza e disturbi del comportamento;
- b) **definire competenze e responsabilità** dei CDCD e CSM
- c) impostare un **lavoro comune** rivolto ai **Medici di Medicina Generale**.

E' opportuno, pertanto, che a livello distrettuale venga individuato un **referente psichiatra** per assicurare la funzionalità del collegamento.

3.3.2 Modalità operative di invio del paziente

- **Dal CSM al CDCD** (qualora non si ritenga preferibile coinvolgere nella richiesta il MMG):

- Il CSM contatta telefonicamente il CDCD e fornisce descrizione del caso (dubbio diagnostico, patologie in atto, sintomatologia presentata)
- richiesta scritta da parte del medico psichiatra per consulenza (compilazione della richiesta di visita specialistica con descrizione sintetica del caso)
- Il CDCD fissa l'appuntamento per la visita specialistica e lo comunica al CSM che si fa carico di comunicarlo al paziente
- visita da parte del CDCD

□□restituzione scritta della consulenza con l'esito della valutazione (eventuale re-invio al CSM, o proposta di gestione integrata, o presa in carico), da comunicare anche al MMG.

Dal CDCD al CSM (qualora non si ritenga preferibile coinvolgere nella richiesta il MMG):

□□Il CDCD contatta telefonicamente il CSM e fornisce descrizione del caso (dubbio diagnostico, patologie in atto, sintomatologia presentata)

□□richiesta scritta del medico del CDCD per consulenza (compilazione della richiesta di visita specialistica con descrizione sintetica del caso)

□□Il CSM fissa l' appuntamento e lo comunica al CDCD che si fa carico di comunicarlo al paziente

□□visita da parte dello psichiatra

□□restituzione scritta della consulenza con l'esito della valutazione (eventuale re-invio al CDCD, o proposta di gestione integrata, o presa in carico), da comunicare anche al MMG.

3.3.3. Assistenza domiciliare , servizi residenziali e semiresidenziali

Per l'accesso ai servizi socio-sanitari la mediazione dell'assistente sociale costituisce un elemento essenziale del percorso, in quanto garantisce un approccio basato sull'offerta e condivisione piuttosto che sull'erogazione a domanda, assicurando maggiore informazione ed equità nell'accesso ai servizi .

Per quanto concerne i servizi socio-sanitari accreditati (casa residenza per anziani non autosufficienti, centri diurni per anziani non autosufficienti ed assistenza domiciliare), l'allegato DC "Elementi essenziali per il Programma di miglioramento della qualità della vita e dell'assistenza alle persone con demenza" della DGR 514/09 (norma che regola l'accreditamento dei servizi socio-sanitari per anziani e disabili) è contenuta la seguente specifica: "Nel programma di miglioramento Il soggetto gestore indica le specifiche modalità di presa in carico dei dementi e loro familiari, nonché **le azioni finalizzate a garantire la continuità assistenziale**. Per il monitoraggio dei trattamenti farmacologici, il raccordo con il MMG e il Consultorio per le Demenze/Centro esperto/ o il Centro delegato di riferimento costituisce elemento essenziale".

Tra i requisiti generali (RG) previsti dalla Delibera stessa , ed in particolare RG2 "Pianificazione operativa del servizio", punto 2.10 la delibera recita "Il soggetto gestore garantisce l'identificazione delle interfacce e la definizione dei punti di coordinamento e controllo delle attività". In particolare debbono essere descritte:

- le modalità di integrazione con i servizi sanitari, socio-sanitari e sociali del territorio al fine di garantire la continuità del percorso assistenziale;
- le modalità di integrazione con le altre risorse formali ed informali del territorio.

Al RG 8 "Processi e procedure generali" punto 8.1 la delibera indica che devono esistere procedure/istruzioni operative per lo svolgimento delle principali attività connesse all'assistenza, tra cui:

- accesso (con definizione delle modalità di attivazione del servizio, di accoglienza e di primo accesso);
- presa in carico;
- dimissione personalizzata e progettata con la rete dei servizi e i familiari, assicurando quanto necessario per garantire la continuità assistenziale.

Per quanto riguarda accesso e dimissioni, la delibera specifica al punto 8.6, che il soggetto gestore deve documentare il rispetto delle procedure per l'accesso e la dimissione dal servizio (es. eleggibilità, liste di attesa, accesso in urgenza/emergenza, sollievo) concordate con i servizi territoriali competenti.

Relativamente al PAI (Piano di assistenza individualizzato) il punto 8.5 indica che la definizione e periodicità di revisione dello stesso devono essere concordati ed in continuità con il progetti di vita e di cura predisposti dai servizi sanitari e sociali che inviano l'utente.

In merito alla verifica dei risultati (RG 9), il punto 9.2 stabilisce che sia presente un piano di verifica annuale del servizio in cui sia compresa una valutazione documentata dell'attività annuale

attraverso indicatori di qualità riguardanti, tra gli altri, l'aderenza alle procedure per la appropriatezza/continuità assistenziale.

Quanto sopra riportato, costituisce pertanto il quadro normativo di riferimento, per assicurare su tutto il territorio regionale azioni che garantiscano la continuità assistenziale.

Per quanto riguarda le modalità di attuazione specifiche per i singoli servizi, la DGR 514/09 riporta nei requisiti specifici alcune indicazioni di merito.

Nell'allegato 2 " Stralcio DGR514/09 in riferimento a continuità assistenziale servizi socio-sanitari per anziani" sono riportate le indicazioni riferite a tali servizi.

3.3.4 Servizi residenziali e semiresidenziali dedicati

Per quanto concerne i servizi dedicati (nuclei e centri diurni) l'équipe curante e l'UVM individuano il luogo idoneo e definiscono il periodo di cura sulla base degli obiettivi personalizzati e condivisi con la famiglia. Si tratta quindi di ricoveri a tempo determinato (temporaneo) finalizzati a raggiungere gli obiettivi del PAI mirati alla riduzione e stabilizzazione dei disturbi comportamentali, al mantenimento e/o al recupero delle capacità funzionali residue, al mantenimento e/o al recupero della socialità, alla razionalizzazione dell'intervento farmacologico e alla gestione della comorbilità. Durante il ricovero è necessario sviluppare modalità di approccio riabilitativo e individuare strategie per contenere e prevenire i disturbi del comportamento e accompagnare il caregiver nell'acquisizione di strategie mirate alla gestione dei disturbi comportamentali.

Il periodo del ricovero dipende quindi anche dai tempi della famiglia o della struttura per prepararsi all'accoglienza e dall'individuazione di un altro punto della rete adeguato per il paziente. Il centro per i disturbi cognitivi mantiene stretti contatti con il punto della rete che ha in carico il paziente e con l'Assistente Sociale responsabile del caso qualora si renda necessario ridefinire il progetto di cura.

Al termine del periodo di accoglienza, per consentire una adeguata rotazione sui posti del nucleo dedicato, la persona in dimissione può rientrare al proprio domicilio o, qualora fosse precedentemente ospite di una struttura del territorio, rientrare in quella struttura dove mantiene la priorità di rientro sul primo posto libero, fatta salva, nell'attesa del posto, l'accettazione dei familiari e/o dell'ospite stesso, di un posto in una delle altre strutture del territorio.

Nell'allegato 2 " Stralcio DGR514/09 in riferimento a continuità assistenziale servizi socio-sanitari per anziani" sono riportate le indicazioni riferite a tali servizi.

3.3.5 La rete informale : associazionismo familiare e volontariato

Al fine di migliorare la qualità della vita degli utenti, consentire una maggiore soddisfazione dei bisogni e ridurre la complessità sociale che la condizione di demenza impone, è opportuno che tutti i punti della rete si relazionino con l'associazionismo familiare ed il volontariato. I punti della rete ed in particolare i centri per i disturbi cognitivi sono tenuti sempre a dare le informazioni relative alla presenza di associazioni di volontariato sul territorio e delle attività di supporto che queste possono svolgere. Le associazioni dei familiari possono fornire materiale informativo e divulgativo, segnalare ed indirizzare le persone che si presentano con problemi prioritari, avere dei punti di ascolto, e in raccordo con i centri per i disturbi cognitivi o altri punti della rete, organizzare attività di formazione per i caregiver, offrire servizi di supporto e consulenza, organizzare incontri di auto mutuo aiuto, organizzare Caffè Alzheimer, promuovere attività di stimolazione cognitiva, motoria e sensoriale, ed altre attività. Forme di collaborazione e raccordo e la condivisione di obiettivi e responsabilità rappresentano dunque uno strumento di valorizzazione dell'associazionismo e del volontariato, pur nel rispetto della differenziazione/ complementarietà dei ruoli e dignità.

Le esperienze sviluppate in questi anni sul territorio regionale, hanno dimostrato che l'associazionismo ed il volontariato possono contribuire all'innovazione e alla qualificazione delle risposte, creando sinergie in ambito sociale e socio-sanitario, arricchendo le opportunità secondo forme, indicazioni, procedure e protocolli condivisi con la rete dei servizi e partecipando ai tavoli della programmazione integrata nell'ambito dei piani distrettuali per la salute ed il benessere sociale

3.3.6 Possibile raccordo coi programmi distrettuali per la qualificazione del lavoro di cura svolto da assistenti familiari private

Per l'assistenza delle persone anziane con demenza al domicilio, spesso la famiglia si avvale dell'aiuto di assistenti familiari private (cosiddette "badanti") che sono in grado di garantire una presenza continuativa al fianco dell'assistito, non più autonomo.

Dai riscontri inerenti le attività formative realizzate a livello territoriale, fra le criticità segnalate, emerge di frequente la difficoltà a capire le manifestazioni della demenza e la carenza, da parte delle assistenti familiari, di strumenti (in termini di conoscenze, competenze, strategie) idonei per adottare le azioni e gli atteggiamenti più opportuni di fronte ai disturbi del comportamento legati alla malattia e nelle diverse circostanze che si vengono a creare nell'assistenza quotidiana.

Contestualmente, l'assistente familiare, opportunamente formata e in accordo con la famiglia, può dedicare parte del suo tempo ad attività finalizzate al contenimento dei disturbi del comportamento e miglioramento del benessere della persona con demenza.

Si ritiene pertanto opportuno che il CDCD sia in contatto con il referente distrettuale dei "programmi per la qualificazione e la regolarizzazione del lavoro di cura svolto da assistenti familiari" previsti nell'ambito dell'FRNA (Allegato 3 DGR 1206/07) al fine di valorizzare le possibili collaborazioni nell'ambito di percorsi di presa in carico e di cura integrati a vantaggio delle persone anziane con demenza, delle loro famiglie e delle assistenti private che, in molti contesti familiari, permettono di mantenere nel loro ambiente familiare le persone n.a.

4. GLI INTERVENTI PSICOSOCIALI pei le persone con demenza e loro familiari-caregiver

Gli interventi relativi alla persona con demenza sono classicamente distinti in farmacologici (diretti alla sintomatologia cognitiva e psicologico-comportamentale) e non-farmacologici.

Quest'ultima dizione è stata sostituita negli studi recenti con il termine "psicosociale" con l'intento di sottolineare un aspetto specifico, cioè che lo scopo principale dell'intervento è di favorire il "coping" e l'adattamento della persona alla sua condizione, di fornire supporto a questo adattamento e assistenza lungo tutto il decorso della malattia.

Questi interventi hanno un impatto diretto anche sulle abilità cognitive compromesse e sui sintomi psicologici e comportamentali. Il modello psicosociale include anche la prospettiva dell'approccio centrato sulla persona e considera che le manifestazioni cliniche e sintomatologiche della demenza non sono solo l'esito del danno organico, ma sono anche influenzati dalla storia precedente della persona, dalla sua personalità, dal contesto sociale e ambientale in cui vive e dalla disponibilità di risposte adeguate.

Partendo da questa ottica sono stati individuati protocolli di intervento che sono stati successivamente validati e i cui effetti hanno dimostrato delle evidenze nella letteratura scientifica.

Una delle prime proposizioni in questo senso è quella dell'American Psychiatric Association (1997, e ribadita nel 2010) che ha suddiviso gli interventi psicosociali diretti alla persona con demenza in 4 principali categorie:

1) INTERVENTI DI STIMOLAZIONE COGNITIVA e TERAPIA OCCUPAZIONALE (TO)

Gli **interventi di stimolazione cognitiva** sono interventi che prevedono lo svolgimento di attività di training su funzioni cognitive quali attenzione, concentrazione, linguaggio, memoria con un'attenzione mirata anche agli aspetti di socializzazione e l'uso della reminiscenza, solitamente svolti in gruppo secondo un approccio centrato sulla persona.

La stimolazione cognitiva è riconosciuta a livello internazionale come intervento a valenza terapeutica con ricadute positive sul piano cognitivo e sul generale benessere della persona con demenza e sulla sua qualità di vita e deve essere condotta da uno psicologo esperto nella CST (Cognitive Stimulation Therapy) validata secondo procedure EBM (vedi bibliografia).

Per quanto riguarda la **terapia occupazionale** (intesa come attività realizzata da terapeuta occupazionale con specifica formazione), questa rappresenta una valida modalità per il mantenimento delle capacità conservate. La letteratura scientifica ha dimostrato che la TO produce

risultati positivi sulla qualità di vita delle persone con demenza e loro caregiver (vedi bibliografia), aumentando in questi ultimi le competenze nella gestione delle problematiche legate alla demenza. A tale proposito si ricorda che fra le prestazioni erogabili (ai sensi del DM 329/99) relative ai **codici di esenzione 29 (malattia di Alzheimer) e 11 (demenza non altrimenti specificata)** sono comprese **prestazioni terapeutiche di tipo riabilitativo** così classificate ed inserite nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza, DPCM 29/11/2001 e DPCM 16/04/2002) e recepite dalla DGR 295/2002).

93.83

TERAPIA OCCUPAZIONALE

Terapia delle attività della vita quotidiana Escluso: Training in attività di vita quotidiana per ciechi (93.78)

Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)

oppure

93.83.1

TERAPIA OCCUPAZIONALE

Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)

93.89.2 TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI

Riabilitazione funzioni mnesiche,gnosiche e prassiche Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)

oppure

93.89.3 TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI

Riabilitazione funzioni mnesiche,gnosiche e prassiche Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)

2) INTERVENTI PER I DISTURBI PSICOLOGICI E COMPORTAMENTALI

Sono programmi multicomponenziali che prevedono in prima istanza azioni di informazione, formazione e sostegno ai caregiver, interventi ambientali ed azioni rivolte alla persona con demenza, che hanno mostrato un'efficacia nel prevenire e ridurre l'impatto che i sintomi psicologici e comportamentali hanno sulla vita della persona con demenza e di chi le vive accanto.

Tali interventi sono raccomandati dall'International Psychogeriatric Association (IPA) come intervento di prima istanza.

3) INTERVENTI PSICOLOGICI PER I CAREGIVERS

a) Interventi focalizzati sulle conoscenze del caregivers: definiti come Psychoeducation o Social Support che mirano ad aumentare le conoscenze relative alle problematiche della malattia, alle attività di caring e al supporto sociale disponibile sul territorio o altre risorse che possano sostenere le capacità adattive dei familiari;

b) Interventi focalizzati sulla vita affettiva e relazionale del caregiver che mirano ad analizzare sentimenti di depressione, ansia e sono tesi a modificare la reazione emotiva e comportamentale del caregiver;

c) interventi di acquisizione delle competenze (“skill training”) finalizzati ad acquisire strategie di gestione dei disturbi comportamentali del malato, per aumentarne il benessere complessivo.

4) INTERVENTI DI INCLUSIONE SOCIALE E SOCIALIZZAZIONE

L'aspetto della “socializzazione” è un elemento importante nel promuovere benessere, ridurre l'esclusione sociale, eliminare lo “stigma” e quindi la disabilità indotta: gli studi ed i report più recenti promossi dall' Organizzazione Mondiale della Sanità e dalle associazioni dei familiari mettono in evidenza grosse carenze nell'ambito di tali interventi.

Gli interventi sopra citati, e che verranno meglio declinati nelle pagine successive, costituiscono una prima attuazione, per quanto riguarda le demenze, di quanto stabilito dalla Legge Regionale 28 marzo 2014 n.2 “Norme per il riconoscimento ed il sostegno del caregiver familiare (persona che presta volontariamente cura e assistenza)”, ed in particolare dall'art.4 comma 2) lettera a), che riguarda la programmazione regionale in tema di sostegno ai caregiver familiari.

Il centro per i disturbi cognitivi e demenze, nell'ambito della rete di servizi, può fornire le competenze ed i supporti, per la realizzazione di azioni atte a:

- 1- la **formazione** e la **psico-educazione rivolta ai familiari**, riguardante con particolare riguardo ai BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) orientata al supporto, al miglioramento delle abilità di coping, delle competenze e a migliorare il benessere;
 - 2- un' **azione formativa verso gli operatori** di tutte le professionalità per incentivare e migliorare la loro conoscenza del problema, migliorare le loro competenze e quindi ridurre l'uso di strumenti inadeguati per la gestione dei BPSD;
 - 3- fornire un **supporto che attivi una consulenza** per la costruzione e l'uso delle **modifiche ambientali** necessarie ad una migliore gestione dei BPSD;
 - 4- la **formazione**, oltre che sul problema dei sintomi descritto in precedenza, dovrebbe allargarsi a fornire competenze comunicative, relazionali e di intervento, analisi e comprensione del comportamento anche ai fini della prevenzione della loro insorgenza dei disturbi del comportamento stesso;
 - 5- va considerata l'importanza della continuità formativa con la discussione di casi e di esperienze al fine di consolidare l'apprendimento e promuovere un'elaborazione della propria esperienza diretta con le persone con demenza;
 - 6- la **formazione fornita dal centro deve essere estesa a tutta la RETE assistenziale** compresa quella territoriale nella sue componenti di domiciliarità e di residenzialità e l'area ospedaliera e quella dell'emergenza a cui si rimanda nel capitolo dedicato;
 - 7- a questo proposito non va sottovalutata l'importanza dell'azione di **consulenza tempestiva** data la stretta relazione tra BPSD e rischio di burden del caregiver e istituzionalizzazione.
- La consulenza che può avere carattere di urgenza non va intesa nel senso dell'immediatezza della risposta ma nella certezza della risposta da realizzarsi entro una cornice temporale stabilita e contenuta (entro le 24-48 ore). A questo scopo la tecnologia informatica può essere un valido supporto (vedi paragrafo dedicato).

4.1 Interventi di Stimolazione cognitiva

Nell'ambito degli interventi orientati alla cognitività una modalità che ha ricevuto una sostanziale conferma ed evidenza nella letteratura è la cosiddetta **Cognitive Stimulation Therapy** che ha messo insieme alcuni elementi provenienti dalla Reality orientation therapy (ROT), dalla reminescenza e dalla stimolazione cognitiva sviluppata dal gruppo francese di Breuil. Questi tre "strumenti" sono stati ricomposti e strutturati con specifica particolare attenzione al **modello centrato sulla persona**. Tale modalità è risultata efficace con un effetto positivo sulle abilità cognitive, sullo stato affettivo, sulla qualità della vita e spesso sul benessere dei familiari.

In ambito regionale molte delle azioni svolte sotto la denominazione di stimolazione cognitiva sono ispirate oppure ricalcano in qualche modo i suoi principi e possono dunque rappresentare la base condivisa per lo sviluppo delle azioni locali.

E' necessario mantenere una distinzione tra intervento di stimolazione cognitiva strutturata e modalità di stimolazione cognitiva informale ; quest'ultima può essere utilizzata anche dai familiari e/o dal personale operante nei servizi socio-sanitari nei riguardi di persone con demenza di grado moderato oltre che lieve. Di seguito si forniscono alcuni elementi per la modalità strutturata.

4.1.1 Stimolazione cognitiva strutturata

Le indicazioni generali alla CST (Cognitive Stimulation Therapy) possono essere così sintetizzate :

a) Soggetti elegibili per questo tipo di intervento: le persone con demenza lieve (CDR 1 e/o MMSE>18) , con abilità comunicative verbali preservate o lievemente compromesse, assenza di disturbi comportamentali o psichiatrici severi o deficit sensoriali che compromettono la comunicazione.

b) Modalità di invio: nella formulazione del progetto individualizzato di vita e di cura dovrebbe essere valutata l'opportunità della stimolazione cognitiva, ed elaborata una proposta con l'indicazione delle modalità concrete e delle opportunità offerte da parte della rete territoriale. Si sottolinea pertanto l'importanza di un'adeguata conoscenza delle risorse ed opportunità presenti sul territorio di riferimento.

c) L'erogazione dell'intervento può essere svolta direttamente dai centri oppure in accordocollaborazione, con realtà locali (associazioni, Comuni, privato sociale) che garantiscono un livello di competenza e di qualità adeguato.

d) Le competenze necessarie per realizzare attività di stimolazione cognitiva strutturata includono capacità di pianificazione degli interventi (che devono essere realizzati a partire dalle abilità delle persone) nonché competenze relative alla realizzazione degli interventi. Tali competenze, che fanno parte dell'iter formativo della professione dello psicologo, sono costituite da:

- conoscenza delle demenze sia da un punto di vista neuropsicologico che emotivo-relazionale e comportamentale;
- conoscenza delle modalità di risposta delle persone con demenza ;
- conoscenza delle capacità cognitive e degli esercizi per la stimolazione di tali capacità;
- conoscenze in tema di reminescenza e delle modalità di lavoro;
- capacità nella gestione di gruppi.

e) Durata dei training la stimolazione cognitiva strutturata prevede di norma 2 incontri settimanali, della durata media di un ora , con possibili adattamenti e che si può protrarre per 7 settimane. La modalità classica può avere delle varianti in termini di durata della seduta, di frequenza settimanale e numero di incontri.

f) I benefici dell'intervento di stimolazione cognitiva sono garantiti dalla ripetitività dei cicli o da cicli

di mantenimento, che possono alternarsi a cicli di stimolazione cognitiva informale. L'adeguatezza della partecipazione alla stimolazione cognitiva strutturata, va verificata con periodicità di sei mesi.

La stimolazione cognitiva strutturata prevede il coinvolgimento del familiare fornendo informazioni sull'intervento e sulle possibilità del suo utilizzo in modalità informale .

g) La valutazione dell'efficacia e monitoraggio dell'intervento prevede la valutazione dei seguenti parametri:

- l'aspetto cognitivo con l'uso del MMSE;
- l'aspetto affettivo con l'uso della GDS;
- la qualità di vita con l'uso della QoLAD versione per il caregiver e per il paziente,
- lo stato funzionale ADI e IADL;
- la Soddifazione delle persone con demenza e dei loro familiari con questionari ad hoc;

Il parametro di efficacia da considerare è:

- la stabilità del MMSE o riduzione inferiore a quella attesa;
- la stabilità e/o il miglioramento della GDS e della QoL;
- la stabilità e/o il miglioramento delle AD e IADL o riduzione inferiori a quelle attese;

Come indicatori di qualità il rapporto tra i soggetti che ricevono l'intervento e tutti i soggetti eligibili per l'intervento.

La stimolazione cognitiva deve essere proposta e assicurata al maggior numero possibile di persone

all'interno di un progetto assistenziale formulato in equipe (vedi punto comunicazione della diagnosi)

in collaborazione con i servizi del territorio.

Questa raccomandazione è maggiormente stringente per le persone con diagnosi in età pre-senile.

4.1.2 Interventi per i disturbi psicologici e comportamentali

I disturbi psicologici e comportamentali (**BPSD**) accompagnano il decorso della malattia con una prevalenza dei sintomi, in termini di intensità, frequenza e tipologia diversa a seconda del tipo di demenza, della fase della malattia, del setting e della metodologia di rilevazione.

Non va neanche sottovalutata la "**componente caregiver**" data l'importanza dello stress indotto dallo specifico sintomo comportamentale sul caregiver stesso e componente abitualmente valutabile con gli strumenti utilizzati nella pratica clinica (**UCLA-NPI**).

Oltre al dato attuale molti elementi della storia personale, della personalità premorbosa, del quadro relazionale all'interno della famiglia, sia attuale che storico, possono essere importanti per l'insorgenza e per la durata dei sintomi (anamnesi personale, familiare e sociale).

L'**ambiente** rappresenta un fattore importante nell'insorgenza, nel mantenimento, ma anche nella risoluzione dei sintomi e può condizionarne intensità, frequenza e livello di disagio indotto, sia nel caregiver che nella persona malata.

Quanto descritto è stato analizzato nella letteratura scientifica e ha condotto **all'elaborazione di modalità di approccio specifiche** che hanno come assunti di base i seguenti principi:

1- la formazione, il "training" e il supporto dei caregivers formali (operatori) sono elementi importanti: la formazione sulla comunicazione, sulla malattia, sui disturbi e sui modelli di comprensione e di gestione di essi;

2- la formazione, la psico-educazione dei caregivers familiari a comprendere il problema, per l'acquisizione di competenze nella gestione non solo dei disturbi ma anche nell'affrontare l'impatto dei disturbi stessi sul benessere del caregiver, sulla sua salute fisica, sociale e psicologica;

3- l'ambiente sensoriale, non stressante, adeguatamente stimolante, facilitato, protesico è una componente essenziale del trattamento;

4- i bisogni della persona malata, le abilità comunicative e espressive, il livello e le capacità di tolleranza allo stress e alle stimolazioni sono una discriminante importante nel determinare l'insorgenza, la frequenza nonché l'impatto sul caregiver sia formale che informale;

5- le condizioni sociali ed il livello educativo e culturale che possono compromettere la possibilità di applicazione degli interventi e delle informazioni acquisite oltre ad influenzare la capacità di utilizzare adeguatamente gli interventi stessi.

4.2 La formazione e il supporto consulenziale per i familiari

Recenti ricerche mettono in luce come le persone che assistono continuamente persone con demenza siano sottoposte ad elevati livelli di stress, sviluppando disturbi del sonno, del tono dell'umore e lamentando scarsa efficacia nella gestione degli aspetti comportamentali e funzionali. Tale condizione può condurre anche all'incremento della quota di disabilità potenzialmente reversibile e all'aumento dei disturbi comportamentali del paziente con demenza, con conseguente aumento del ricorso all'utilizzo di terapie farmacologiche per il loro contenimento o all'istituzionalizzazione.

La percezione di un carico eccessivo, generalmente definito come *burden*, è costituito "dall'insieme dei problemi fisici, psicologici o emozionali, sociali e finanziari che devono affrontare i familiari di anziani con deficit fisici o cognitivi". Il *burden* comporta: il peggioramento della qualità di vita del caregiver, l'insorgenza di sintomi depressivi, l'aggravamento di condizioni croniche quali l'ipertensione, il maggior

utilizzo di servizi sanitari, il consumo di farmaci, l'aumento del numero di visite specialistiche.

Economicamente le famiglie vivono una riduzione del reddito anche in conseguenza all'aumento di spese per i farmaci, badanti e strutture residenziali o semi-residenziali mentre, nelle loro relazioni sociali, sperimentano abbandono di interessi e rischio di isolamento sociale.

E' necessario prevedere durante l'iter diagnostico un assessment di base del caregiver per rilevare in maniera precoce il rischio potenziale di sviluppare disagio, malessere e *burden* al fine di adottare un approccio pro-attivo.

Gli interventi di cui beneficiano i familiari sono nella maggior parte costruiti per loro, tranne in alcune specifiche situazioni in cui interventi diretti sul malato vengono effettuati anche con lo scopo secondario di fare stare meglio il caregiver, come molti interventi diretti a contenere disturbi comportamentali particolarmente destabilizzanti sulla situazione assistenziale complessiva.

GLI INTERVENTI DIRETTI SUI CAREGIVERS VENGONO DIVERSIFICATI IN BASE AL LORO FOCUS PRINCIPALE:

a Interventi focalizzati sulle conoscenze del caregiver

L'intervento di informazione/formazione si prefigge di migliorare la qualità della cura e della gestione della persona affetta da deterioramento cognitivo, attraverso lo sviluppo di un maggiore

sensu di competenza ed efficacia e la riduzione del malessere che il caregiver vive nell'assistenza quotidiana così come di accompagnare il caregiver nella scelta e nell'utilizzo dei servizi e degli ausili più idonei a seconda della fase di malattia.

L'intervento permette al caregiver di:

- acquisire conoscenze sulla malattia, sui sintomi cognitivi, comportamentali e funzionali, sui servizi e associazioni di volontariato esistenti
- acquisire metodologie di gestione dei problematiche cognitive, comportamentali ed assistenziali e sulle metodologie di comunicazione e stimolazione più efficaci
- rendere realistiche le aspettative relative alla cura e alle capacità del malato
- migliorare il senso di efficacia e di competenza
- conoscere i vissuti legati alla malattia e al suo decorso
- confrontarsi con altri familiari e potersi sentire una risorsa ed un alleato nel percorso terapeutico

L'attività formativa è svolta prevalentemente in gruppo in quanto i gruppi permettono di attivare risorse e competenze e di dare un senso alla malattia tramite lo scambio di esperienze con altri familiari. L'invio al gruppo avviene su indicazione dei professionisti del Centro Disturbi Cognitivi in fase di restituzione della diagnosi.

L'efficacia dell'intervento può essere misurata somministrando, all'inizio e alla fine del percorso, alcune scale di misura, fra le quali: questionari di gradimento della esperienza, qualità di vita (**QoLAD** per pazienti e familiari), livello di stress del caregiver (Relative Stress Scale), caregiver burden inventory (CBI), lo Zarit Burden Interview (ZBI) e Neuropsychiatric Inventory (NPI).

Affinché tutti i temi centrali siano affrontati e vi sia sufficiente spazio per il confronto e l'approfondimento, il percorso dovrebbe prevedere l'effettuazione di **6 incontri della durata di 2 ore ciascuno** con i seguenti argomenti:

- introduzione alla malattia
- aspetti medici e farmacologici
- disturbi comportamentali e del tono dell'umore
- la stimolazione cognitiva e il mantenimento dell'autonomia
- i vissuti dei familiari
- la comunicazione e la presentazione dei servizi presenti sul territorio e sugli aspetti legali.

Il Centro Disturbi Cognitivi organizza, coordina e supporta l'attività coinvolgendo, se necessario, anche esperti esterni. Al gruppo formativo partecipano diverse figure professionali: è prevista la presenza di operatori sanitari esperti (geriatra o neurologo, infermiere), di psicologi, di assistenti sociali ed eventuali altre figure necessarie fra cui i volontari delle associazioni dei familiari e gli operatori che conducono i gruppi di stimolazione cognitiva o che seguono l'esperienza dei Café Alzheimer.

b Interventi focalizzati sulla vita affettiva e relazionale del caregiver

La valutazione attraverso il colloquio clinico e l'uso di strumenti standardizzati, permette di riconoscere il disagio e l'invio tempestivo per la valutazione ed il supporto psicologico, permette di evitare la cronicizzazione dei comportamenti disfunzionali correlati con l'assistenza.

La valutazione delle aree critiche permette di strutturare interventi focalizzati sul miglioramento del benessere emotivo del caregiver e sulle sue capacità di gestire le relazioni con il malato al fine di garantire il proseguimento delle cure domiciliari e ridurre la percezione di burden e di sofferenza.

Gli interventi psicologici ai caregivers possono essere individuali, familiari o di gruppo

30

- Interventi individuali o familiari:

L'intervento psicologico supportivo individuale o familiare si propone di sostenere il caregiver e/o la famiglia nella comprensione del coinvolgimento affettivo/emozionale durante il percorso assistenziale.

Tale intervento può avvenire in diverse fasi della malattia. Infatti, differenti sono i fattori psicologici implicati lungo il corso della lunga assistenza.

- Interventi supportivi di "gruppo":

Il gruppo dei familiari è uno strumento importante per aiutare tutti i partecipanti a confrontarsi sui loro vissuti legati alla malattia e alla sua gestione. Il gruppo si propone di sostenere ad esprimere le emozioni positive e negative che intercorrono durante l'assistenza, le modificazioni nella relazione con il malato, la necessità di accedere a nuove forme di comunicazione sempre meno verbali e più gestuali/comportamentali.

c interventi di acquisizione delle competenze (“skill training”)

La formazione ha come destinatari i familiari che in tutte le fasi della malattia necessitano di informazioni e di supporto psicologico rispetto alla loro capacità gestionale.

Gli operatori delle Strutture Residenziali e Semiresidenziali devono essere coinvolti e come già sottolineato, possono essere coinvolti gli operatori dell'emergenza e quelli ospedalieri.

La formazione come primo step può riguardare la conoscenza dei BPSD e la loro suddivisione in clusters e i modelli di lettura dei disturbi comportamentali in particolare il modello comportamentale classico (ABC), il modello del comportamento guidato dai bisogni e quello relativo alla soglia della tolleranza allo stress. La formazione per i familiari andrebbe modulata in base ai bisogni del familiare stesso e correlata con l'evoluzione della malattia.

Nella formazione sarebbe opportuno utilizzare metodologie attive di apprendimento in modo da coniugare la conoscenza con l'elaborazione dell'esperienza.

All'interno del centro esperto le figure che possono svolgere questo compito sono il medico specialista, lo psicologo, l'infermiere e l'assistente sociale adeguatamente formati in merito e nell'ambito delle rispettive competenze considerando l'importanza del lavoro in un team multiinterdisciplinare

Esperienze efficaci di formazione degli operatori sono gli audit e la discussione dei casi durante i quali gli operatori del CDCD apportano un contributo alla costruzione di un piano assistenziale.

Le professionalità presenti all'interno del CDCD possono essere utilizzate o rese disponibili per l'intera RETE assistenziale in modo da promuovere un percorso di collegamento/integrazione e creare quindi le basi della continuità organizzativo-gestionale

In questo contesto è bene sottolineare come il CDCD debba essere parte integrante della RETE dei Servizi con modalità comunicative strutturate collegate con gli altri punti della rete per la disabilità fisica e mentale :Servizi Anziani MMG UVG Servizi Assistenza Domiciliare, CSM (anche per il numero crescente di malati psichiatrici anziani complessi e comorbidi), Servizi Infermieristici (mail, briefing periodici ecc) come auspicato dall'OMS. A questo proposito sarebbe opportuno che all'interno dei percorsi formativi venissero considerati quelli relativi alla modalità di gestione, tra servizi, delle situazioni urgenti e/o scompenstate.

- formazione sui **bisogni della persona malata:**

Per quanto concerne i bisogni della persona malata si fa riferimento al documento della International Psychogeriatric Association in merito ai BPSD; il documento fa riferimento alle caratteristiche cliniche dei sintomi, all'importanza dei fattori psicosociali, ai modelli di lettura dei disturbi e alle possibilità di intervento. Il documento è stato aggiornato nel 2010 e rappresenta quindi una valida base aggiornata; inoltre è stato costruito come strumento per l'educazione e quindi adatto allo scopo.

Per quanto concerne la persona con demenza, nella letteratura viene sottolineata l'importanza dei bisogni di comunicazione, di comprensione, di soddisfazione delle esigenze sia di tipo primario che secondario compresi i bisogni di inclusione, di partecipazione e di utilità. A tale fine può essere utile fare riferimento anche alla scala della stadiazione proposta da Reisberg sull'evoluzione e la progressione del danno e delle abilità residue.

- Consulenza a distanza e in situazioni di gravità

Le fasi della malattia in cui si verifica la comparsa di BPSD sono tra quelle di maggiore impegno per gli operatori e per i familiari; possono anche verificarsi difficoltà a portare i pazienti a visite e controlli; sicuramente un'efficace gestione dei sintomi dipende anche dal livello di consapevolezza del caregiver e dalla capacità del Centro di essere riferimento consultabile per situazioni di emergenza. Requisiti utili e necessari ai Centri dovrebbero essere: a) punto di ascolto e/o

accoglienza telefonica per accogliere tempestivamente il bisogno , b) possibilità di visite domiciliari; altre modalità di contatto rapido.

4.3 Alzheimer Café

L'ideatore dell'Alzheimer Café è uno psicogeriatra olandese, Bere Miesen il quale ha aperto il primo Café a Leida nel 1997. Si tratta di uno spazio informale dove vengono forniti insieme momenti d'incontro, svago, formazione ed attività. È un luogo protetto dove i pazienti possono incontrarsi, svolgere attività specifiche e socializzare mentre i famigliari imparano ad affrontare meglio la malattia in un ambiente rilassato e confortevole, stando in contatto con altre persone che si trovano in situazioni simili e ricevendo informazioni da professionisti, tra un pasticcino ed una tazza di tè. I destinatari dell'iniziativa sono sia i famigliari che gli ammalati.

Miesen indica **tre obiettivi** degli Alzheimer Café:

1. **informare sugli aspetti medici e psicosociali della demenza,;**
2. **sottolineare l'importanza di parlare apertamente dei propri problemi;**
3. **prevenire l'isolamento dei malati e dei loro famigliari.**

La letteratura sull'argomento ha individuato due modelli di eccellenza di funzionamento dei Café/luoghi di incontro:

- il primo basato sull'esperienza di Miesen e consiste in un incontro mensile in cui viene invitato un relatore esperto per un incontro-dibattito su temi inerenti le demenze a cui fa seguito un momento conviviale.
- il secondo è il modello dei Meeting Center o Centri d'Incontro (M.R. Droes) in cui coesistono informazione ed azione; l'apertura è bi- o tri-settimanale con la presenza continuativa di diversi professionisti e l'organizzazione strutturata di attività.

L'indagine regionale ha indicato che l'esperienza di sintesi dei due modelli si struttura su una cadenza intermedia di 1 incontro a settimana.

Alcune caratteristiche necessarie per una buona realizzazione dei Café sono state così indicate:

- Libero accesso per i familiari e le persone malate e flessibilità delle attività proposte
- Spazio accogliente, adeguato e funzionale alla realizzazione delle attività previste, preferibilmente all'esterno di strutture protette o comunque in spazi dedicati
- Coinvolgimento di famigliari e altri caregiver sia come utenti che come risorse
- Collaborazione con le associazioni di volontariato, in particolare le associazioni dei familiari delle persone con demenza.
- La presenza con continuità di figure professionali dedicate e la disponibilità di esperti per incontri periodici provenienti dalle realtà locali
- Riflessione continua sulle esperienze
- Continuo coinvolgimento delle diverse realtà territoriali e promozione dell'attività presso i nodi della rete.
- Integrazione e apertura con e verso altre risorse sociali (scuole, musei, biblioteche, ecc)

4.3.1 Finalità

Le finalità generali del Café Alzheimer riguardano l'inclusione sociale ed il miglioramento della qualità di vita delle persone con demenza e dei loro famigliari attraverso la disponibilità di luoghi, strumenti ed occasioni rivolti, da un lato al sostegno di chi si prende cura di anziani affetti da demenza, dall'altro direttamente alla persona malata.

Nello specifico il Café si propone di perseguire i seguenti obiettivi:

- Migliorare l'integrazione dei malati e dei loro famigliari nel territorio contrastando l'isolamento e lo stigma e favorendo il confronto tra pari e momenti piacevoli;
- Favorire una domiciliarità sostenibile sia per il malato che per le famiglie, anche attraverso la conoscenza della rete dei Servizi;
- Incrementare il sostegno ed il senso di sicurezza dei familiari grazie alla continuità e regolarità degli incontri;
- Promuovere l'apprendimento di strategie per la gestione dei disturbi psico-comportamentali;

- Ridurre lo stress dei caregiver dando risposte mirate alle loro proposte e alle loro esigenze informative;
- Promuovere la socializzazione e la stimolazione cognitiva ;
- Trasmettere conoscenza della malattia a livello sociale creando cultura, utile anche alla diagnosi tempestiva.

4.3.2 Il ruolo del Centro Disturbi Cognitivi e demenze

- favorire la nascita dei Cafè attraverso azioni di promozione, di riconoscimento e di partecipazione;
- informare e indirizzare le famiglie e i caregiver ai Cafè;
- offrire consulenza per la programmazione delle attività e per il coinvolgimento degli esperti nelle attività del Cafè;
- favorire la partecipazione dei professionisti e degli operatori del Cafè alle attività di formazione organizzate dal Centro ;
- sostenere la divulgazione delle attività del Cafè utilizzando gli strumenti aziendali (es. presenza dei Cafè sui siti web aziendali) sia verso gli organi di stampa, sia negli incontri con i MMG .

L'attuazione di un Cafè Alzheimer dovrebbe fondarsi su alcuni punti base:

- Aderenza ad alcuni elementi essenziali dei modelli presenti nella letteratura specifica ed elencati precedentemente a cui adattare in maniera diversificata e flessibile il Cafè tenendo conto delle caratteristiche specifiche di ogni singolo territorio e delle risorse ivi disponibili.
- Rendere fruibile a pazienti e caregiver uno spazio strutturato, ma informale in cui affrontare, da diversi punti di vista ed attraverso diverse azioni, le problematiche connesse al prendersi cura di persone affette da demenza e dei loro familiari.
- Realizzare e promuovere un riconoscimento ed un'integrazione della attività del Cafè con la rete territoriale che comprende: Centri per i disturbi cognitivi, Servizi Sociali, Comuni, Aziende USL, MMG, Associazioni di familiari ed altre associazioni di Volontariato e le realtà territoriali disponibili (es. Centri Sociali, Parrocchie)
- Provvedere ad informare dell'operatività dei Cafè la popolazione interessata che si rivolge alla rete dei Servizi in ogni suo nodo.

4.3.3 Schema di esecuzione degli incontri del Cafè Alzheimer

Il programma può essere approssimativamente suddiviso in tre momenti; "arrivo e accoglienza", "attività strutturate rivolte a malati e caregiver, sia separate che congiunte", "momento conviviale e di saluto". Anche se non è necessario attenersi strettamente ai tempi, la pratica dimostra che la durata complessiva ottimale varia tra le 2 e le 3 ore. Nella realizzazione degli incontri non vanno dimenticati i principi di flessibilità, di continuità e di adattamento dell'esperienza. Va dedicata particolare cura al "clima" in cui si svolgono gli incontri.

Accoglienza utenti (nuovi e conosciuti)

ATTIVITA' FORMALI (2 ore)

PER I PAZIENTI ATTIVITA' CONGIUNTA PER I CAREGIVER

Da scegliere tra le opzioni ed i suggerimenti sottostanti

(lista A)

Da scegliere tra le opzioni ed i suggerimenti sottostanti

(lista B)

Da scegliere tra le opzioni ed i suggerimenti sottostanti

(lista C)

Momenti conviviali ed attività informali

Conclusione e Saluto

Supervisione per gli operatori (ogni 2 mesi o secondo criticità)

Formazione degli operatori non ancora formati ove necessario

Lista A

Attività per i pazienti

Lista B

Attività congiunte

Lista C

Interventi per i caregivers

Stimolazione cognitiva informale

Momenti di attività proposti ai familiari insieme agli anziani per facilitare “lo stare insieme in modo diverso”.....,

Incontri di supporto di gruppo condotti da uno psicologo

Reminiscenza Organizzazione di cene, brevi gite, per contrastare l’isolamento e facilitare “lo stare insieme fuori casa”.

Colloqui individuali non strutturati, (lasciando la valutazione allo psicologo della necessità di uno spazio di ascolto personalizzato),

Attività occupazionali; Attività con i bambini delle scuole Momenti liberi informali nei quali i familiari possano “prendersi una pausa dalla malattia”

Attività ricreative, musica, canto;

Attività informative specifiche, non definite a priori, ma che nascono dalle sollecitazioni dei partecipanti;

Attività motorie , (ginnastica dolce, movimento danzato, ecc)

Attività di movimento o rilassamento, se nascono dalle considerazioni dei partecipanti;

Per la realizzazione delle attività sopramenzionate e tenendo in conto che molte realtà hanno già utilizzato determinate figure professionali si ritiene necessario per un funzionamento adeguato del Cafè, la presenza strutturata e continuativa della figura dello psicologo con competenze specifiche e di almeno un operatore esperto in interventi occupazionali e ludico-ricreativi rivolti alla persona con demenza.

Possibili indicatori di efficacia dei Cafè:

Per i Malati Per i Familiari

Continuità di frequenza Continuità di frequenza

Strumenti per la valutazione del gradimento Strumenti per la valutazione del gradimento

Valutazione qualitativa sugli obiettivi dell’intervento (es. stimolazione cognitiva, socializzazione, ecc

Valutazione qualitativa sugli obiettivi dell’intervento (es. informazione, socializzazione, ecc.)

4.3.4 Meeting centers (centri di incontro)

Il Meeting Center si configura come una tipologia di approccio integrato volto a fornire, mediante l’attività di specifici professionisti, supporto e sostegno sia alla persona con demenza che ai suoi familiari e accompagnatori per aiutarli a far fronte alla malattia. L’attività del Meeting Center è specificatamente rivolta ad anziani con diagnosi di demenza di grado lieve/moderato. Sulla base delle prime esperienze, verranno fornite indicazioni, con uno specifico documento, per lo sviluppo ed implementazione di nuovi Meeting center.

5 LA RETE OSPEDALIERA : ruolo e collegamento

Il percorso di cura del paziente con demenza richiede l’integrazione di diverse competenze clinico assistenziali e organizzativo-gestionali. Il percorso diagnostico della demenza e della diagnosi differenziale tra le diverse forme di demenza richiede percorsi appropriati. Ogni centro per i disturbi cognitivi deve adoperarsi per individuare collegamenti funzionali con il presidio ospedaliero di riferimento in modo da ridurre i tempi di attesa e il numero degli accessi alle prestazioni al fine di facilitare i pazienti e i caregivers nel percorso diagnostico e garantire la loro presa in carico fin dall’inizio

Ogni centro per i disturbi cognitivi deve promuovere percorsi clinico-gestionali con le strutture territoriali e/o ospedaliere di riferimento per il raggiungimento dell’obiettivo prioritario in questi pazienti: ridurre il più possibile la necessità di dover creare spostamenti fisico/psicologici notoriamente gravati da alto rischio di destabilizzazione in questi casi. La diagnosi di demenza deve essere effettuata

attraverso il ricorso a indagini clinico-strumentali che vanno programmate a cura dei centri per i disturbi cognitivi e le strutture ospedaliere di riferimento e che vanno eseguite in regime ambulatoriale /day-service ad eccezione di quando la demenza può esordire in maniera atipica, attraverso eventuali complicanze, e pertanto il ricorso al Pronto Soccorso o al ricovero ospedaliero diventa inevitabile.

Può essere comunque necessario il ricorso alle strutture ospedaliere, ma solo in alcune e ben determinate situazioni:

1) Quando ci si trova di fronte a casi complessi come un esordio atipico, una insorgenza acuta e una rapida evoluzione dei disturbi cognitivi e/o comportamentali o una condizione clinica di elevata comorbidità;

2) Nelle fasi avanzate della malattia quando si manifestano disturbi dell'alimentazione quali disfagia, anoressia e conseguente calo ponderale.

In entrambe queste situazioni l'accesso alle strutture ospedaliere per prestazioni diagnostiche non erogabili in altro modo, deve avvenire con un sistema di programmazione avente eventualmente una priorità di urgenza.

Il ricorso al sistema dell'urgenza avviene generalmente per uno scompenso comportamentale, per uno stato confusionale acuto, per una patologia acuta, per la riacutizzazione di una patologia cronica, per una caduta. Nei pazienti affetti da demenza con elevata comorbidità la valutazione clinica può risultare complicata soprattutto in presenza di importanti disturbi cognitivi.

Un altro aspetto invece è quello di un esordio acuto di malattia demenziale che manifesta sintomi clinici improvvisi, determinanti un ricorso al PS per il quadro stesso, non essendo ancora identificato il contesto di demenza.

Un'attenzione particolare va posta alla richiesta di ricovero per i pazienti con gravi disturbi del comportamento, a causa della difficile gestione domiciliare per l'elevato carico assistenziale, emozionale e relazionale che questa condizione comporta. Quando le strategie assistenziali messe in atto dal caregiver formale e/o informale e gli interventi psicosociali/occupazionali o farmacologici proposti dal MMG e dagli dei CDCD e/o dagli altri punti della rete, non sono efficaci o quando il caregiver ha bisogno di supporto può diventare necessario un ricovero terapeutico ma non necessariamente in ospedale.

In questo caso diventa strategico il collegamento del sistema ospedaliero con la rete dei servizi distrettuale e provinciale.

La gestione della persona con demenza in ospedale deve riguardare non solo l'accesso della stessa in ospedale ("fase di pronto soccorso") ma anche la degenza/permanenza in ospedale ("fase ospedaliera") e la dimissione al fine di garantire la continuità assistenziale.

5.1 FASE DI PRONTO SOCCORSO

Le caratteristiche complessive di una persona con demenza sono costituite da una concomitanza di elementi clinici, psicologici, ambientali e organizzativi tali da costituire un habitat esistenziale la cui integrità deve essere preservata il più possibile. Il ricorso quindi all'area di emergenza dovrebbe essere assai limitato e contenuto.

La fase di pronto soccorso infatti è delicata: se da un lato occorre garantire un adeguato livello di cure al soggetto affetto da demenza dall'altro occorre evitare ricoveri non necessari che aggraverebbero il quadro cognitivo-comportamentale e che sarebbero fonte di complicanze.

L'obiettivo dunque è quello di **garantire un adeguato livello di cure e assistenza al soggetto con disturbi cognitivo-comportamentali che necessita di prestazioni di PS o di ricovero ospedaliero con le caratteristiche dell'urgenza-emergenza, evitando atteggiamenti precondizionati o l'attribuzione preconcepita dei sintomi alla malattia di base, avendo ben presenti le complicanze legate a processi diagnostico-assistenziali non appropriati.**

Il sovraffollamento del pronto soccorso (PS) con la conseguente dilatazione dei tempi di accettazione, gestione e dimissione/ricovero, rappresenta un problema di notevole rilevanza per tutti gli utenti globalmente identificabili con il termine di FRAGILI. In tale categoria rientra il paziente con demenza e disturbi comportamentali.

Il paziente fragile con demenza si reca in pronto soccorso per problematiche legate a:

- fasi evolutive della malattia di base;**
- patologie associate alla patologia di base;**
- episodi morbosi intercorrenti, indipendenti dalla malattia di base.**

Gli stati confusionali e l'amnesia ad insorgenza acuta possono essere espressione di una nota patologia di base o la prima manifestazione di una situazione latente.

La presenza di **patologie associate** deve essere ovviamente trattata nell'ambito dei protocolli/linee guida consolidati dalla cultura dell'emergenza senza dimenticare la "patologia cognitiva di base" che richiede approcci e competenze specifici.

5.1.1 Accoglienza

All'arrivo in pronto soccorso il paziente viene registrato ed immediatamente avviato alla fase di valutazione clinica di triage per l'assegnazione del codice colore di priorità di visita.

Tale tappa è anzitutto influenzata dal fatto che sia noto o no che il paziente sia affetto da una forma di demenza, cosa a sua volta influenzata dalle modalità di invio/accesso al PS:

- a. **paziente inviato dal medico di medicina generale**
- b. **paziente inviato dal medico di continuità assistenziale**
- c. **paziente proveniente da struttura residenziale**
- d. **accesso diretto**

L'attribuzione del codice tiene conto delle linee guida in merito, sia nazionali che internazionali, che si basano sulla gravità clinica, con particolare attenzione alla presenza o meno di pericolo di vita. Nel caso dei disturbi comportamentali, indipendentemente dall'età anagrafica del paziente, può essere assegnato un codice di maggiore priorità (rosso) in presenza di comportamento distruttivo, stato di delirio non contenibile ed elevato rischio di danno per sé o per gli altri.

Se è presente agitazione psicomotoria, disorientamento spazio temporale (stato confusionale acuto) o tentato suicidio il codice sarà giallo, sempre alta priorità, ma inferiore alla precedente.

Deve essere tenuto presente sempre che non è etico ritardare la prestazione sanitaria ad utenti con codice colore di maggiore gravità, per anticipare il trattamento a codici minori, solo in virtù della fragilità.

Una volta deciso il codice colore, quando possibile, viene attribuita all'utente FRAGILE una priorità nel trattamento, come una sorta di "corsia preferenziale", anche se, purtroppo, la situazione attuale logistico-organizzativa dei PS non sempre permette di mettere in atto una strategia ottimale di gestione per questi pazienti. Ogni PS nella propria realtà attiverà le scelte strategiche più opportune per ottenere gli obiettivi suddetti.

Sarebbe utile se gli utenti con tali caratteristiche cliniche potessero essere prontamente identificati già al momento dell'accettazione, ad esempio attraverso il trasferimento dell'informazione sulla patologia che potrebbe essere contenuta, come per altre informazioni, nel data-base anagrafico provinciale, a cui il sistema informatico di PS attinge in automatico nella fase di registrazione. Tutto questo al fine di inquadrare velocemente il paziente e di attuare una più idonea gestione all'interno dell'area di emergenza, quali ad esempio:

- **predisposizione di luoghi idonei (Admission Room)** durante le fasi di valutazione uno spazio protetto, ma controllato, dove il paziente possa rimanere fino alla conclusione dell'iter diagnostico-terapeutico che porterà alla dimissione o, quando necessario, all'ospedalizzazione. Ciò permetterebbe inoltre ai sanitari e ai famigliari di scambiarsi informazioni utili al percorso diagnostico-assistenziale.

- **ammissione dei caregiver (parenti/operatori/amici) in tutte le fasi di gestione** dell'utente, per accompagnarlo negli spostamenti necessari a scopo diagnostico ed assistere alla somministrazione delle terapie. La presenza dei caregiver può infatti contribuire a mantenere, per quanto possibile, il contatto con l'ambiente familiare, che in tali occasioni non può essere garantito in altro modo, evitando così il disorientamento ed il peggioramento dello stato cognitivo e/o comportamentale. **Il personale sanitario e/o il caregiver formale o informale** che conoscono il paziente sono in grado di illustrare ai professionisti del PS le modificazioni clinico-comportamentali più recenti per

orientare la diagnosi o per consentire una eventuale diagnosi differenziale ad esempio tra demenza e delirium.

E' assolutamente indispensabile tenere presente che l'ospedalizzazione non strettamente necessaria andrebbe evitata, sia per un ottimale utilizzo della risorsa del posto letto, sia, ben più importante, per evitare le complicazioni legate al ricovero. Il paziente fragile è, infatti, notoriamente predisposto a sviluppare sindrome da allettamento, infezioni nosocomiali, episodi di delirium, perdita dei riferimenti e peggioramento delle facoltà cognitive.

Una corretta valutazione è strettamente legata alla applicazione dei principi e dei metodi della Valutazione Multidimensionale Geriatrica, e dell'eventuale presenza di un medico competente nella gestione delle demenze in PS.

Nel caso di accesso di un paziente con demenza non nota, ma con un quadro clinico di **stato confusionale acuto (delirium)**, lo scopo della valutazione è di stabilire se i sintomi presenti rappresentano la prima manifestazione del deficit cognitivo o se vi è una patologia acuta responsabile (**diagnosi differenziale**).

All'uopo è consigliabile l'utilizzo di strumenti mnemonici come ad esempio gli acronimi, di cui si rimanda al paragrafo dedicato alla fase ospedaliera. La valutazione comporta, oltre al **routine monitoring** (PA, FC, SO₂, T°, Stato di coscienza, rilevazione del dolore) l'uso appropriato di strumenti diagnostici (es. 4-AT, CAM, vedere allegato 3) e di accertamenti laboratoristici e strumentali la cui esecuzione tempestiva facilita la diagnosi e riduce le complicità legate ad una inappropriata e prolungata degenza.

5.1.2 Dimissione dal PS

E' fondamentale che i Medici di PS siano collegati con i CDCD di riferimento territoriali (almeno negli orari di funzionamento del servizio, e con le stesse modalità già indicate per il MMG) in modo da:

- contattare i CDCD per consulenze telefoniche;
- programmare una prima valutazione in tempi ragionevoli qualora non sia mai stata formalizzata una diagnosi di demenza; (accesso ad attività tipo DH/DS). Il medico di PS esclude patologie "mediche" acute e, come si fa per altre condizioni, effettua una dimissione protetta affidando l'utente ad un DH/DS secondo un calendario dedicato al PS : il paziente deve essere non grave, con buon supporto familiare e l'accesso al DH/DS deve essere rapidissimo.
- riaffidare il paziente con disturbi del comportamento al CDCD per una presa in carico globale in integrazione con i servizi territoriali socio-assistenziali.

Un collegamento tra PS e rete dei CDCD può talora essere utile ai Medici di PS del Dipartimento Emergenza/Urgenza ad evitare ricoveri impropri di persone che possono essere riprese in carico e gestite dal territorio. Di fronte a situazioni complesse è opportuna una consulenza congiunta di geriatra e psicologo e successivamente dell'assistente sociale a garanzia di una presa in carico al domicilio.

5.2 FASE OSPEDALIERA

Sia nel caso di demenza nota che nel caso di fondato sospetto, qualora si valuti necessario il ricovero ospedaliero, il reparto di elezione, escluse le necessità di tipo chirurgico o specialistiche, è l'Unità Operativa di Geriatria (Reparto Geriatrico), escluse ovviamente le realtà ospedaliere prive di reparti geriatrici in cui è opportuno il ricovero in aree di degenze dedicate a conduzione internistica ma con strumenti condivisi di Geriatric Comprehensive Assessment.

Qualora ciò non sia possibile (carenza di letti) o la patologia prevalente richieda reparti specializzati, è necessario predisporre la segnalazione per una rapida consulenza geriatrica.

La gestione del paziente con demenza e/o delirium in ospedale rappresenta una sfida assistenziale.

I pazienti affetti da decadimento cognitivo spesso non sono in grado di fornire adeguate notizie anamnestiche, di collaborare attivamente al processo di cura, di esprimere un consenso informato in caso di procedure diagnostiche o terapeutiche o prendere decisioni riguardanti il proprio stato di

salute. Il tempo medio che il clinico deve destinare alla cura di questi pazienti è maggiore di quello usualmente destinato alla cura di pazienti cognitivamente non compromessi.

L'attenzione deve spesso essere rivolta anche a problematiche "non mediche" che risultano di rilevante impatto sul processo di cura con conseguente possibile insorgenza di sentimenti di inadeguatezza e impotenza, specialmente nel personale poco addestrato e motivato a ricercare nuove risorse e capacità di gestione (Adams et al., 2005). La demenza è per il paziente ospedalizzato un predittore indipendente di mortalità (sia a breve che a lungo termine), aumento della durata di degenza, maggiore perdita funzionale e più elevata frequenza di istituzionalizzazione (Holmes House, 2000; Lapane, 2001; Ann Intern Med. 2012 – The American College of Physicians)). I pazienti con demenza a maggior rischio di ospedalizzazione sono quelli con maggiore severità del deficit cognitivo, con malnutrizione e con una minore autosufficienza nella attività della vita quotidiana, con minore disponibilità di servizi domiciliari di supporto familiare (Balardy et al, 2005).

Dai dati delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) della Regione Emilia Romagna emerge che annualmente vengono effettuate circa 24.000 dimissioni di pazienti affetti da demenza (in diagnosi principale e in diagnosi secondaria). L'ospedalizzazione il più delle volte è motivata da patologie mediche o chirurgiche intercorrenti, ma può diventare essa stessa fonte di malattia o di peggioramento della demenza. Possono inoltre verificarsi due eventualità direttamente responsabili del ricovero o che altrettanto frequentemente possono insorgere e complicarsi durante la degenza in Ospedale. Tali condizioni sono i **BPSD** (Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia) e il **delirium**⁵.

5.2.1 I sintomi psicologici e comportamentali della demenza – BPSD

Sono alterazioni della percezione, del contenuto del pensiero, dell'umore o del comportamento, che si osservano nella maggior parte dei pazienti durante il corso della malattia dementigena. (IPA Consensus Conference, 1996). Possono essere presenti in tutte le fasi della malattia e diventano via via più gravi con il progredire della stessa.

I BPSD possono essere raggruppati in 5 cluster (Finkel, 2000):

agitazione: irrequietezza, wandering (vagabondaggio), affaccendamento psicomotorio, comportamenti stereotipati e ripetitivi (vestirsi, svestirsi), disinibizione, disturbi del sonno;

aggressività: sia verbale che fisica;

5 Nell'allegato 6 si riportano indicazioni importanti per riconoscere, prevenire e trattare il delirium

depressione: comprendente non solo i sintomi depressivi (tristezza, pianto, perdita dell'autostima, senso di colpa) ma anche tutti i disturbi della sfera emotiva ed affettiva tra cui l'euforia, la labilità emotiva, l'ansia;

disturbi psicotici: deliri principalmente di furto ed abbandono, allucinazioni visive, misidentificazioni (errato riconoscimento di volti noti);

apatia: ritiro sociale, perdita degli interessi e della motivazione.

L'80% dei malati di demenza vive a domicilio. Il 50-90% manifesta alterazioni del comportamento (**BPSD**) in corso della malattia, causa principale di istituzionalizzazione, spesso anticipata rispetto alla fase di malattia o di ricoveri ospedalieri per lo più impropri con frequenti conseguenze nefaste per il malato e la sua famiglia.

Secondo le **recenti raccomandazioni di ALzheimer COoperative Valutation in Europe (ALCOVE, 2013)**⁶ una rete dei servizi dedicata alle demenze deve essere organizzata in modo tale da poter affrontare adeguatamente i BPSD qualunque sia la loro causa scatenante, anche in situazioni di emergenza. Le reti dei servizi, secondo questa indicazioni, dovrebbe prevedere la possibilità di:

consulenze ambulatoriali e domiciliari anche in urgenza;

attività consulenziali c/o le residenze/semiresidenze per anziani;

attività di supporto al caregiver;

gestione di queste problematiche anche in acuto ;

percorsi di dimissione protetta per garantire la continuità assistenziale.

5.3 FASE DELLA DIMISSIONE: DALL' OSPEDALE AL TERRITORIO

Nella fase di dimissione ospedaliera le persone con patologie dementigene, se non adeguatamente "accompagnate" e supportate, possono andare incontro ad oggettive e gravi difficoltà, ad interruzione del processo di cura avviato, al peggioramento delle condizioni di salute, a pesanti disagi e difficoltà dei caregivers. Al fine di tutelare i pazienti con disturbi cognitivi nella fase di dimissione, si rende necessario ottimizzare la comunicazione e l'integrazione tra ospedale e territorio allo scopo di garantire una reale continuità del processo assistenziale e di cura.

La continuità assistenziale delle cure rappresenta uno degli indicatori più sensibili del buon funzionamento di un servizio sanitario.

Con la dimissione da un reparto ospedaliero, accanto al concetto di cura si aggiunge quello della presa in carico del paziente ai diversi livelli della rete assistenziale. La continuità pertanto rappresenta un obiettivo ed insieme una strategia per migliorare la qualità assistenziale e per rispondere in modo efficace ai problemi, alle complessità organizzative ed alle difficoltà dei malati con deterioramento cognitivo e delle loro famiglie, è infatti noto quanto il ricovero ospedaliero possa rappresentare un momento critico sia per la persona malata che per i suoi familiari. Visto il crescente numero dei ricoveri di soggetti affetti da tale patologia si rende necessario puntualizzare i percorsi di presa in carico della persona anche al momento della dimissione.

6 Vedi allegato 7 Raccomandazioni Alcove

Il percorso da seguire SEMPRE per le persone con questa patologia, nelle sue varie forme è quello delle Dimissioni protette.

Lo scopo principale sarà pertanto quello di promuovere la continuità nella fase di passaggio dal momento ospedaliero a quello territoriale, indicando modalità operative ottimali per consentire la personalizzazione e l'attivazione tempestiva di servizi e supporti domiciliari, necessari per la protezione di ciascuna situazione critica.

5.3.1 Campo di applicazione

I percorsi di dimissione protetta già in essere in ogni ambito territoriale, dovranno prevedere la individuazione degli operatori con competenze specifiche, tali da poter fornire un primo supporto "competente" per il rientro a domicilio.

La dimissione protetta del paziente affetto da deterioramento cognitivo deve comunque sempre prevedere una Valutazione multidimensionale con il coinvolgimento della UVM Distrettuale.

L'accesso alla rete dei servizi viene autorizzata dal servizio assistenza anziani (SAA), che svolge la funzione di raccordo di tutte le attività territoriali a favore della popolazione anziana.

Verranno di seguito specificate alcune brevi indicazioni per le persone ricoverate per le quali non esiste diagnosi, ma sospetto diagnostico.

5.3.2 Descrizione delle attività

L'individuazione della persona eleggibile per tale percorso, deve avvenire il prima possibile per consentire un'adeguata pianificazione della dimissione e comunque al momento dell'ammissione nel reparto ospedaliero attraverso:

compilazione da parte del Medico di reparto, di una scheda, possibilmente informatizzata, che contenga la raccolta dati e lo screening della persona, da inviare al Medico del CDCD e con la quale richiedere, se necessario, una consulenza in Ospedale. In via ordinaria, in questi casi di sospetto diagnostico il Medico di reparto richiederà l'appuntamento per il CDCD e consegnerà la richiesta **sul ricettario** al momento della dimissione.

colloquio da parte dell'infermiere e/o del Medico di reparto con il familiare di riferimento e/o la stessa persona allo scopo di effettuare una prima valutazione per individuare i bisogni socio-assistenziali e/o sanitari in relazione alla fase di dimissione della persona.

segnalazione del "caso" dal reparto, almeno tre giorni prima della dimissione al "servizio competente" per le dimissioni protette (Servizio Sociale Ospedaliero, ecc)

Il Servizio competente, attiva l'UVM, (eventualmente integrata con medico del CDCD e MMG della persona) che effettua la valutazione dei bisogni per garantire la continuità assistenziale.

Attraverso la formulazione del PAI, condiviso dalla persona e dai suoi famigliari, individua le risposte più adeguate e le risorse da attivare nella fase di dimissione.

I bisogni rilevati sono identificabili in tre categorie ognuna delle quali prevede responsabilità e ruoli diversi sulla base della prevalenza delle problematiche (sanitari, socio-assistenziali e sanitari)

□□ Il Servizio competente, sulla base dei bisogni emersi nella valutazione UVM e le conseguenti necessità di risorse da attivare, trasmette le informazioni del caso, al MMG della persona in dimissione, all'assistente sociale del territorio di residenza della persona, al servizio infermieristico domiciliare.

□□ Il percorso diagnostico deve essere effettuato entro 30 giorni dalla dimissione e la risultanza diagnostica post ricovero, va comunicata al Medico del reparto inviante ed al G della persona.

5.4 Formazione ed aggiornamento degli operatori dei PS e reparti ospedalieri

E' necessario predisporre percorsi formativi sia per il personale delle accettazioni, che dei reparti principalmente interessati .

5.4.1 Personale di PS

a. Obiettivi della formazione:

1. evitare i ricoveri impropri delle persone con demenza
2. garantire un adeguato livello di cure alla persona con demenza che necessita di ricovero ospedaliero, evitando rifiuti precondizionati e complicanze legate a processi assistenziali non appropriati.

b. Temi da approfondire nel percorso formativo

1. Le manifestazioni cliniche e la storia naturale delle demenze
2. Disturbi del comportamento
3. Lo stato confusionale acuto: significato clinico e approccio terapeutico
4. Le manifestazioni cliniche delle malattie somatiche nella persona con demenza
5. La rete dei servizi per la diagnosi e la cura del soggetto demente in Emilia Romagna

5.4.2 Personale dei reparti ospedalieri (medicine, neurologie, ortopedie, chirurgie, cardiologie, geriatrie)

a. Obiettivi della formazione:

1. Inquadrare correttamente gli aspetti neuropsicologici e comportamentali come parte integrante della storia naturale della demenza di Alzheimer e di altre demenze
2. Favorire la gestione corretta delle emergenze comportamentali che caratterizzano la permanenza in ospedale della persona con demenza

b. Temi da approfondire nel percorso formativo

1. Inquadramento neuropsicologico e definizione dei disturbi comportamentali
2. Approccio comportamentale corretto alla persona con demenza
3. Gestione delle emergenze (delirium, cadute e contenzione)
4. La rete dei servizi per la diagnosi e la cura delle persone con demenza in Emilia Romagna.

6. QUALITA' E TRASPARENZA

Negli ultimi anni, numerose iniziative legislative hanno contribuito a introdurre nei servizi sociali e sanitari, pubblici e privati, nuove parole d'ordine relative ai temi della qualità, del contenimento della spesa e della valorizzazione delle risorse umane, e a riservare una sempre maggiore attenzione al ruolo centrale dei cittadini, sviluppandone ed incentivandone a diversi livelli la partecipazione e finalizzandola al miglioramento della qualità della vita e del grado di soddisfazione.

La Carta dei servizi (CdS), Introdotta per la prima volta con il DPCM 27 gennaio 1994 "Principi sull'erogazione dei servizi pubblici", rappresenta senza dubbio uno strumento di comunicazione e trasparenza e di voice giving a disposizione dei cittadini, nonché uno strumento per intraprendere percorsi di miglioramento .

L'adozione della Carta dei servizi richiede che le strutture si dotino di meccanismi di misurazione del servizio, di informazione agli utenti e di controllo del raggiungimento degli obiettivi .

La Carta esplicita gli impegni del servizio ad attuare i principi sull'erogazione dei servizi pubblici ed assicura, quale strumento di tutela del diritto alla salute, il controllo sui servizi erogati e la loro

qualità da parte del cittadino/utente e dei soggetti che, a diverso titolo, lo rappresentano. Per sua stessa natura la Carta dei Servizi è uno strumento dinamico che informa e documenta, in maniera trasparente, sui servizi resi, sul miglioramento continuo della qualità e della quantità delle attività offerte, sulla capacità di risposta ai bisogni dell'utenza e il loro grado di soddisfazione.

Dal 2000 ad oggi, con il progetto regionale demenze, la rete dei centri per i disturbi cognitivi si è andata sempre più sviluppando, divenendo significativo punto di riferimento per le demenze. A fronte di una realtà sempre più complessa, e in un'ottica di miglioramento continuo, è necessario prevedere ed implementare, anche per tali centri, modalità di comunicazione e trasparenza con l'utenza, a partire dall'adozione della carta dei servizi e dalla realizzazione di indagini finalizzate alla rilevazione della qualità percepita da parte di chi usufruisce del servizio .

Per quanto riguarda la rilevazione della qualità percepita si rimanda al documento regionale

“Materiali e Proposte per la rilevazione della qualità percepita nei centri per i disturbi cognitivi”⁷ , trasmesso con nota PG 2015/440959 del 24 giugno 2015.

Al fine di garantire omogeneità su tutto il territorio regionale di seguito gli elementi essenziali che dovranno essere contenuti nella carta dei servizi dei centri:

- il chiaro ed esplicito impegno del centro rispetto ai contenuti dei servizi che si intendono offrire;
- la quantificazione di tali impegni, al fine di consentire una valutazione oggettiva degli stessi da parte degli utenti ;
- la predisposizione di adeguati strumenti di tutela, in termini di voice giving (possibilità di esprimere il proprio giudizio/parere).

Partendo da questi elementi definitivi si possono individuare e successivamente descrivere quattro sezioni in cui il documento potrà essere articolato:

- **presentazione della Carta dei servizi, dell'Azienda e dei principi di erogazione dei servizi;**
- **descrizione dei servizi offerti;**
- **definizione degli impegni assunti ossia degli standard di qualità garantiti;**
- **meccanismi di ascolto e tutela adottati.**

⁷ Il documento “Materiali e Proposte per la rilevazione della qualità percepita nei centri per i disturbi

cognitivi” , reperibile anche online sul sito <http://assr.regione.emilia-romagna.it/it>

ALLEGATO 1

Strumenti di “Case finding” per la demenza nelle cure primarie

GPCOG

Allegato 2 “Stralcio DGR514/09 in riferimento a continuità assistenziale servizi socio-sanitari per anziani”

D.2.1 – REQUISITI SPECIFICI SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIALE (SPAD)

SPAD 2 PIANIFICAZIONE OPERATIVA DEL SERVIZIO

2.2 Il soggetto gestore documenta le modalità di collaborazione ed integrazione con le AUSL (in particolare gli accordi e protocolli con l'Ausl riguardo alla modalità di relazione e collaborazione con il Dipartimento di cure primarie su base distrettuale e i Medici di Medicina generale) e le modalità di erogazione della consulenza medico specialistica e riabilitativa rivolta agli utenti del servizio, favorendo una organizzazione del servizio di assistenza domiciliare con sub articolazione operativa coincidente con gli ambiti di intervento dei Nuclei di cure primarie, sulla base di quanto concordato tra Comuni ed AUSL. Deve esistere una verifica periodica delle adempienze previste dagli accordi.

2.4 Il soggetto gestore assicura la partecipazione alla predisposizione ed all'aggiornamento del PAI o del PEI che sono definiti dai servizi territoriali competenti per l'accesso alla rete dei servizi, in quanto espressione della committenza, assicurando la partecipazione dell'utente e dei suoi familiari.

2.7 Devono essere garantite, anche mediante il ricorso ad un servizio esterno, la preparazione e fornitura giornaliera (festivi compresi) di pasti a domicilio, qualora previsto dal PAI o dal PEI, con

la possibilità di scelta tra menù diversi, la garanzia di menù personalizzati anche per esigenze dietetiche particolari e la preventiva adozione di soluzioni atte a garantire il servizio anche in caso di emergenze.

Nel caso in cui il servizio di fornitura del pasto venga fornito da un soggetto diverso dal soggetto gestore del servizio di assistenza domiciliare, il soggetto gestore è tenuto ad assicurarne l'integrazione con le attività assistenziali e di cura, perseguendo l'obiettivo del benessere complessivo della persona.

2.8 Alle persone con demenza e gravi disturbi del comportamento deve essere garantito uno specifico piano personalizzato, nell'ambito del "Programma di miglioramento della qualità della vita e dell'assistenza dei pazienti affetti da demenza" (allegato DC).

SPAD

3 COMUNICAZIONE, TRASPARENZA, PARTECIPAZIONE

3.5 Il soggetto gestore promuove strategie di interazione con la comunità locale, favorendo la creazione di reti con il terzo settore e con gli altri soggetti del sistema.

3.6 Il soggetto gestore documenta, attraverso un accordo condiviso, la collaborazione con i soggetti istituzionali competenti per assicurare la tempestiva, appropriata e personalizzata fruizione dell'assistenza protesica (di cui al D.M. 332/99 e succ. mod. e int.), favorendo il benessere complessivo delle persone e dei loro caregiver.

3.7 L'ente gestore documenta le procedure attivate affinché, nell'ambito della valutazione multidimensionale, sulla base delle condizioni dell'abitazione, qualora si ravvisi la necessità di interventi per l'adattamento domestico in relazione alle condizioni individuali di chi riceve l'assistenza e le cure e di chi le assicura, sia garantita l'attivazione del Centro Provinciale per l'adattamento dell'ambiente domestico (CAAD) per le consulenze tecniche e l'eventuale proposta di contributi economici, secondo le modalità definite in ambito distrettuale, anche al fine di assicurare suggerimenti per le soluzioni possibili affinché gli arredi, gli ausili e le attrezzature abbiano le caratteristiche e siano collocati in modo tale da garantire un ambiente familiare e sicuro.

SPAD 5 ATTREZZATURE (ARREDI, AUSILI E APPARECCHIATURE)

5.1 Il soggetto gestore assicura la disponibilità e le condizioni di buon utilizzo:

- di adeguate modalità di trasporto per promuovere la partecipazione alla vita sociale e di relazione degli assistiti a domicilio, anche in accordo con gli enti e le organizzazioni di volontariato che assicurano il trasporto sociale;

SPAD 8 PROCESSI E PROCEDURE GENERALI

8.1 Il soggetto gestore da evidenza della condivisione con i Comuni ed il Dipartimento di cure Primarie, su base distrettuale, di protocolli e percorsi assistenziali per la valutazione e la presa in carico.

8.4 Nel caso di contemporaneo intervento socio-assistenziale e sanitario, il programma individuale di assistenza deve essere unico e integrato così come gli strumenti informativi (cartella socio-sanitaria) e di comunicazione tra gli operatori e con la famiglia ed individuato un unico responsabile del caso, al quale si rapportano tutti i servizi . In tal caso deve essere anche assicurata la collaborazione e l'integrazione per gli interventi previsti dal programma

dimissione protette, le cui modalità sono definite congiuntamente da Comuni e AUSL a livello di ambito distrettuale

8.5 Il soggetto gestore assicura il monitoraggio del percorso assistenziale e segnala tempestivamente al Responsabile del Caso il cambiamento delle condizioni della persona assistita.

D.2.2 – REQUISITI SPECIFICI CENTRO DIURNO ANZIANI (SPCDA)

2.2.7 Il soggetto gestore documenta:

- Gli accordi con l'Ausl riguardo alla consulenza medico-specialistica e riabilitativa rivolta alla struttura

- Le modalità di collaborazione con l'Ausl

Deve esistere una verifica periodica delle adempienze previste dagli accordi.

8 PROCESSI E PROCEDURE GENERALI

8.3 Il soggetto gestore deve assicurare gli interventi, le azioni e la collaborazione con gli altri servizi coinvolti,

finalizzata a garantire la continuità nell'attuazione del progetto terapeutico.

D.2.3 - REQUISITI SPECIFICI CASA-RESIDENZA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI (SPRA)

2.1.11 Il soggetto gestore documenta gli accordi con l'Ausl riguardo alla consulenza medico-specialistica e riabilitativa rivolta alla struttura, ai trasporti sanitari ed alle modalità di ricovero e dimissione ospedaliera.

Deve esistere una verifica periodica delle adempienze previste dagli accordi.

ALLEGATO DH Requisiti aggiuntivi per l'accoglienza temporanea di sollievo

1 POLITICA E PIANIFICAZIONE STRATEGICA

1.1 Il soggetto gestore assicura sulla base delle indicazioni contenute nella programmazione territoriale e dei servizi invianti l'adattamento delle scelte gestionali ed organizzative, al fine di rispondere in modo flessibile ai bisogni degli utenti, dei loro familiari e dei caregiver informali, assicurando tutte le relazioni e rapporti necessari al fine di garantire la continuità assistenziale e l'efficacia dell'accoglienza di sollievo.

2 PIANIFICAZIONE OPERATIVA DEL SERVIZIO

2.3 Il soggetto gestore deve dare evidenza di procedure concordate con i servizi territoriali per il tempestivo passaggio delle informazioni al fine di contribuire a garantire la continuità del percorso assistenziale.

8 PROCESSI E PROCEDURE GENERALI

8.8 Deve essere data evidenza di procedure concordate con i servizi territoriali per il passaggio di informazioni relative alle condizioni dell'utente ed ai bisogni dei familiari e l'attivazione tempestiva del percorso più idoneo per il ritorno a domicilio, prevedendo il pieno coinvolgimento dell'utente e dei familiari.

ALLEGATO DF Requisiti specifici per "Centri diurni dedicati per demenze"

FINALITA'

- Sviluppare collegamenti strutturati con gli altri servizi della rete.

8 PROCESSI E PROCEDURE GENERALI

8.2 Viene garantita una funzione di sistema da parte di una delle figure, per connettere metodi e obiettivi con l'esterno, al fine di garantire una reale continuità dell'assistenza una volta che il paziente sia stato dimesso.

8.3 I servizi garantiscono la definizione di un protocollo di accoglienza dell'ospite che prevede almeno una visita domiciliare ed un contatto con i familiari .

ALLEGATO DG Requisiti specifici per "Nuclei dedicati alle demenze per assistenza residenziale temporanea"

FINALITA'

- Supportare le famiglie nell'assistenza continuativa all'anziano, facilitare l'individuazione ed il percorso nei servizi della rete, offrire ascolto e sostegno qualificati nell'affrontare la malattia anche da un punto di vista psicorelazionale.

- Sviluppare collegamenti strutturati con gli altri servizi della rete.

8 PROCESSI E PROCEDURE GENERALI

8.1 L'accesso e le dimissioni al nucleo sono garantite nell'ambito del percorso socio-assistenziale condiviso a livello distrettuale e in accordo con la famiglia.

8.3 Viene garantita una funzione di sistema da parte di una delle figure, per connettere metodi e obiettivi con l'esterno, al fine di garantire una reale continuità dell'assistenza una volta che il paziente sia stato dimesso.

8.8 Il rientro al domicilio o al servizio di provenienza è garantito dall'accesso alle dimissioni protette, per

assicurare la continuità assistenziale ed il sostegno ai familiari.

Allegato 3

Il malato con demenza in Ospedale: delirium e BPSD

NB

Si rinvia alla lettura integrale del testo

1Allegato 4

Le indicazioni Alcove per la gestione dei disturbi comportamentali nella demenza (BPSD)

Si rinvia alla lettura integrale del testo

DGR 28.6.16, n. 1003 - Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario regionale per l'anno 2016. (BUR n. 205 dell'11.7.16)

Note

Viene determinato il volume complessivo di risorse a finanziamento della spesa corrente del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2016, in **8.019,876** milioni di euro;

Vengono destinate le risorse complessivamente disponibili, come di seguito riportato:

- **7.396,382** milioni di euro vengono destinati al finanziamento dei Livelli di assistenza; il riparto tra le Aziende sanitarie avviene: a quota capitaria, per funzioni e progetti a rilievo sovra-aziendale e per specificità non riflesse dai criteri ordinari di finanziamento; nella cifra di cui sopra sono ricompresi 317,500 milioni di euro che costituiscono la quota a finanziamento del FRNA a carico del FSR, comprensiva di 5,400 milioni di euro a finanziamento degli interventi di cui alla deliberazione di questa Giunta n. 273/2016; sono inoltre compresi euro **51.432.350,00** a finanziamento dell'ARPAE (Agenzia per la Prevenzione, l'Ambiente e l'Energia dell'Emilia-Romagna);

- **68,750** milioni di euro sono riservati al finanziamento del Sistema integrato Servizio Sanitario Regionale - Università;

- **33,699** milioni di euro sono destinati al finanziamento delle strutture e delle funzioni regionali e dell'innovazione;

- **78,980** milioni di euro finanziano l'integrazione alla quota capitaria delle Aziende Usl e garantiscono il sostegno ai piani di riorganizzazione ed all'equilibrio economico-finanziario aziendale;

- **143,476** milioni di euro finanziano la qualificazione dell'assistenza ospedaliera delle Aziende Ospedaliere e IRCCS, e garantiscono il sostegno ai piani di riorganizzazione ed all'equilibrio economico-finanziario aziendale;

- **113,194** milioni di euro sono destinati ad una pluralità di interventi, tra i quali il finanziamento degli indennizzi agli emotrasfusi ai sensi della Legge n. 210/1992, il sostegno dell'attività di ricerca degli IRCCS regionali, il finanziamento dei costi per i fattori della coagulazione del sangue per il trattamento di pazienti emofilici, il sostegno all'equilibrio finanziario delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per ammortamenti non sterilizzati relativi agli anni 2001-2011, il finanziamento degli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'esercizio 2016 relativi alle immobilizzazioni entrate in produzione entro il 31/12/2009;

- **185,395** milioni di euro comprendono:

- **76,000** milioni di euro che costituiscono il Fondo regionale a finanziamento dei costi per l'acquisizione dei medicinali innovativi; tali finanziamenti costituiscono budget di programmazione per le aziende sanitarie e vengono ripartiti alle aziende sanitarie in relazione ai trattamenti attesi per l'esercizio e limite di spesa a carico del Fondo sanitario regionale; le eventuali eccedenze verranno assorbite dai bilanci aziendali;
- **50,000** milioni di euro costituiscono il Fondo risarcimento danni da responsabilità civile per far fronte ai risarcimenti assicurativi di seconda fascia (sinistri oltre la soglia di 250.000 euro) per le Aziende partecipanti al "Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile nelle aziende sanitarie" e per riconoscere alle Aziende non partecipanti nel 2016 al Programma sopra citato la copertura dei costi 2016 della polizza di assicurazione (Azienda Usl di Ferrara, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli, e per l'Azienda Usl di Bologna il periodo da gennaio ad aprile 2016);

- **59,395** milioni di euro (valore definito dalla Intesa Rep. Atti n. 62/CSR del 14/04/2016) accantonati a livello regionale quale quota spettante alla Regione Emilia-Romagna in relazione all'erogazione dei nuovi LEA, sull'importo di 800 milioni di euro che verranno erogati alle regioni a seguito dell'emanazione del DPCM di definizione e aggiornamento dei LEA c. 553, 554, 555 della Legge di stabilità 2016) come analiticamente rappresentato nella Tabella 1, Allegato parte integrante del presente provvedimento.

LAZIO

Decreto del Commissario ad Acta 1 luglio 2016, n. U00234 - Decreto del Commissario ad Acta 3 marzo 2016, n. U00062 "DCA 562/2015: Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie; prestazioni terapeutiche e socio riabilitative in strutture ad alta, media e bassa intensità assistenziale socio-sanitaria. Compartecipazione alla spesa ai sensi del DPCM 29 novembre 2001. Differimento termini." (BUR n. 55 del 12.7.16)

Note

L'attivazione della compartecipazione Viene differita dal 1 luglio 2016 al 1 gennaio 2017 .
I costi fino a tale data saranno a carico del servizio sanitario regionale.

LOMBARDIA

L.R. 29.6.16 - n. 15 - Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche ai titoli V e VIII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (testo unico delle leggi regionali in materia di sanità). (BUR n. 27 del 4.7.16)

Art. 1

(Modifiche al Titolo V della l.r. 33/2009)

1. Il Titolo V (Norme in materia di tutela della salute mentale) della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità) è sostituito dal seguente:

«TITOLO V

NORME IN MATERIA DI TUTELA DELLA SALUTE MENTALE

Capo I

Disposizioni generali sulla salute mentale

Art. 53

(Area della salute mentale)

1. Per area della salute mentale, ai fini della presente legge, si intende l'insieme delle attività orientate a promuovere la tutela della salute mentale e del benessere psicologico e a contrastare gli effetti di esclusione sociale che i disturbi psichici e altre patologie o problematiche possono causare.

2. Afferiscono all'area della salute mentale gli ambiti delle dipendenze, della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, della psichiatria, della psicologia e della disabilità psichica. La neuropsichiatria all'infanzia e dell'adolescenza può afferire funzionalmente all'area materno-infantile.

3. Le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione relative agli ambiti di cui al comma 2 sono svolte dai competenti servizi in raccordo con l'attività dei consultori e del servizio sociale professionale, e sono attuate attraverso l'integrazione interdisciplinare di attività ospedaliere e territoriali, con il coinvolgimento delle famiglie, il contributo delle formazioni sussidiarie del territorio e l'adozione di modelli sociosanitari integrati, comunitari, multidisciplinari e proattivi, nel contesto delle reti sociali e familiari, assicurando l'esercizio dei diritti, la continuità dei percorsi di cura, la presa in carico delle persone e la valorizzazione del loro sapere esperienziale e delle competenze acquisite.

4. L'erogazione delle prestazioni e delle attività inerenti ai servizi di cui al presente capo è affidata ai soggetti pubblici e privati accreditati, di cui agli articoli 7 e 8, secondo le indicazioni e la programmazione delle ATS competenti per territorio.

Art. 53 bis

(Obiettivi di salute dell'area della salute mentale)

1. La promozione della salute mentale in ogni età della vita rappresenta un rilevante obiettivo di salute. Tale obiettivo è perseguito attraverso:

- a) la diagnosi e il trattamento appropriato dei disturbi mentali, dei disturbi neuropsichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza, dei disturbi da uso di sostanze e altri comportamenti da dipendenza, del disagio psicologico individuale e familiare, la prevenzione delle loro conseguenze nella vita personale e di relazione tramite interventi e percorsi di riabilitazione specifici, a partire dall'età evolutiva;
- b) l'inclusione, il reinserimento sociale e scolastico, in coerenza con i programmi terapeutici e riabilitativi, per lo sviluppo del diritto di cittadinanza e la promozione della piena integrazione delle persone, attraverso il collegamento con le strutture sociosanitarie, la rete sociale, gli enti locali, gli IRCCS e i soggetti del terzo e quarto settore;
- c) la definizione di progetti terapeutici e di prevenzione terziaria, integrati con l'ambito sociale, finalizzati anche all'inserimento e al mantenimento nell'attività lavorativa dei soggetti assistiti, anche tramite modelli che coinvolgano enti, istituzioni, rappresentanze e portatori d'interesse;
- d) la valorizzazione, la promozione e la diffusione di attività di supporto tra pari, utenti e familiari, comprese anche le forme di incentivazione, che tengano conto delle evidenze emerse dalle sperimentazioni effettuate;
- e) la valorizzazione della risposta integrata e interdisciplinare al bisogno di salute dell'assistito, anche utilizzando percorsi personalizzati di cura remunerati mediante i budget di salute, finalizzati a privilegiare la metodologia della presa in carico attraverso il modello del case management, e con progetti riabilitativi orientati al recupero personale e sociale, anche lavorativo quando praticabile;
- f) la promozione della collaborazione tra servizi territoriali, in particolare gli enti locali, i servizi di tutela dei minori e l'amministrazione giudiziaria, mediante un'attività integrata che persegua l'obiettivo di salute mentale;
- g) la riduzione del ricorso al ricovero ospedaliero o alle altre forme di intervento residenziale, mediante il potenziamento delle attività di cura da erogare sul territorio, comprese quelle al domicilio della persona, tenendo conto delle specifiche condizioni familiari, sociali e territoriali;
- h) la continuità dei percorsi clinici e dei progetti di vita e di inclusione sociale che accompagnino la persona dalla fase acuta e ospedaliera a quella degli interventi territoriali e riabilitativi;
- i) la promozione di interventi di prevenzione primaria e secondaria, mediante il riconoscimento delle situazioni a rischio, la diagnosi precoce e il trattamento tempestivo, con indicazioni mirate per specifiche tipologie di bisogno, quali le problematiche della fascia adolescenziale e giovanile, di età compresa tra i quattordici e i venticinque anni, per garantire la continuità della presa in carico nelle età di passaggio, nonché la previsione di spazi mirati e progetti di intervento appropriati e integrati fra ospedale e territorio, in collaborazione con gli erogatori pubblici e privati accreditati di cui agli articoli 7 e 8 e con i diversi attori interessati, quali gli enti locali, i servizi specialistici, le famiglie e le associazioni;
- j) la promozione di percorsi di cura e assistenza per i pazienti con patologie emergenti nell'ambito psicologico, delle dipendenze e dei disturbi psichiatrici di tutte le età, assicurando l'accesso a specifici programmi innovativi, compresi i percorsi a tutela della salute fisica;
- k) la formazione permanente degli operatori, con attenzione al lavoro di rete e di équipe e al coinvolgimento di utenti e familiari, inclusi adeguati percorsi formativi finalizzati alla riduzione del ricorso ai trattamenti sanitari obbligatori (TSO) e alla riduzione delle pratiche di contenimento meccanica;
- l) le azioni volte alla presa in carico dei pazienti autori di reato, a fine pena o nelle fasi intermedie, in conformità alla programmazione regionale e nel rispetto delle norme nazionali e regionali;
- m) la presa in carico globale e continuativa, attraverso una specifica programmazione, di concerto con gli enti locali, delle persone con disabilità e con disturbi dello spettro autistico, nell'intero ciclo di vita, in base a valutazione multidimensionale e attraverso la piena integrazione dei servizi e dei

programmi di natura sanitaria e riabilitativa, con quelli di natura sociosanitaria, sociale ed educativa, con il mondo del lavoro e con la famiglia;

n) i percorsi di auto-aiuto con particolare riguardo al trattamento dei quadri delle dipendenze;

o) l'avvio di sperimentazioni con la figura dello psicologo di base nei servizi offerti dagli erogatori pubblici e privati accreditati di cui agli articoli 7 e 8;

p) la prevenzione delle patologie psichiatriche perinatali delle donne, la presa in carico durante la gravidanza e dopo il parto con attivazione di un servizio dedicato e di programmi di trattamento appropriati, prevedendo, per i casi più gravi, spazi protetti per il ricovero di mamma e di bambino da zero a un anno.

2. Gli obiettivi di cui al comma 1 sono perseguiti prioritariamente mediante il collegamento operativo e organico degli erogatori di cui all'articolo 53, compresi gli IRCCS con competenze in materia di salute mentale, garantendo altresì l'interazione con gli enti locali nei limiti delle loro competenze, con il terzo e quarto settore e con le reti locali informali, sociali, educative e culturali.

Art. 53 ter

(Criteri organizzativi delle funzioni e dei servizi dell'area della salute mentale)

1. Le prestazioni e i servizi erogati nell'area della salute mentale sono garantiti a tutte le persone, nell'ambito delle funzioni svolte dagli erogatori di cui all'articolo 53.

2. Ai fini dell'accesso alle prestazioni e ai servizi di cui al comma 1 è garantita la libertà di scelta, ferma restando la necessità di salvaguardare la qualità e la continuità della cura e della presa in carico territoriale.

3. Per garantire appropriati percorsi di cura, i servizi dipendenze, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, psichiatria, psicologia, disabilità psichica dell'area della salute mentale operano in un'ottica di coordinamento e integrazione favorendo, dove necessario, il coordinamento anche con altri dipartimenti e strutture organizzative. I servizi dell'area della salute mentale sono organizzati dagli erogatori di cui all'articolo 53, anche in accordo tra loro e con le realtà del terzo e quarto settore presenti sul territorio. I criteri e modelli di integrazione funzionale e gestionale sono approvati dalla ATS competente per territorio, in coerenza con la programmazione regionale e quella della stessa ATS, tenuto conto dell'estensione e della dispersione territoriale, del contesto demografico, del numero dei comuni interessati e di altre significative specificità del territorio. L'area di salute mentale, per le sue specificità clinico-organizzative, opera in organica integrazione fra il polo ospedaliero e la rete territoriale, attuando altresì modelli di intervento per la gestione delle situazioni di emergenza-urgenza.

4. Presso l'assessorato competente è istituito il Tavolo per la salute mentale, che costituisce uno dei tavoli di cui all'articolo 5, commi 13 e 14, composto da soggetti istituzionali, operatori e rappresentanti delle associazioni di familiari e utenti e del terzo settore, società scientifiche, enti di ricerca e università e i rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, con compiti di monitoraggio e orientamento generale degli interventi inerenti agli ambiti e ai servizi di cui all'articolo 53. In ogni ATS sono istituiti uno o più organismi di coordinamento per la salute mentale fino a un massimo corrispondente al numero dei distretti. Nella ATS della montagna è istituito un organismo di coordinamento per la salute mentale in ogni distretto. Negli organismi di coordinamento per la salute mentale sono rappresentati i soggetti istituzionali, il terzo settore e le associazioni di familiari e utenti che concorrono, ciascuno per la propria competenza e funzione, alla progettazione e realizzazione dei programmi di salute, in coerenza con la programmazione regionale e della singola ATS che la attua a livello territoriale.

5. L'assessorato può avvalersi di un Comitato tecnico di esperti, a supporto dell'unità organizzativa competente, al fine dello studio e dello sviluppo di linee guida per la elaborazione e gestione dei percorsi di cura, riconoscendo e valorizzando modelli di lavoro già sperimentati nell'ambito delle esperienze delle reti lombarde di patologia e dei gruppi di approfondimento tecnico, anche per lo sviluppo e la diffusione di pratiche professionali in linea con le più recenti evidenze scientifiche internazionali e rispettose della dignità della persona.

Art. 53 quater

(Organizzazione e compiti erogativi delle unità di offerta di salute mentale)

1. L'area di salute mentale è organizzata, secondo i criteri di cui all'articolo 53 ter, in forma dipartimentale, coerentemente con la programmazione regionale e quella della ATS competente per territorio. Nell'ambito dell'area della salute mentale opera il dipartimento di salute mentale e delle dipendenze istituito nelle ASST, articolato, di norma, in una o più unità operative dei servizi dipendenze (UOSD), in una o più unità operative di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (UONPIA), in una o più unità operative di psichiatria (UOP), in una o più unità operative di psicologia (UOPsi), oltreché in servizi dedicati alla disabilità psichica.

2. Le unità operative di cui al comma 1 garantiscono la presa in carico del bisogno della popolazione assistita e la continuità dei percorsi di cura integrando servizi ospedalieri e territoriali, sulla base delle indicazioni del piano sociosanitario integrato lombardo (PSL). In coerenza al PSL, la programmazione della ATS territorialmente competente può autorizzare l'articolazione delle unità operative in organizzazioni gestionali, anche tra più erogatori di cui all'articolo 53, in presenza di specifiche caratteristiche di natura epidemiologica, del contesto territoriale, della popolazione, dell'offerta e della rete dei servizi.

3. Le UOSD operano con metodo multidisciplinare e assicurano le attività di prevenzione, cura e riabilitazione. Le UOSD si occupano delle patologie riferibili all'uso, all'abuso e alla dipendenza da sostanze psicoattive; si occupano e garantiscono altresì un'organizzazione per lo specifico alcologico e per le patologie da dipendenze comportamentali. Nell'ambito delle UOSD sono organizzati i servizi per la tutela dei soggetti colpiti da dipendenza ristretti in carcere, sia per lo sviluppo di programmi specifici intra-murari, sia per l'elaborazione di programmi alternativi alla pena, come indicato dal decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 (Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza).

4. Le UONPIA sono dotate di adeguate risorse nell'ambito dei livelli organizzativi in cui sono istituite. Svolgono attività di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione nei disturbi neurologici, psichiatrici e neuropsicologici dell'età evolutiva e nelle disabilità dello sviluppo, nonché agiscono in stretta integrazione sia con le unità operative dell'area di salute mentale sia con le unità operative dell'area materno-infantile e, a tali fini, adottano le configurazioni organizzative più adeguate a ottimizzare i percorsi di cura, in coerenza con le indicazioni fornite dalla programmazione regionale e di quella della ATS competente per territorio.

5. Le UOP sono articolate nei presidi ospedalieri, nelle reti territoriali, residenziali e semiresidenziali, per rispondere ai bisogni di salute mentale e operano in sinergia con gli enti locali e la rete sociale per garantire la presa in carico trasversale e la gestione unitaria del percorso di cura del paziente. Le UOP, in coerenza con la programmazione regionale e la normativa nazionale, organizzano forme di servizio idonee per i pazienti autori di reato, inclusi quelli in condizione di detenzione e in misura di sicurezza.

6. Le UOPsi sono articolate nell'area dipartimentale di salute mentale nell'ambito dell'organizzazione aziendale delle ASST, tenuto conto delle esigenze della popolazione di riferimento, compresi i pazienti autori di reato. Orientano le attività di ambito psicologico alla presa in carico dei bisogni clinici di valutazione, cura, riabilitazione e delle fragilità della persona nell'intero ciclo di vita, anche collaborando con altre unità operative. Possono sperimentare modelli di psicologia di comunità, anche nell'ambito scolastico, e interventi integrati con l'assistenza di primo livello di medicina generale e le aree specialistiche, tra cui la materno-infantile, e negli stati a rischio.

7. Le unità operative di cui al presente articolo, costituite dai soggetti di cui all'articolo 53, operano e collaborano tra loro in base a linee d'azione, programmi e procedure condivise, volte a garantire gli standard organizzativi delle strutture e l'attuazione dei percorsi clinici e delle attività di loro competenza, in coerenza con le normative e le direttive gestionali delle aziende in cui operano, nel contesto della rete d'offerta del territorio regionale, nonché nel rispetto della programmazione regionale e della ATS competente per territorio. Sostengono le azioni finalizzate alla prevenzione,

alla valutazione multidimensionale dei bisogni, alla presa in carico, alla diagnosi e cura precoce dei casi di competenza, anche attraverso il coinvolgimento degli erogatori pubblici e privati accreditati e dei soggetti del terzo e quarto settore in raccordo con il Tavolo per la salute mentale e le sue eventuali articolazioni. Promuovono collaborazioni e si coordinano con i servizi territoriali, gli enti locali, gli istituti scolastici, l'amministrazione giudiziaria, il servizio tutela minori, i sindaci, le forze dell'ordine, i servizi sociali dei comuni, i servizi multidisciplinari integrati (SMI), le strutture consultoriali, gli altri erogatori accreditati, i soggetti territoriali sia istituzionali sia appartenenti al volontariato ai sensi dell'articolo 24.

Capo II

Disturbi dello spettro autistico e della disabilità complessa

Art. 54

(Disposizioni in materia di prevenzione, cura, riabilitazione delle persone affette da disturbi dello spettro autistico e della disabilità complessa, di sostegno e assistenza per le loro famiglie)

1. La Regione, in armonia con la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, con la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità e conformemente alle vigenti disposizioni legislative nazionali e regionali, riconoscendo le peculiarità che le contraddistinguono, promuove condizioni di benessere e stabilisce le linee di azione in materia di prevenzione, assistenza, cura, riabilitazione e inclusione sociale delle persone affette da disturbi dello spettro autistico e della disabilità complessa.

2. Le disposizioni di cui al presente capo hanno l'obiettivo di promuovere una cultura attenta alle persone affette da disturbi dello spettro autistico e della disabilità complessa e di costruire una rete integrata del sistema dei servizi sanitari, sociosanitari, sociali ed educativi e di dare supporto alla famiglia, quale risorsa attiva nel percorso di cura e assistenza. Gli interventi sono rivolti a tutte le persone che, in ogni età della vita, sono affette da disturbi dello spettro autistico e della disabilità complessa, diagnosticati e valutati secondo i sistemi di classificazione e le metodologie più recenti, riconosciuti e validati dalla comunità scientifica internazionale, e alle famiglie che ne sostengono l'impegno di cura.

3. La Regione, attraverso il PSL di cui all'articolo 4 e le regole di sistema di cui all'articolo 17, al fine di realizzare gli obiettivi previsti dal presente articolo, promuove e sostiene:

- a) la diffusione della cultura per una diagnosi precoce dei disturbi dello spettro autistico e della disabilità complessa;
- b) la piena accessibilità alle informazioni relative allo spettro autistico e alla disabilità complessa, ai servizi sanitari, sociosanitari e sociali correlati;
- c) la partecipazione a progetti nazionali e internazionali di ricerca;
- d) la collaborazione, attraverso un proprio sistema integrato di raccolta dati, con le banche dati ministeriali al fine di monitorare l'andamento epidemiologico e i risultati degli interventi preventivi, terapeutici, abilitativi e riabilitativi erogati dal sistema integrato dei servizi sanitari sociosanitari, sociali ed educativi;
- e) centri di riferimento specialistici regionali con compiti di coordinamento dei presidi delle reti sanitarie regionali, al fine di garantire la diagnosi tempestiva e stabilire percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali e strategie psicoeducative strutturate per la presa in carico di minori, adolescenti e adulti con disturbi dello spettro autistico;
- f) la presa in carico globale delle persone con approccio multi-professionale e interdisciplinare attraverso l'integrazione tra gli interventi sanitari, sociosanitari, sociali ed educativi tra servizi pubblici, del privato e del privato sociale, che coinvolga le famiglie e le associazioni in collaborazione con le politiche dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro. La presa in carico di soggetti in età evolutiva e in età adulta è effettuata dai soggetti di cui all'articolo 53, avvalendosi di un gruppo di lavoro istituito attraverso l'individuazione di esperti, appartenenti a enti accreditati, con comprovata e qualificata formazione ed esperienza nella diagnosi e nella predisposizione di percorsi individuali per soggetti con disturbi dello spettro autistico;

- g) l'accesso alle terapie e ai metodi di approccio comportamentale in linea con le più recenti evidenze scientifiche stabilite dalle linee guida ministeriali;
- h) la formazione dei professionisti sanitari, sociosanitari, sociali, dell'educazione e dei pediatri sugli strumenti di valutazione e le metodologie di intervento abilitativo e riabilitativo, validati a livello internazionale, al fine della costituzione sul territorio di unità funzionali integrate e multidisciplinari per la diagnosi precoce e la valutazione multidimensionale del bisogno;
- i) iniziative di formazione, orientamento, accompagnamento e supporto alla famiglia quale risorsa attiva nel percorso di cura e assistenza;
- j) idonee misure di coordinamento tra i servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e della adolescenza, psichiatria e servizi per la disabilità, per garantire la presa in carico e il corretto trasferimento di informazioni riferite alla persona affetta dalla patologia, assicurando la continuità dell'assistenza per tutto l'arco della vita;
- k) la disponibilità sul territorio di posti tecnici nelle strutture ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali accreditate, con competenze specifiche per la presa in carico di minori, adolescenti e adulti con disturbi dello spettro autistico e della disabilità complessa;
- l) la promozione di progettualità finalizzate all'inserimento lavorativo dei pazienti che ne valorizzino le capacità, anche con percorsi di vita indipendente.».

Art. 2

(Modifiche al Titolo VIII della l.r. 33/2009)

1. Al Titolo VIII (Norme in materia di sanità pubblica veterinaria) della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità) sono apportate le seguenti modifiche:

- a) al Capo I (Disposizioni generali) gli articoli da 98 a 100 sono sostituiti dai seguenti:

NB

Si rinvia alla lettura integrale del testo

Art. 3

(Disposizioni finali di coordinamento in tema di clausole valutative)

1. Alla legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità) sono apportate le seguenti modificazioni:

- a) sono soppressi gli articoli 27 sexies (Clausola valutativa) e 36 (Clausola valutativa);
- b) al titolo IX, dopo l'articolo 131 è aggiunto il seguente:

«Art. 131 bis

(Clausola valutativa)

1. Il Consiglio regionale e la Giunta regionale, secondo le rispettive competenze, valutano i risultati e l'efficacia delle politiche sociosanitarie disciplinate dalla presente legge.

2. La Giunta regionale informa il Consiglio regionale dell'attuazione della presente legge e dei risultati ottenuti nel promuovere la salute e il benessere dei cittadini lombardi. A tal fine, la Giunta regionale presenta al Consiglio regionale una relazione biennale che documenta e descrive:

- a) gli interventi realizzati in attuazione della presente legge, specificando le risorse impiegate, i soggetti coinvolti nell'attuazione e i beneficiari raggiunti;
- b) le azioni di sistema, di regolazione, di programmazione e di controllo realizzate e i relativi esiti;
- c) le eventuali criticità verificatesi e le soluzioni messe in atto per farvi fronte;
- d) i risultati e gli effetti delle politiche promosse, secondo specifici temi e quesiti che il Comitato paritetico di controllo e valutazione del Consiglio regionale, di concerto con la competente commissione consiliare, segnala all'assessore regionale alla salute e politiche sociali (Welfare).

3. Il Consiglio regionale può destinare apposite risorse allo svolgimento delle analisi necessarie a rispondere ai quesiti di cui ai commi 1 e 2.

4. La Giunta regionale rende accessibili i dati e le informazioni elaborate per le attività valutative previste dalla presente legge. Il Consiglio regionale rende pubblici i documenti che concludono l'esame svolto unitamente alla relazione che ne è stata oggetto.».

Art. 4

(Norme transitorie)

1. Dall'entrata in vigore della presente legge l'area della salute mentale, organizzata secondo i criteri stabiliti dall'articolo 53 quater della l.r. 33/2009, come introdotto dalla presente legge, integra le funzioni svolte dai dipartimenti di salute mentale e delle dipendenze. Entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, ferme restando le indicazioni del Piano sociosanitario integrato lombardo e del Piano di salute mentale regionale, se pubblicati, l'organizzazione aziendale garantisce il coordinamento dell'attività delle unità operative afferenti ai dipartimenti e l'erogazione dei servizi durante la fase di riorganizzazione. L'area dipartimentale di salute mentale viene costituita sulla base dei bisogni della popolazione, delle caratteristiche del territorio e della complessità dei servizi. A tal fine è istituito in ogni ASST un comitato di coordinamento diretto dal direttore generale, composto dai direttori in carica dei dipartimenti e delle unità operative esistenti alla data di entrata in vigore della presente legge e che cessa la propria funzione decorsi sei mesi dall'entrata in vigore della stessa. La ATS competente per territorio sovrintende e coordina i comitati, al fine di garantire l'omogeneità e l'efficacia dei servizi. I rappresentanti di tali comitati se ancora in carica, delle organizzazioni professionali, delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, del privato sociale e delle associazioni sono coinvolti per contribuire alla predisposizione del Piano di salute mentale regionale da approvare entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge.

2. Fino alla data di entrata in vigore del regolamento di cui all'articolo 114 della l.r. 33/2009, come modificato dalla presente legge, continuano a trovare applicazione, per quanto compatibili con la nuova disciplina, le disposizioni del regolamento regionale 5 maggio 2008, n. 2 (Regolamento di attuazione della legge regionale 20 luglio 2006, n. 16 'Lotta al randagismo e tutela degli animali di affezione')

Art. 5**(Norma finanziaria)**

1. Alle spese per gli interventi relativi alla tutela della salute mentale di cui al Titolo V della l.r. 33/2009 come modificato dalla presente legge, da definirsi nell'ambito del provvedimento di Giunta relativo alle regole di sistema, si fa fronte, compatibilmente alla sostenibilità della spesa, con le risorse allocate alla missione 13 «Tutela della salute», programma 01 «Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA» - Titolo 1 dello stato di previsione delle spese per il bilancio 2016-2018.

2. Alle spese per gli interventi in materia di sanità pubblica veterinaria di cui al Titolo VIII della l.r. 33/2009 come modificato dalla presente legge, da definirsi nell'ambito del provvedimento di Giunta relativo alle regole di sistema, si fa fronte, compatibilmente alla sostenibilità della spesa, con le risorse allocate alla missione 13 «Tutela della salute», programma 01 «Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA» - Titolo 1 dello stato di previsione delle spese per il bilancio 2016-2018, nonché con le risorse allocate alla missione 13 «Tutela della salute», programma 07 «Ulteriori spese in materia sanitaria» - Titolo 1 dello stato di previsione delle spese per il bilancio 2016-2018.

DGR 5.7.16 - n. X/5364 - Approvazione della proposta esecutiva dell'Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo (AFSSL) ai sensi dell'art. 17 bis della l.r. 33/2009 (BUR n. 28 dell'11.7.16)

Note

Secondo l'art. 17 della L.R. 33/2009 che istituisce l'Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo (AFSSL) le finalità assegnate all'Accademia ai sensi della l.r. 33/2009 sono:

- a) promuove e garantisce l'eccellenza del SSL, anche integrandosi con le funzioni di didattica, assistenza e ricerca del SSL;
- b) coordina la rete di formazione d'intesa con l'Osservatorio integrato del SSL;

- c) garantisce la formazione specialistica obbligatoria non universitaria, prevista dalla normativa nazionale, in particolare cura:
1. la tenuta del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria, rilasciando l'attestato di formazione manageriale e la sua rivalidazione;
 2. il corso di formazione specifica in medicina generale, assegnato alle Regioni dal decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 (Attuazione della direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli e delle direttive 97/50/CE, 98/21/CE, 98/63/CE e 99/46/CE che modificano la direttiva 93/16/CEE);
- d) realizza nel SSL la rete formativa, la promozione e attuazione di percorsi formativi multidisciplinari, trasversali rispetto ai livelli di inquadramento e le specializzazioni e curare le esigenze formative necessarie per l'implementazione del SSL in coerenza con le previsioni del PLS;
- e) promuove la sussidiarietà orizzontale tra rete di formazione e tra gli enti e le agenzie formative e la libera scelta del professionista nell'accedere alla formazione continua;
- f) verifica la formazione conseguita all'estero dal personale del SSL e promuovere l'internazionalizzazione dei percorsi formativi alla ricerca dell'innovazione per i professionisti del SSL e attraendo personale di eccellenza dall'estero, in collaborazione e d'intesa con l'Agenzia per la promozione del SSL;
- g) promuove percorsi di formazione strategica sulle policy sanitarie e l'innovazione continua del SSL, nell'assistenza, ricerca e didattica, sentito l'Osservatorio integrato del SSL;
- h) dà trasparenza agli investimenti nel capitale umano del SSL, rendicontando annualmente e su base triennale il bilancio dell'attività di formazione del ASSL.»;

Preso atto che ai sensi della citata legge su mandato della Giunta regionale Éupolis Lombardia presenta una proposta esecutiva nella quale sono individuati gli obiettivi, l'ordinamento, la struttura e la regolazione interna dell'Accademia;

Viene approvato l'allegato A proposta esecutiva sugli obiettivi, ordinamento, struttura e regolazione interna dell'Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo, parte integrante del presente provvedimento;

Viene altresì approvato l'allegato B Piano di attività dell'Accademia - anno 2016;

ALLEGATO A

ACCADEMIA DI FORMAZIONE PER IL SERVIZIO SOCIOSANITARIO LOMBARDO

Natura, funzioni, obiettivi e organizzazione

Natura

L'Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo (da ora: Accademia) è istituita ai sensi dell'art. 17 bis "Sistema formativo per il sistema sociosanitario lombardo" della l.r. 33/2009 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità", come articolazione organizzativa di Éupolis Lombardia (da ora: EL).

L'Accademia sostituisce la scuola di direzione sanitaria.

L'Accademia assume lo status di provider ECM limitatamente alla realizzazione del piano formativo per il personale del sistema sanitario regionale a supporto delle determinazioni strategiche della Direzione Generale Welfare nei limiti e con le modalità di cui alla DGR n. X/3939 del 31/07/2015¹.

Mission

L'Accademia supporta la Giunta regionale della Regione Lombardia per la progettazione ed erogazione della formazione del personale del sistema sociosanitario lombardo (da ora: SSL) al fine di garantire e promuovere l'erogazione di servizi di eccellenza e il corretto equilibrio tra fabbisogno di risorse umane con competenze distintive e il sistema di offerta formativa regionale.

Concorrono alla realizzazione di tale mission:

1. la formulazione di percorsi formativi adeguati a garantire l'assimilazione delle competenze in ambito sanitario, assistenziale, specialistico e territoriale e orientati alla cura della persona e della cronicità;

2. il supporto alla programmazione della formazione delle risorse umane del SSL e l'aggiornamento annuale, in linea con le regole di sistema e il fabbisogno espresso da RL;
3. il supporto nell'individuazione di metodologie avanzate di stima del fabbisogno formativo anche d'intesa con le Università;
4. il supporto nell'integrazione tra le funzioni di assistenza, didattica e ricerca anche ai fini di garantire l'eccellenza nel contesto nazionale e internazionale.

L'Accademia sviluppa la propria mission tramite il coordinamento con l'Osservatorio integrato del SSL e l'Agenzia per la promozione del SSL.

Funzioni

L'Accademia esercita le seguenti funzioni ai sensi dell'art. 17 bis della L.R. 33/2009:

- promuove e garantisce l'eccellenza del SSL, anche integrandosi con le funzioni di didattica, assistenza e ricerca del SSL;
- coordina la rete di formazione d'intesa con l'Osservatorio integrato del SSL;
- garantisce la formazione specialistica obbligatoria non universitaria, prevista dalla normativa nazionale, in particolare cura:
 - o la tenuta del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria, rilasciando l'attestato di formazione manageriale e la sua rivalidazione;
 - o il corso di formazione specifica in medicina generale, assegnato alle Regioni dal decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 come modificato dal D.lgs 277 dell' 8 luglio 2003 (Attuazione della direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli e delle direttive 97/50/CE, 98/21/ CE, 98/63/CE e 99/46/CE che modificano la direttiva 93/16/CEE);
- realizza nel SSL la rete formativa, la promozione e attuazione di percorsi formativi multidisciplinari, trasversali rispetto ai livelli di inquadramento e le specializzazioni e cura le esigenze formative necessarie per l'implementazione del SSL in coerenza con le previsioni del Piano sociosanitario integrato lombardo (PSL);
- promuove la sussidiarietà orizzontale tra rete di formazione e tra gli enti e le agenzie formative e la libera scelta del professionista nell'accedere alla formazione continua;
- supporta RL nell'espletamento delle procedure per la verifica della formazione conseguita all'estero dal personale del SSL e promuove l'internazionalizzazione dei percorsi formativi alla ricerca dell'innovazione per i professionisti del SSL e attraendo personale di eccellenza dall'estero, in collaborazione e d'intesa con l'Agenzia per la promozione del SSL;
- promuove percorsi di formazione strategica sulle policy sanitarie e l'innovazione continua del SSL, nell'assistenza, ricerca e didattica, sentito l'Osservatorio integrato del SSL;

Atti di programmazione dell'attività

L'Accademia esercita la propria attività garantendo la trasparenza degli investimenti nel capitale umano del SSL e rendicontando annualmente e su base triennale l'attività di formazione in conformità con la disciplina prevista dall'art. 17 bis della L.R. 33/2009 di Regione Lombardia.

Il Piano triennale di formazione, il Piano annuale e la rendicontazione annuale sono elaborati come parte integrante e secondo le modalità previste dalla programmazione di Istituto (art. 3 comma 6 lettera c) l.r. 14/2010).

Direttore

L'Accademia è diretta dal Direttore generale di ÉL o dal dirigente suo delegato.

1 Cod. n. RL252.

Il Direttore:

- a) assicura l'attuazione degli indirizzi di programmazione dell'attività in stretto coordinamento con la D.G. Welfare;
- b) è responsabile degli studi e delle ricerche sulle tematiche di interesse sanitario e sociosanitario connesse alla formazione promosse dalla Accademia;
- c) garantisce il raccordo con:
 - D.G. Welfare;

- Sistema sociosanitario e sociale lombardo, con particolare riferimento a ATS, ASST;
- Osservatorio integrato SSL;
- Osservatorio epidemiologico;
- Gruppo di approfondimento tecnico per le tecnologie sanitarie (GATTS);
- Agenzia di promozione del SSL;
- Agenzia di controllo del SSL.

Il Direttore si avvale di un comitato tecnico scientifico.

Spettano in particolare al Direttore:

- a. la predisposizione della programmazione triennale e annuale, in coerenza con tempi e modalità di programmazione di ÉL;
- b. la Relazione annuale sull'attività svolta;
- c. l'assunzione degli atti necessari alla gestione delle attività dell'Accademia;

Comitato tecnico-scientifico

Il Direttore si avvale di un Comitato tecnico scientifico composto da:

- 3 componenti del Comitato tecnico scientifico dell'Istituto;
- il Direttore generale della D.G. Welfare o suoi delegati;
- il dirigente competente in materia di Personale e professioni del SSR della DG Welfare o suo delegato;
- 4 direttori generali di agenzia e azienda indicati dalla D.G. Welfare;
- 1 rappresentante delle facoltà di Medicina e chirurgia indicato dal Presidente del Tavolo di Coordinamento dei rettori delle università lombarde.

Il Comitato tecnico scientifico è presieduto dal Presidente dell'analogo Comitato dell'Istituto organizza il proprio lavoro anche tramite specifiche commissioni o gruppi di lavoro e può avvalersi di ulteriori competenze senza oneri di spese.

Il CTS dell'Accademia sostituisce gli analoghi comitati presenti presso la D.G. Welfare con funzioni di supporto alla formazione.

Il CTS

a) esprime parere su:

- o il piano triennale di formazione dell'Accademia e il suo aggiornamento annuale;
- o il sistema di monitoraggio e valutazione della formazione erogata dall'Accademia;
- o la progettazione e implementazione di metodologie avanzate di stima del fabbisogno formativo;
- o ogni altro aspetto relativo alla formazione, se richiesto dalla Accademia o dalla DG Welfare;

b) svolge il ruolo di raccordo con il mondo universitario e della formazione superiore in ambito sociosanitario;

La partecipazione al CTS è a titolo gratuito.

MARCHE

DGR 27.6.16, n. 648 - Legge nazionale 662/96, art. 1 comma 34 e 34bis - Approvazione dei progetti della Regione Marche per il perseguimento degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2016, individuati nell'Accordo del 14 aprile 2016 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n. 65/CSR). (BUR n. 75 dell'8.7.16)

Note

Vengono approvati i progetti per il perseguimento degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2016, individuati nell'Accordo del 14 aprile 2016 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n. 65/CSR), come riportato nell'Allegato A (a cui si rinvia), che è parte integrante della presente deliberazione, per un importo complessivo pari a € 26.713.403,00.

L'Allegato A costituisce direttiva vincolante per gli Enti del SSR.

PIEMONTE

DGR 6.6.16, n. 49-3449 - Articolo 1 punto 2.5 dell'Allegato al Decreto Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70. Disposizioni in merito agli strumenti giuridici validi ai fini dei processi di aggregazione fra strutture private accreditate. (BUR n. 26 del 30.6.16)

Note

Viene disposto che, in fase strettamente transitoria ed in vista della realizzazione della fusione espressamente prevista dal D.M. n. 70 del 2 aprile 2015 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”, articolo 1 punto 2.5 dell’Allegato, è consentito alle strutture accreditate e convenzionate con il SSR che, non risultando in possesso dei requisiti minimi previsti all’art. 1- punto 2.1 dell’Allegato, sono interessate dal processo di aggregazione previsto dalla citata norma, l’utilizzo, ai fini del raggiungimento della soglia di accreditabilità e sottoscrivibilità degli accordi contrattuali introdotta dal decreto, di forme intermedie diverse dalla fusione, quali, in particolare, il “contratto di rete”, al fine di agevolare il processo acquisendo in tempi rapidi l’immediato risultato dell’effettivo accorpamento delle attività in capo ad un unico soggetto giuridico ai fini dell’accreditamento, come previsto dalla norma.

Le Strutture multispecialistiche accreditate già esistenti alla data del 1 gennaio 2014, che non raggiungono la soglia dei 60 posti letto accreditati per acuti, dovranno provvedere all’adozione dell’atto formale di aggregazione – riconversione, fusione o formalizzazione del “contratto di rete” - in tempo utile a consentire la conclusione dei procedimenti di autorizzazione/accreditamento di competenza regionale entro il termine previsto dal D.M. 70/2015.

Nel caso di aggregazione attraverso la formalizzazione del “contratto di rete”, il nuovo soggetto giuridico “unico” - la “rete soggetto”, ai fini dell’accreditamento, dovrà garantire i requisiti previsti dal D.M. 70/2015 - numero complessivo di posti letto non inferiore a 80 posti letto per acuti e le preesistenti strutture sanitarie che lo compongono devono assicurare attività affini e complementari - e l’atto che formalizza l’aggregazione dovrà contenere, fra l’altro, l’indicazione della denominazione, natura giuridica, sede legale nonché il dettaglio delle attività che verranno svolte dal nuovo soggetto giuridico, con specifica indicazione della suddivisione delle stesse fra le differenti sedi e del progetto di collaborazione fra le preesistenti strutture che si aggregano nel nuovo soggetto giuridico. Il contratto ex art. 8 quinquies D.Lgs. 502/92 e s.m.i. per l’erogazione delle prestazioni sanitarie a carico del SSR sarà sottoscritto dal nuovo soggetto giuridico risultante dall’aggregazione, nel rispetto degli atti di programmazione regionale che definiscono i volumi di attività ed i tetti di remunerazione annuali.

Nelle more della prima fase di nuova autorizzazione/accreditamento del nuovo soggetto giuridico individuato dall’atto di aggregazione, secondo i criteri e tempi evidenziati, le preesistenti strutture autorizzate e accreditate potranno continuare, senza soluzione di continuità, a svolgere le proprie attività, anche a carico del SSR, fino al 31.12.2016 in coerenza ai contratti stipulati con le ASL territorialmente competenti.

D.D. 1 giugno 2016, n. 309 - Piano regionale di prevenzione 2016: approvazione della programmazione annuale (DGR n. 25-1513 del 3/06/2015 e s.m.i.). (BUR n. 26 del 30.6.16)

Note

Viene approvata la programmazione annuale del Piano regionale di prevenzione per il 2016, contenuta nell’Allegato A, parte integrante del presente provvedimento (a cui si rinvia).

Vengono altresì approvati:

- il Documento di indirizzo per la stesura dei PLP 2016 finalizzato alla programmazione delle attività di competenza SISP contenuto nell’Allegato B, parte integrante del presente provvedimento.

- il format per la redazione dei PLP contenuto nell’Allegato C, parte integrante del presente provvedimento.

Allegato A

DGR 13.6.16, n. 22-3475 - Programma regionale per la copertura dei rischi di responsabilità civile RCT/O delle ASR. Disposizioni in merito agli elementi costitutivi del programma.

Note

Viene prorogato il Programma regionale per la copertura dei rischi di responsabilità civile RCT/O delle ASR, nella composizione disposta con DGR n. 21-6940 del 23 dicembre 2013, fino al 31.12.2016 - periodo necessario all'espletamento della nuova procedura ad evidenza pubblica per il piazzamento del rischio per le prossime annualità;

Vengono affidate, in conformità alle previsioni di cui alla D.G.R. n. 43-3398 del 30.05.2016, alla Società di Committenza della Regione Piemonte – S.C.R. S.p.A. – istituita con legge regionale n. 19 del 6 agosto 2007 e s.m.i. - le procedure di gara per il piazzamento dei rischi sanitari di responsabilità civile RCT/O delle Aziende Sanitarie Regionali, tenendo conto delle proposte di programma elaborate dal broker Marsh S.p.A., depositata agli atti della competente direzione regionale Sanità.

Viene previsto, a modifica della DGR n. 21-6940 del 23.12.2013, un ampliamento della competenza dei Comitati di gestione dei sinistri costituiti presso le Aree di Coordinamento sovrazonale cui viene affidata, con decorrenza 1.06.2016 e fino al 31.12.2016, la responsabilità gestionale di tutti i sinistri rientranti per valore nei limiti del Fondo. Con riferimento ai sinistri rientranti per valore nei limiti del fondo ed eccedenti l'importo di Euro 250 mila per sinistro il Comitato di gestione potrà avvalersi del supporto professionale amministrativo-legale e medico-legale del Comitato Regionale di Gestione Sinistri costituito con DD n. 75/DB2000 del 3.2.2014;

Viene demandato all'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino ed a SCR Piemonte spa ogni adempimento connesso alla proroga fino al 31.12.2016 delle polizze di cui al Programma (polizza "Primary" RCT/O n. 1858949 stipulata con Lloyd's New Line Group di Londra e polizza "Excess Layer" n. Z068563 stipulata con la società Zurich).

PUGLIA

DGR 21.6.16, n. 881 - Autorizzazione all'anticipazione straordinaria per gli Enti del SSR. (BUR n. 77 del 1.7.16)

Note

Il Dirigente della Sezione Gestione Sanitaria Accentrata viene autorizzato ad anticipare straordinariamente una mensilità 2016 ex DGR 867/15, alle AOU, IRCCS pubblici e privati ed EE, che ne facciano richiesta motivata e documentata per l'abbattimento del debito verso i fornitori.

DGR 22.6.16, n. 895 - Trasferimento di funzioni di competenza oncologica e relative Unità Operative dalla ASL di Bari all'IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari. (BUR n. 77 del 1.7.16)

SARDEGNA

L.R. 29.6.16, n. 13 - Proroga del commissariamento di cui all'articolo 9 della legge regionale 17 novembre 2014, n. 23 (Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario. Modifiche alle leggi regionali n. 23 del 2005, n. 10 del 2006 e n. 21 del 2012). (BUR n. 32 del 7.7.16)

Art. 1

Proroga di termini

1. Nelle more dell'approvazione del disegno di legge organico di istituzione dell'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR), ai sensi dell'articolo 1, comma 1, della legge regionale 28 dicembre 2015, n. 36 (Misure urgenti per l'adeguamento dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale e ulteriore proroga del commissariamento delle ASL), il commissariamento di cui all'articolo 9 della legge regionale 17 novembre 2014, n. 23 (Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario. Modifiche alle leggi regionali n. 23 del 2005, n. 10 del 2006 e n. 21 del 2012), è prorogato non oltre il 31 agosto 2016.

SICILIA

DD 17 giugno 2016 - Protocollo d'intesa su promozione della salute tra l'Assessorato regionale della salute e l'Ufficio scolastico regionale "Una nuova alleanza per la salute dei bambini e dei giovani". (GURS n. 26 dell'8.7.16)

Art. 1

Per quanto detto in premessa, che qui si intende integralmente riportato, è approvato il Protocollo d'intesa su promozione della salute tra Assessorato regionale della salute e l'Ufficio scolastico regionale di cui all'allegato al presente decreto di cui costituisce parte integrante.

Art. 2

Le aziende sanitarie provinciali dovranno recepire l'accordo e stipulare analogo protocollo d'intesa con il corrispondente Ufficio scolastico provinciale entro il 31 dicembre 2016 utilizzando l'identica piattaforma di programma eventualmente arricchita dalla previsione di interventi ulteriori sulla base di specifiche esigenze espresse dal territorio.

Art. 3

Il Comitato tecnico di coordinamento di cui all'art. 3 del protocollo d'intesa verrà individuato con successivo provvedimento, sentite le parti interessate.

Art. 4

Il Protocollo d'intesa approvato riunifica e supera tutti i precedenti accordi, protocolli d'intesa o di collaborazione precedentemente e/o separatamente stipulati sulle analoghe tematiche.

Allegato

**PROTOCOLLO D'INTESA SU PROMOZIONE DELLA SALUTE
TRA ASSESSORATO REGIONALE DELLA SALUTE
E L'UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE
"UNA NUOVA ALLEANZA PER LA SALUTE
DEI BAMBINI E DEI GIOVANI"**

Premessa

Il presente Protocollo d'intesa si ispira al modello in linea con la Carta di Ottawa (OMS 1986) per la Promozione della salute, da intendere come il processo che consente alle persone di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla. Il documento, in tal senso, individua alcune strategie e strumenti operativi che permettano alle istituzioni coinvolte di rafforzare i corretti stili di vita negli alunni e studenti di ogni ordine e grado scolastico promuovendo azioni *Evidence Based* utili alle persone e alle comunità per favorire *l'empowerment*, individuale e di gruppo. La cultura e i principi che animano la rete *Health Promoting School* (HPS) dell'OMS è, da tempo, patrimonio condiviso sia sul piano istituzionale che professionale nella nostra Regione, permettendo un approccio di promozione della salute in ambito scolastico complesso e trasversale in cui operatori scolastici e socio-sanitari condividono approcci che valorizzano tre aree: centralità delle competenze per la vita (*life skill, empowerment*), le metodologie partecipative (inclusione, coprogettazione, formazione congiunta, *peer education, cooperative learning, parent training, cittadinanza attiva ecc.*), il valore della relazione tra le persone (ascolto attivo, comunicazione efficace, fiducia, coerenza, equità).

In tal modo ragionare, programmare e progettare in tema di corretta alimentazione, promozione dell'attività fisica, prevenzione dell'obesità, del tabagismo, di vecchie e nuove dipendenze, di disagio psichico ecc., diventa un fatto "naturale" per istituzioni che, ciascuno sul suo versante di riferimento, sempre più sono chiamate ad ottimizzare risorse, collaborare e creare sinergie per rispondere a bisogni complessi e dare risposte concrete a bambini, giovani e famiglie.

Il presente Protocollo d'intesa definisce gli obiettivi generali, le azioni principali, le modalità operative di collaborazione e raccordo istituzionale al fine di garantire interventi in linea con il Piano regionale della prevenzione e coerenti con i Piani dell'offerta formativa degli istituti scolastici coinvolti.

Aree di intervento e collaborazione

Per quanto riguarda le azioni istituzionalmente competenti all'Assessorato della salute della Regione siciliana, le aree di intervento di collaborazione tra istituzioni scolastiche, sanitarie ed enti locali si riferiscono ai programmi del Piano regionale di prevenzione 2014- 2018 di cui al D.A. n. 351 dell'8 marzo 2016 pubblicato in *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 13 (supplemento ordinario n. 2) del 25 marzo 2016 e in particolare:

1. Programma regionale promozione della salute e lotta a tabagismo, abuso di alcol, sedentarietà che prevede, tra l'altro, al punto
 - 1.1 Definizione di accordi intersettoriali a livello aziendale e al punto 1.3 Promozione della salute in ambiente scolastico (*life skill*, educazione alimentare, corretto e responsabile uso dei cellulari, addestramento e formazione in situazione per primo soccorso e/o somministrazione farmaci e problematiche di salute specifiche);
2. Programma regionale di promozione della salute a favore di soggetti a rischio di malattie croniche non trasmissibili (MCNT) che prevede, tra gli altri interventi, al punto 1. Identificazione precoce e valutazione integrata dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per malattie croniche non trasmissibili;
3. Programma regionale FED (formazione, educazione, dieta) che ha già visto la formazione di formatori di 1° e 2° livello coinvolgendo operatori scolastici e sanitari;
4. Programma regionale di prevenzione del disagio psichico infantile, adolescenziale e giovanile e delle dipendenze, iscritto nell'ambito del macro-obiettivo 2.3 Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani, che prevede le seguenti azioni:
 - promozione e potenziamento dei fattori di protezione (*life skill*, *empowerment*) e adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta;
 - definizione di percorsi per la presa in carico precoce dei soggetti in età infantile, preadolescenziale, adolescenziale e giovanile (13-21 anni) a rischio di disagio mentale;
5. Programma regionale di prevenzione delle dipendenze da sostanza, che si colloca in continuità con interventi e collaborazioni tutt'ora in atto;
6. Programma regionale di prevenzione delle dipendenze senza sostanza, che prevede l'applicazione delle linee guida sulla prevenzione del GAP ex D.A. n. 495/15;
7. Programma regionale interistituzionale di prevenzione degli incidenti stradali (D.D.G. n.1743/15);
8. Programma regionale di prevenzione degli incidenti domestici (D.D.G n. 2017/15).

Visto

- quanto esitato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 13 novembre 2014, che ha sancito l'intesa sulla proposta del Ministero della salute relativa al Piano nazionale della prevenzione 2014-2018 (PNP) che è stato, pertanto, approvato;
- il D.A. n. 2198 del 18 dicembre 2014, con il quale viene recepito il Piano nazionale della prevenzione 2014/2018 e assegna, all'art. 3, ai diversi servizi del Dipartimento ASOE i compiti di sviluppare, nell'ambito degli obiettivi centrali del PSN, le singole linee operative secondo collaborazioni con enti ed istituti diversi;
- il D.A. salute n. 351/2016, con cui è stato approvato il nuovo Piano regionale della prevenzione 2014-2018 (PRP);
- la legge n. 107 del 13 luglio 2015, Riforma del sistema nazionale di istruzione e formazione e delega per il riordino delle disposizioni legislative vigenti e in particolare l'articolo 1, commi 3, 7 (lettere d, g, i, l, m, o) e 10, prevede interventi coerenti con quanto previsto dai documenti di programma regionale citati (PRP);

Si stipula il seguente protocollo d'intesa

Art. 1

Oggetto e finalità

- a. Il Protocollo d'intesa è lo strumento specifico per:

- assicurare il coordinamento interistituzionale tra l’Ufficio scolastico regionale, l’Assessorato regionale della salute ed enti locali;
- supportare la progettazione integrata “a cascata” su tutti gli ambiti territoriali provinciali;
- garantire un sistema interistituzionale “Scuola-sanità-ente locale” su base provinciale a presidio della progettazione operativa;
- implementare un sistema di monitoraggio efficiente sia a livello comunale che provinciale e regionale.

b. Il protocollo d’intesa, inoltre, rafforza e potenzia la cultura e i principi che animano l’approccio *Health Promoting School* (HPS) proposto dall’OMS, patrimonio condiviso sia sul piano istituzionale che professionale nella nostra Regione, favorendo interventi di promozione della salute in ambito scolastico, secondo un’ottica complessa e trasversale, in cui operatori scolastici e socio-sanitari condividono metodologie in grado di valorizzare tre aree: centralità delle competenze per la vita (*life skill, empowerment*), le metodologie partecipative (inclusione, co-progettazione, formazione congiunta, *peer education, cooperative learning, parent training, cittadinanza attiva* ecc.), il valore della relazione tra le persone (ascolto attivo, comunicazione efficace, fiducia, coerenza, equità).

c. Il presente Protocollo d’intesa riunifica e supera tutti i precedenti accordi, protocolli d’intesa o di collaborazione precedentemente e/o separatamente stipulati sulle analoghe tematiche.

Art. 2

Obiettivi specifici di programma

Il presente protocollo è strutturato sulla base di otto obiettivi specifici, di seguito elencati, che individuano gli ambiti di intervento di interesse prioritario per i firmatari e che risultano coerenti con i programmi e le azioni del PRP 2014-2018 dell’Assessorato regionale della salute:

Ob.S.1 promozione della salute in ambito scolastico con particolare attenzione: lotta al tabagismo, all’abuso di alcol, alla sedentarietà, educazione alimentare, corretto uso dei cellulari, addestramento e formazione per primo soccorso e/o somministrazione farmaci e problematiche di salute specifiche;

Ob.S.2 promozione della salute a favore di soggetti a rischio di MCNT con identificazione precoce e valutazione integrata dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT;

Ob.S.3 promozione della corretta alimentazione con particolare riferimento al Programma regionale FED (formazione, educazione, dieta) che ha già visto la formazione di formatori di 1° livello coinvolgendo operatori scolastici e sanitari che potranno attivare processi di "formazione a cascata";

Ob.S.4 promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani, in accordo con la Convenzione delle Nazioni unite sui diritti del fanciullo, tramite:

- il potenziamento dei fattori di protezione (*life skill, empowerment*, educazione emotivo-affettiva, prevenzione del bullismo) e favorendo i comportamenti sani nella popolazione giovanile e adulta;
- la definizione di percorsi per la presa in carico precoce dei soggetti in età infantile, preadolescenziale, adolescenziale e giovanile a rischio di disagio mentale;

In particolare, per questo obiettivo, si è tenuto conto che le prime fasi di vita 0-5 anni e l’adolescenza rappresentano i due momenti di maggiore fragilità, in cui risultano essenziali interventi in favore dei fattori protettivi per la promozione della salute mentale; allo stesso tempo è necessario individuare gli indicatori precoci di rischio per lo sviluppo di un disagio e/o di un disturbo poiché il 50% delle patologie mentali dell’adulto si manifestano prima dei 14 anni di età.

Un approccio di prevenzione selettiva e indicata, in *setting* scolastico e/o comunitario, per bambini in età prescolare e per adolescenti individuati a rischio di disagio psicologico e mentale, potrebbe garantire interventi precoci attraverso approcci psico-sociali *evidence-based* evitando la medicalizzazione del disturbo stesso e/o la sua istituzionalizzazione. Si ritiene utile e necessario un profondo lavoro di sinergia per individuare e realizzare gli interventi più efficaci, le procedure di collegamento inter-istituzionali e tra i servizi coinvolti per garantire azioni di prevenzione e promozione della salute nonché eventuali diagnosi precoci e tempestiva presa in carico dei bambini e/o adolescenti coinvolti negli interventi. Infine, al fine di garantire attività di prevenzione nella fascia di età compresa tra 0 e 5 anni, diviene strategico il coinvolgimento dei comuni da parte degli

enti siglanti e delle articolazioni organizzative su base provinciale (ASP e USP) anche tramite accordi di collaborazione coerenti con il presente modello.

Ob.S.5 Prevenzione delle dipendenze:

- da sostanza, che si colloca in continuità con interventi e collaborazioni tutt'ora in atto;
- senza sostanza, con particolare riferimento alle linee guida sulla prevenzione del GAP (ex D.A. n. 495/15 Assessorato regionale della salute);

Ob.S.6 Prevenzione degli incidenti stradali;

Ob.S.7 Prevenzione degli incidenti domestici.

Ob.S.8 Prevenzione primaria nelle aree a rischio di inquinamento ambientale.

I superiori obiettivi dovranno essere condotti nel rispetto del principio della massima integrazione possibile tra le tematiche coerenti e nel rispetto delle risorse disponibili e dei programmi scolastici localmente avviati.

Art. 3

Comitato tecnico di coordinamento

Al fine di assicurare il perseguimento degli obiettivi di cui al presente accordo, è istituito un Comitato tecnico di coordinamento (d'ora innanzi semplicemente Comitato), organo di indirizzo e monitoraggio, composto da personale del sistema scolastico e sanitario individuato dall'USR e dal DASOE, nonché da un rappresentante degli enti locali con funzioni consultive.

Il Comitato:

- a) definisce atti di indirizzo e linee guida per gli interventi connessi agli obiettivi di cui al precedente art. 2;
- b) attiva specifici tavoli tecnici interistituzionali su questioni metodologiche e di intervento connesse agli obiettivi di Programma;
- c) fornisce istruzioni operative per l'integrazione delle risorse economiche nella disponibilità degli attori del sistema ente locale/scuola/sanità, sia su base regionale che territoriale, nonché per le modalità operative utili al loro utilizzo efficace e tempestivo;
- d) monitora la realizzazione e l'andamento del Programma.

Art. 4

Articolazione territoriale dell'Intesa

a) Al fine di garantire un efficace presidio territoriale con efficace valenza partecipativa, verrà individuata una rete di referenti interistituzionali (d'ora innanzi semplicemente referenti), scelti dall'USR con il coinvolgimento degli Uffici scolastici di ambito territoriale di ogni provincia unitamente alle aziende sanitarie provinciali e agli enti locali aderenti all'Accordo su base provinciale che daranno vita ai Gruppi di lavoro per l'attuazione degli obiettivi di programma di promozione della salute (G.A.O.P.);

b) Faranno parte del G.A.O.P., oltre ai referenti individuati dalle AA.SS.PP., dall'USR e dagli Uffici scolastici di ambito territoriale di ogni provincia e dagli enti locali, alcune istituzioni scolastiche in qualità di capofila in relazione agli obiettivi specifici di Programma riportati nel precedente art. 2;

c) il G.A.O.P. potrà essere composto da un minimo di 6 a un massimo di 10 componenti, oltre n. 3 istituti capofila;

d) ogni G.A.O.P. individuerà al suo interno i referenti a presidio degli obiettivi di Programma raggruppati nel seguente modo:

1) Ob.S.1 promozione della salute in ambito scolastico

Ob.S.2 promozione della salute a favore di soggetti a rischio di MCNT.

Ob.S.3 promozione della corretta alimentazione;

2) Ob.S.4 promuovere il benessere mentale dei bambini, adolescenti e giovani;

Ob.S.5 prevenzione delle dipendenze (da sostanza e senza sostanza);

3) Ob.S.6 prevenzione degli incidenti stradali;

4) Ob.S.7 prevenzione degli incidenti domestici;

5) Ob.S.8 promozione di corretti stili in soggetti particolarmente esposti a fattori di rischio ambientale nelle aree a rilevante insediamento industriale o in siti di nazionale interesse per le bonifiche;

e) I G.A.O.P., inoltre, favoriranno la semplificazione amministrativo- gestionale dei progetti esecutivi che verranno attivati su ciascun territorio comunale e provinciale;

f) I G.A.O.P. dovranno riunirsi ed esitare azioni di programma e/o verifica con cadenza almeno trimestrale su convocazione del presidente eletto tra i componenti indicati e fornire all'USR, al DASOE e agli enti locali aderenti all'Accordo una relazione (con report di attività) su base annuale entro il 28 febbraio di ogni anno.

Tutti i programmi dovranno essere sviluppati e condotti secondo l'univoco riferimento di azioni, obiettivi e indicatori di cui al D.A. n. 351/2016 e richiamati nei Piani aziendali della prevenzione di ogni singola ASP previo accordo locale con l'USP e gli altri enti portatori di interesse.

Art. 5

Impegni delle parti

I soggetti sottoscrittori e aderenti si impegnano, nello svolgimento delle attività di propria competenza, a:

a) rispettare le condizioni concordate ed indicate nel presente accordo;

b) utilizzare forme di immediata collaborazione e di stretto coordinamento, con il ricorso in particolare agli strumenti di semplificazione dell'attività amministrativa e di snellimento dei procedimenti di decisione e di controllo previsti dalla normativa vigente;

c) procedere periodicamente alla verifica dell'avanzamento degli interventi monitorando le attività dei GAOP;

d) favorire il pieno utilizzo ed in tempi rapidi delle risorse finanziarie che si individueranno nelle progettazioni esecutive su base provinciale;

e) rimuovere ogni ostacolo procedurale in ogni fase procedimentale di realizzazione degli interventi nel rispetto degli obiettivi e degli indicatori dei singoli ambiti di riferimento del PRP;

f) garantire apposita formazione ai referenti delle reti individuati su base provinciale attraverso gli organi istituzionalmente preposti;

g) coordinare le attività in programma sulla base delle esigenze man mano evidenziate sia sulla scorta delle indicazioni di provenienza dell'USR che del DASOE.

TOSCANA

DPGR 22.6.16, n. 38/R Regolamento di attuazione della legge regionale 9 ottobre 2015, n. 68 (Disposizioni per la diffusione dei defibrillatori semiautomatici esterni nell'ambito della pratica fisica e sportiva (BUR n. 25 del 29.6.16)

Art. 1

Definizioni

1. Ai fini dell'applicazione del presente regolamento si adottano le seguenti definizioni:

a) complesso sportivo: un insieme di impianti in cui si svolge unicamente l'attività sportiva e motorio-ricreativa che non hanno in comune alcuni specifici servizi accessori, come spogliatoi, servizi igienici;

b) esecutore BLS-D (basic life support defibrillation): l'operatore, sanitario non medico o laico, abilitato all'uso del defibrillatore.

Art. 2

Classificazione degli impianti

1. Gli impianti ai quali si applica la legge regionale 9 ottobre 2015, n. 68 (Disposizioni per la diffusione dei defibrillatori semiautomatici esterni nell'ambito della pratica fisica e sportiva) si distinguono in:

a) impianti gestiti da soggetti pubblici;

b) impianti gestiti da associazioni, enti o società sportive, dilettantistiche o professionistiche;

c) impianti gestiti da soggetti privati diversi da quelli di cui alla lettera b).

2. Gli impianti ai quali non si applica la l.r. 68/2015 sono quelli indicati all'articolo 3, comma 2 della citata legge, quelli privati destinati esclusivamente all'uso personale dei proprietari e quelli pubblici o privati ad accesso libero non vigilato.

Art. 3

Adempimenti relativi alla collocazione del defibrillatore

1. I gestori degli impianti hanno l'obbligo di dotare gli stessi di defibrillatori semiautomatici esterni.
2. In ogni impianto sportivo deve essere disponibile, accessibile e funzionante almeno un defibrillatore semiautomatico. Il defibrillatore deve essere posizionato il più vicino possibile al luogo di svolgimento dell'attività sportiva o motorio ricreativa, in modo tale da poter essere raggiunto, al massimo, in tre minuti di passo veloce.
3. Il defibrillatore deve essere collocato preferibilmente in una teca a muro, con apertura libera e allarmata; deve essere facilmente riconoscibile e corredato di un pannello informativo a muro.

Art. 4

Adempimenti relativi alla manutenzione del defibrillatore

1. La manutenzione dei defibrillatori è a carico dei gestori degli impianti. I defibrillatori devono essere sottoposti alle verifiche, ai controlli ed alle manutenzioni periodiche secondo le scadenze previste dal manuale d'uso e nel rispetto delle vigenti normative in materia di apparati elettromedicali.
2. I gestori degli impianti e, nel caso previsto dall'articolo 4, comma 6 della l.r. 68/2015, i soggetti assegnatari, identificano uno o più referenti incaricati di verificare regolarmente l'operatività del defibrillatore e, prima dell'inizio dell'attività sportiva o motorioricreativa, annotano su un apposito registro il corretto funzionamento dello strumento tramite semplice verifica dell'apposita spia; qualora i referenti rilevano il cattivo funzionamento del defibrillatore, le attività praticate nell'impianto sono sospese fino al regolare ripristino della funzionalità dell'apparecchio.
3. I gestori dell'impianto possono, nel rispetto della normativa vigente in materia di affidamento di servizi, stipulare convenzioni, con relativi oneri economici a loro carico, con le aziende sanitarie o con soggetti privati affinché gli stessi provvedano alla manutenzione del defibrillatore.

Art. 5

Adempimenti relativi alle informazioni sulla presenza del defibrillatore

1. I gestori sono tenuti ad informare i soggetti che a qualsiasi titolo sono presenti negli impianti della esatta collocazione del defibrillatore mediante idonea cartellonistica utilizzando la simbologia in uso a livello internazionale.
2. Fermo restando quanto previsto al comma 1, al fine di migliorare ulteriormente l'informazione circa il posizionamento del defibrillatore, può essere utilizzato qualsiasi altro strumento ritenuto utile, come opuscoli, video e applicazioni relative alle nuove tecnologie.

Art. 6

Adempimenti relativi alla presenza degli esecutori

1. La presenza degli esecutori BLS-D deve essere assicurata durante lo svolgimento dell'attività sportiva e motoria, che ha inizio con l'accesso degli utenti all'interno dell'impianto sportivo e termina con la loro uscita dall'impianto stesso.
2. Nei casi di cui all'articolo 4, comma 6 della l.r. 68/2015, qualora sussistano le condizioni, il gestore e gli assegnatari possono concordare che la presenza degli esecutori BLS-D sia garantita dal gestore con relativi oneri economici a carico degli enti, società e associazioni sportive.
3. L'obbligo di cui all'articolo 4, comma 6 della l.r. 68/2015 e l'accordo di cui al comma 2 devono essere contenuti in un atto scritto, dal quale risulti in maniera inequivocabile le responsabilità in ordine all'uso del defibrillatore.

Art. 7

Adempimenti relativi alla comunicazione alla centrale 118

1. I gestori degli impianti trasmettono alla centrale operativa 118 territorialmente competente, oltre a quanto stabilito dall'articolo 4, comma 7 della l.r. 68/2015, le informazioni relative all'indirizzo

dell'impianto, alla dislocazione del defibrillatore all'interno della struttura ed ai recapiti telefonici dei gestori cui fare riferimento in caso di attivazione in emergenza del defibrillatore.

2. Qualsiasi modifica alle informazioni di cui al comma 1 è tempestivamente comunicata alla centrale operativa 118.

Art. 8

Sport assimilabili ai giochi da tavolo

1. Ai fini dell'esclusione dall'obbligo di dotazione di defibrillatori ai sensi dell'articolo 3, comma 2 della l.r. 68/2015 sono assimilate ai giochi da tavolo le discipline di gioco elettronico organizzate a livello competitivo ed il gioco delle carte.

Art. 9

Indirizzi relativi agli sport in movimento

1. Le società, enti ed associazioni sportive che svolgono attività nell'ambito degli sport in movimento, assoggettate all'obbligo di dotazione del defibrillatore ai sensi della normativa statale vigente, devono:

a) qualora organizzino eventi relativi ad attività sportive, ai quali si applica la deliberazione della Giunta regionale 23 febbraio 2015, n. 149 (Recepimento dell'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e le Autonomie locali sul documento recante "Linee di indirizzo sull'organizzazione dei soccorsi sanitari negli eventi e nelle manifestazioni programmate"), assicurare la presenza del defibrillatore e degli esecutori BLS-D;

b) qualora nel corso degli allenamenti da esse organizzati, sia prevista la presenza di un mezzo di locomozione al seguito ed il contesto in cui si svolge l'attività lo consenta, assicurare che sul mezzo sia presente il defibrillatore ed un esecutore BLS-D.

RISOLUZIONE 22 giugno 2016, n. 46 - In merito alla prevenzione e diagnosi precoce della celiachia. (BUR n. 26 del 29.6.16)

IL CONSIGLIO REGIONALE

Considerato che la Regione Toscana ha avuto da sempre un ruolo di avanguardia nel "Sistema Toscana Celiachia" anche promuovendo una proficua collaborazione tra la sanità pubblica e l'associazionismo di riferimento;

Viste le deliberazioni della Giunta regionale:

- 26 luglio 2004, n. 723 (Percorso assistenziale del paziente con Celiachia);
- 24 ottobre 2005, n. 1036 (Linee guida per la vigilanza sulle imprese alimentari che preparano e/o somministrano alimenti preparati con prodotti privi di glutine e destinati direttamente al consumatore finale);
- 21 novembre 2005, n. 1127 (Direttive per l'erogazione dei prodotti privi di glutine ai soggetti aventi diritto);
- 19 gennaio 2016, n. 16 (Aggiornamento Rete Regionale per le Malattie Rare e individuazione Centri di Competenza Regionale per le Malattie Rare "CCRMR");

Preso atto delle istanze presentate alla Terza commissione consiliare permanente Sanità e politiche sociali, dai rappresentanti dell'Associazione italiana celiachia (AIC) in occasione dell'audizione svolta nella seduta del 25 maggio 2016, nonché del ruolo riconosciuto dalla Regione Toscana alla stessa associazione quale attivo interlocutore e collaboratore delle strutture del servizio sanitario regionale;

Tenuto conto che gli ultimi dati disponibili forniti dalla Relazione annuale al Parlamento del Ministero della salute sulla Celiachia - anno 2014 - indicano che i celiaci in Toscana sono 14.066, e che tale dato rappresenta una sottostima rispetto alla consistenza reale della malattia in quanto in Toscana, sempre nel 2014, risultano diagnosticati meno del 37 per cento dei celiaci (a livello nazionale il dato è del 28 per cento);

Considerato che:

- il percorso di diagnosi di celiachia in Italia dura ancora sei anni e che la celiachia non diagnosticata porta a gravi complicanze e che a fronte di una incidenza della malattia nella popolazione di 1:100 i celiaci diagnosticati restano ancora pochi e che dopo anni di evoluzione nella ricerca, la crescita della diagnosi di celiachia rimane ancora un obiettivo primario;
 - ad oggi l'unica terapia per la celiachia è l'esclusione del glutine dalla propria alimentazione, che prevede l'eliminazione di tutti gli alimenti derivati dai cereali contenenti glutine (come pane, pasta, biscotti e pizza), ma anche del glutine "nascosto" negli alimenti sotto forma di eccipiente (ad esempio in salumi, sughi e salse, gelati, confetture, etc.) o per contaminazione durante la lavorazione industriale dei prodotti;
 - lo scenario in cui oggi operiamo è caratterizzato da alcuni fondamentali fattori tra cui il controllo e la razionalizzazione della spesa sanitaria; l'adozione imminente delle norme europee (Reg UE 609/13) occasione per una rivalutazione dell'assistenza ai celiaci; il dilagare di informazioni al consumatore che, prive di fondamento scientifico, spingono immotivatamente ed erroneamente la popolazione all'adozione di una dieta senza glutine con la convinzione che la dieta senza glutine sia "più salutare" e "faccia dimagrire", creando confusione tra malattia, terapia e/o scelte libere;
- Su proposta unanime della Terza Commissione consiliare permanente;

IMPEGNA

LA GIUNTA REGIONALE

a ripristinare il tavolo permanente regionale sulla celiachia che coinvolga i diversi attori del sistema e l'AIC, che individui e coordini gli interventi utili alla prevenzione e diagnosi della malattia, nonché gli atti per favorire il normale inserimento nella vita sociale dei soggetti in celiachia;

ad attivare la piena circolarità dei buoni spesa per celiaci in tutto il territorio regionale anche attraverso la loro dematerializzazione, eventualmente utilizzando la carta sanitaria come già sperimentato da alcune regioni italiane e a rivedere la normativa regionale e in particolar modo la del. g.r. 1036/2005, in relazione alle nuove realtà economiche emergenti in campo alimentare quali laboratori artigianali, vendita a terzi, vendita on-line, bar e ristoranti, con il coinvolgimento dei rappresentanti delle categorie economiche;

ad aggiornare il percorso assistenziale alla luce dell'approvazione del documento di supporto scientifico al protocollo sancito tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta di aggiornamento del provvedimento del Ministro della salute del 16 marzo 2006, per la diagnosi e il followup della celiachia e della del. g.r. 16/2016 e definizione dei nuovi presidi di rete collegati ai centri di riferimento regionali.

DGR 14.6.16, n. 560 - Accordo di collaborazione tra Regione Toscana, Unione Regionale Toscana Titolari di Farmacia (U.R.TO.FAR) e Confederazione Italiana Servizi Pubblici Enti Locali (CISPEL TOSCANA) per l'erogazione di alcuni servizi al pubblico attraverso le farmacie convenzionate. (BUR n. 26 del 29.6.16)

Note

Viene approvato lo schema di Accordo di collaborazione tra la Regione Toscana, le Aziende Sanitarie Toscane, l'Unione Regionale Toscana titolari di Farmacia (U.R.TO.FAR) e la Confederazione Italiana Servizi Pubblici Enti Locali (CISPEL TOSCANA) per l'erogazione di alcuni servizi al pubblico attraverso le farmacie convenzionate, di cui all'allegato A al presente atto, parte integrante e sostanziale;

Viene destinata, per l'attuazione dell'accordo di collaborazione di cui al punto precedente, la somma di euro 4.000.000,00, a favore delle Aziende Sanitarie Toscane, a valere sul bilancio gestionale 2016 e sul bilancio pluriennale vigente 2016/2018, annualità 2017.

ALLEGATO A

Accordo di collaborazione tra la Regione Toscana, le Aziende Sanitarie Toscane, l'Unione Regionale Toscana titolari di Farmacia (U.R.TO.FAR) e la Confederazione Italiana Servizi Pubblici Enti Locali (CISPEL TOSCANA) per l'erogazione di alcuni servizi al pubblico attraverso le farmacie convenzionate.

Il giorno del mese di dell'anno duemilasedici, alle ore presso la sede della Regione Toscana,

TRA

La Regione Toscana, rappresentata da

L'Azienda unità sanitaria locale Toscana Centro, rappresentata da.....

L'Azienda unità sanitaria locale Toscana Nord-Ovest, rappresentata da.....

L'Azienda unità sanitaria locale Toscana Sud-Est, rappresentata da.....

L'Unione Regionale Toscana titolari di Farmacia (U.R.TO.FAR), rappresentata da.....

La Confederazione Italiana Servizi Pubblici Enti Locali (CISPEL TOSCANA), rappresentata da.....

L'accordo riguarda le seguenti attività:

1. attività di prenotazione di prestazioni sanitarie tramite il sistema CUP e riscossione ticket corrispondente alle prestazioni prenotate per accesso alla farmacia;
2. attività di attivazione della Tessera Sanitaria (TS/CNS) e del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE);

L'accordo siglato dalle OO.SS. delle farmacie private e pubbliche con la Regione Toscana e le Aziende Sanitarie Toscane è un accordo di collaborazione della durata di un anno al quale i titolari (persone fisiche e persone giuridiche) e i soggetti pubblici gestori delle singole farmacie convenzionate aderiranno volontariamente inviando alle aziende sanitarie territoriali (AA.SS.LL.), tramite le OO.SS. firmatarie, specifica richiesta e formale comunicazione di accettazione di tutto quanto previsto nell'accordo quadro.

I titolari e i soggetti gestori delle singole farmacie convenzionate che aderiscono all'accordo (di seguito denominate farmacie aderenti) si impegnano ad erogare tutte le attività oggetto dell'accordo quadro.

1) ATTIVITÀ DI PRENOTAZIONE DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI (VISITE ED ESAMI SPECIALISTICI) E RISCOSSIONE TICKET CORRISPONDENTE ALLE PRESTAZIONI PRENOTATE PER ACCESSO ALLA FARMACIA

Il CUP in Farmacia è un servizio con il quale, attraverso sistemi informatici messi a disposizione dalle Aziende Sanitarie Territoriali, è possibile prenotare, disdire e modificare in tempo reale visite ed esami specialistici; presentandosi in una farmacia aderente munito di modulo/i ricetta/e SSN (ricetta rossa/promemoria/NRE), l'Assistito può prenotare la/e prestazione/i prescritta/e tramite un operatore incaricato dalla farmacia aderente abilitato a detta funzione.

La gestione del servizio di prenotazione delle attività specialistiche, attraverso il canale dedicato delle farmacie convenzionate è disciplinato dal Decreto Ministeriale 8 luglio 2011 (G.U. 229/2011) ed è un servizio già attivo da anni in quanto previsto già con DGR Toscana n. 1488 del 28 dicembre 1999.

1 A) Impegni delle AA.SS.LL.

Il servizio di prenotazione interessa le agende messe a disposizione dalle AA.SS.LL./AA.OO.UU.

Le AA.SS.LL., anche avvalendosi delle competenze ESTAR, si impegnano:

- a rendere disponibile alle farmacie aderenti il software gestionale per l'erogazione del servizio di cui trattasi;
- ad applicare alle farmacie aderenti, prima dell'avvio dell'attività di cui trattasi, le disposizioni di cui al decreto legislativo 196/2003 e s.m.i. "Codice di protezione dei dati personali" per l'erogazione in outsourcing del servizio di cui trattasi;
- a fornire adeguata formazione alle farmacie aderenti per l'utilizzo del software gestionale attraverso corsi in accordo con le OO.SS. delle farmacie private e pubbliche e a fornire materiale di supporto in modo che tutto il sistema aziendale delle prenotazioni sia omogeneo;
- ad assicurare la continuità del servizio di help desk al sistema attraverso un numero verde attivo;

- affinché il software gestionale per l'erogazione del servizio di cui trattasi reso disponibile alle farmacie aderenti sia in grado di registrare e contabilizzare, ai fini della fatturazione, l'attività di cui trattasi da parte di ciascuna farmacia nonché sia in grado di produrre documentazione cartacea per l'utente compatibile con la strumentazione in uso nella ASL (es. macchine riscuotitrici automatiche);

1 B) Impegni delle OO.SS. delle farmacie convenzionate

Le OO.SS. delle farmacie convenzionate impegnano le farmacie aderenti:

- ad erogare l'attività di cui al punto 1) secondo le modalità previste dal Decreto Ministero della Salute 8 luglio 2011 pubblicato sulla G.U. 1 ottobre 2011, n.229;

- a rispettare quanto previsto dal decreto legislativo 196/2003 e s.m.i. "Codice di protezione dei dati personali" per l'erogazione in outsourcing del servizio di cui trattasi secondo le modalità previste dal regolamento aziendale della ASL territorialmente competente in materia di protezione dei dati personali;

- a fornire il servizio di prenotazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali (visite ed esami specialistici) in conformità alle prescrizioni mediche rilasciate su modulo ricetta SSN (ricetta rossa/promemoria/NRE);

- a mettere a disposizione, senza ulteriori costi per la ASL territorialmente competente, per l'erogazione del servizio di cui trattasi, la strumentazione hardware (personal computer adeguati al software messo a disposizione dalla ASL, stampante, lettore di codice a barre), la connettività internet ed il materiale di consumo (carta, toner, ecc...);

- a riscuotere il ticket calcolato sulla base delle informazioni rilevate dal modulo ricetta SSN (ricetta rossa/promemoria/NRE); la riscossione del ticket potrà avvenire anche attraverso strumenti elettronici attivati dalla stessa farmacia, senza ulteriori costi per la ASL territorialmente competente;

- a stabilire, e a comunicare alla ASL territorialmente competente definiti orari di accesso al pubblico al servizio di prenotazione (minimo 5 ore/die per 5 giorni feriali/settimana distribuiti tra mattina e pomeriggio) con modalità "front office" o tramite collegamento ad un call center;

- nel caso in cui il servizio CUP venga erogato tramite collegamento ad un call center che gestisca per conto della farmacia l'attività di prenotazione (es. totem), il relativo protocollo operativo verrà concordato preventivamente con la ASL territorialmente competente;

- ad esporre, ben visibile al pubblico, la cartellonistica, prodotta e fornita da Regione Toscana, che identifica la farmacia come aderente al presente accordo (punto 3) .

Le OO.SS., inoltre, si impegnano a raccogliere le adesioni e a comunicare alla ASL territorialmente competente e alla Regione Toscana la lista sempre aggiornata delle farmacie aderenti riportando il seguente set minimo di informazioni :

___ Denominazione Farmacia e codice regionale Farmacia

___ Dati sede : Via, Numero civico, CAP, Città, Provincia (necessari per la georeferenziazione)

___ Lista, per ogni farmacia aderente, degli operatori da attivare sul CMS (CF, Nome, Cognome) (Quest'ultima informazione è da trasmettere solo alla ASL territorialmente competente)

Tali informazioni saranno pubblicate sui siti istituzionali della Regione Toscana e della ASL territorialmente competente.

1 C) Compensi per prenotazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali (visite ed esami specialistici)

Le attività di prenotazione possono essere ricondotte alle seguenti casistiche:

a) Prenotazione: €1,70 + IVA/prestazione conclusa (si intende la prenotazione di una prestazione associata ad uno specifico codice e conclusa. Nel compenso è compresa anche l'eventuale disdetta della/e prenotazione/i già inserita/e nel sistema.

b) Cambio prenotazione: è la riprenotazione della/e prestazione/i disdettata/e dall'utente (si intende la riprenotazione in quell'accesso di tutte o di parte delle prestazioni già prenotate dall'utente). Per il cambio prenotazione spetta alla farmacia aderente un compenso pari ad € 1,50 (IVA compresa).

Detto compenso è a carico dell'utente.

Le farmacie, con cadenza mensile, emettono e presentano alla ASL territorialmente competente fattura elettronica per il servizio prestato nel mese precedente, che verrà liquidata entro 60 giorni dal ricevimento, secondo le modalità stabilite da ogni Azienda Sanitaria con disciplinare tecnico.

Il report per la fatturazione verrà predisposto dal software gestionale in uso messo a disposizione dalla ASL territorialmente competente. Ove ciò non sia possibile, la ASL territorialmente competente, fornirà mensilmente alla singola farmacia un report delle prestazioni effettuate dalla farmacia medesima finalizzato alla fatturazione.

L'origine dei dati relativi alle operazioni per le casistiche sopra riportate garantisce la correttezza dell'ammontare riportato in fattura.

1 D) Attività di riscossione del ticket corrispondente alle prestazioni prenotate per accesso alla farmacia

Le farmacie aderenti sono autorizzate a riscuotere il ticket corrispondente alle prestazioni prenotate per accesso alla farmacia.

La riscossione, la custodia ed il versamento degli importi del ticket avviene secondo le modalità stabilite da ogni Azienda Sanitaria con disciplinare tecnico.

Per la riscossione del ticket per le prestazioni prenotate, spetta alla farmacia aderente un compenso pari ad € 1,50 (IVA compresa). Detto compenso è a carico dell'utente.

2) ATTIVITÀ DI ATTIVAZIONE DELLA TESSERA SANITARIA (TS/CNS) E DEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE)

L'Assistito si reca presso una farmacia aderente per attivare la propria TS/CNS e, se lo desidera, il proprio FSE.

Il processo di attivazione della TS/CNS viene eseguito secondo le indicazioni del manuale operativo della CNS, di cui alla DGRT n.43 del 29.01.2013 e s.m.i., che delinea i seguenti quattro scenari:

1. attivazione TS/CNS e FSE a soggetto maggiorenne;
2. attivazione TS/CNS e FSE a soggetto minorenni;
3. attivazione TS/CNS e FSE a soggetto minorenni emancipato;
4. attivazione TS/CNS e FSE a soggetto maggiorenne in regime di tutela.

Per ogni scenario citato, il software adibito all'attivazione della TS/CNS, denominato Card Management System (CMS), guiderà l'operatore passo passo per tutto il percorso.

Al cittadino sarà rilasciata in fase di attivazione una busta sigillata contenente il PIN ed un documento cartaceo relativo agli estremi dell'operazione eseguita, compresi i relativi esiti.

Il servizio di attivazione della TS/CNS interessa tutti i possessori di una TS/CNS rilasciata dalla Regione Toscana (componente CNS - CA Regione Toscana) riconoscibile dalla presenza del microchip (CNS) e dal logo di Regione Toscana nell'apposito spazio.

Regione Toscana mette a disposizione, per gli operatori, un helpdesk (numero verde 800 118855) di supporto per tutte le operazioni e le relative problematiche, sia tecniche che operative, inerenti alle attività sopra riportate.

2 A) Impegni delle AA.SS.LL.

Le AA.SS.LL. si impegnano:

- a rendere disponibili alle farmacie aderenti tutti gli strumenti necessari per l'erogazione del servizio di cui trattasi (abilitazione al CMS, buste PIN, documentazione operativa);
- ad applicare alle farmacie aderenti, prima dell'avvio dell'attività di cui trattasi, le disposizioni di cui al decreto legislativo 196/2003 e s.m.i. "Codice di protezione dei dati personali" per l'erogazione in outsourcing del servizio di cui trattasi;
- a fornire adeguata formazione alle farmacie aderenti per l'utilizzo del software (CMS) attraverso corsi in accordo con le OO.SS. delle farmacie private e pubbliche e a fornire materiale di supporto;
- affinché gli strumenti software necessari per l'erogazione del servizio di cui trattasi resi disponibili alle farmacie aderenti siano in grado di registrare e contabilizzare, ai fini della fatturazione, l'attività di compiuta attivazione TS/CNS da parte di ciascuna farmacia.

2 B) Impegni delle OO.SS. delle farmacie convenzionate

Le OO.SS delle farmacie convenzionate impegnano le farmacie aderenti:

- a fornire il servizio di attivazione della TS/CNS e del FSE come sopra descritto;
- a rispettare quanto previsto nel paragrafo “2D) Trattamento dati” del presente accordo;
- a fornire il servizio di attivazione della TS/CNS e del FSE, secondo definiti orari di accesso al pubblico (minimo 5 ore/die per 5 giorni feriali/settimana distribuiti tra mattina e pomeriggio) con modalità “front office” o tramite collegamento ad un call center;
- a dotarsi autonomamente della seguente strumentazione:

__ Computer (con caratteristiche tecniche il linea con gli standard attuali di mercato);

__ Stampante (formato A4);

__ Lettore di codice a barre (non obbligatorio);

__ Connettività Internet;

__ N. 2 Lettori di TS/CNS per ciascuna stazione di lavoro;

__ Buste PIN (fornite dal servizio CMS);

__ TS/CNS attiva per ogni operatore abilitato (per accedere al CMS).

Le OO.SS., inoltre, si impegnano a raccogliere le adesioni e a comunicare alla ASL territorialmente competente e alla Regione Toscana la lista sempre aggiornata delle farmacie aderenti riportando il seguente set minimo di informazioni:

__ Denominazione Farmacia e codice regionale Farmacia

__ Dati sede: Via, Numero civico, CAP, Città, Provincia (necessari per la georeferenziazione)

__ Lista, per ogni farmacia aderente, degli operatori da attivare sul CMS (CF, Nome, Cognome).

Quest'ultima informazione è da trasmettere solo alla ASL territorialmente competente.

Tali informazioni saranno pubblicate sui siti istituzionali della Regione Toscana e della ASL territorialmente competente.

2 C) Compenso per attivazione TS/CNS e FSE

Le parti stabiliscono un compenso pari ad € 1,80 + IVA/operazione di attivazione della TS/CNS.

Tale compenso comprende l'eventuale attivazione del FSE.

Le operazioni relative a carte già attivate, previste nel manuale operativo, per esempio “cambio PIN”, saranno erogate senza alcun compenso.

Le farmacie, con cadenza mensile, emettono e presentano alla ASL territorialmente competente fattura elettronica per il servizio prestato nel mese precedente, che verrà liquidata entro 60 giorni dal ricevimento, secondo le modalità stabilite da ogni Azienda Sanitaria con disciplinare tecnico.

Il report per la fatturazione verrà predisposto dal software gestionale in uso messo a disposizione dalla ASL territorialmente competente. Tale report potrà anche essere prodotto autonomamente dalla farmacia aderente attraverso una specifica funzione esposta sul software medesimo.

L'origine dei dati relativi alle operazioni per le casistiche sopra riportate garantisce la correttezza dell'ammontare riportato in fattura.

2 D) Trattamento dei dati

Regione Toscana in qualità di titolare nomina, ai sensi dell'articolo 29 decreto legislativo 196/2003 e s.m.i. “Codice di protezione dei dati personali”, le farmacie aderenti, per il tramite delle associazioni di categoria firmatarie di questo Accordo, per i trattamenti di dati personali connessi all'attivazione della TS/CNS. Contestualmente, le Aziende sanitarie toscane, in qualità di titolari provvedono con atto proprio a nominare le medesime farmacie aderenti al presente Accordo, quali responsabili esterni per i trattamenti di dati personali connessi all'attivazione del FSE.

In qualità di responsabili esterni della Regione per l'attivazione della TS/CNS e delle Aziende Sanitarie territorialmente competenti per l'attivazione del FSE, le farmacie dovranno assicurare la riservatezza delle informazioni, dei documenti e degli atti amministrativi, dei quali vengano a conoscenza nell'esecuzione delle relative attività, impegnandosi a rispettare rigorosamente tutte le norme relative all'applicazione del decreto legislativo 196/2003 e s.m.i. “Codice di protezione dei dati personali”

In particolare si impegnano a:

- utilizzare i dati solo per le finalità connesse allo svolgimento dell'attività oggetto del presente accordo con divieto di qualsiasi altra diversa utilizzazione;
- nominare per iscritto gli incaricati del trattamento, fornendo loro le necessarie istruzioni;
- adottare idonee e preventive misure di sicurezza atte ad eliminare o, comunque, a ridurre al minimo qualsiasi rischio di distruzione o perdita, anche accidentale, dei dati personali trattati, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o non conforme, nel rispetto delle disposizioni contenute nell'articolo 31 del decreto legislativo 196/2003 e s.m.i. "Codice di protezione dei dati personali";
- adottare tutte le misure di sicurezza, previste dagli articoli 33, 34, 35 e 36 del decreto legislativo 196/2003 e s.m.i. "Codice di protezione dei dati personali", che configurano il livello minimo di protezione richiesto in relazione ai rischi di cui all'articolo 31, analiticamente specificate nell'allegato B al decreto stesso, denominato "Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza";
- informare gli interessati, al momento della raccolta dei dati, secondo quanto previsto dall'articolo 13 del decreto legislativo 196/2003 e s.m.i. "Codice di protezione dei dati personali", sulle finalità della rilevazione e relativo titolare e sulla natura facoltativa o obbligatoria del conferimento dei dati;
- trasmettere tempestivamente e, comunque non oltre le 24 ore successive al loro ricevimento, i reclami degli Interessati e le eventuali istanze del Garante.

Si precisa che tale nomina avrà validità per il tempo necessario per eseguire le operazioni affidate dai titolari e si considererà revocata a completamento dell'incarico.

Le associazioni firmatarie devono:

- portare a conoscenza delle farmacie aderenti il presente accordo e gli atti di nomina delle Aziende Sanitarie toscane, contenenti le istruzioni alle quali si dovranno attenere per il trattamento dati personali connessi all'attivazione della TS/CNS e del Fascicolo Sanitario Elettronico;

3) Logo

Tutte le farmacie aderenti al presente accordo, e per tutta la durata dello stesso, dovranno esporre il seguente logo che identifica i Servizi omogenei di Regione Toscana in ambito SST posti sul territorio e denominati "PuntoSI" – DGRT n.657 del 25-05-2015 :

4) Durata

Il presente accordo è sperimentale e ha validità di un anno dalla data della sottoscrizione.

Ogni tre mesi le parti, anche con la partecipazione di ESTAR, si incontrano per verificare l'applicazione dell'accordo in ambito regionale e per monitorarne l'efficienza e l'efficacia.

Tre mesi prima della scadenza le parti, in base alle risultanze delle attività di valutazione e del monitoraggio trimestrale decidono se procedere alla sottoscrizione di un nuovo accordo, con o senza modifiche/integrazioni rispetto a quello sottoscritto, ovvero se interrompere l'accordo alla naturale scadenza.

5) Rendicontazione e rimborso

Le Aziende Sanitarie si impegnano a presentare alla Regione Toscana due rendicontazioni, una per l'anno 2016 e una per l'anno 2017, per i compensi erogati alle farmacie, secondo quanto specificato nei punti 1 C) e 2 C) del presente accordo.

La Regione Toscana si impegna a rimborsare alle Aziende Sanitarie le somme rendicontate nel limite massimo di due milioni di euro per ciascuna annualità.

6) Altro

Fino alla data di sottoscrizione del presente accordo rimangono valide le disposizioni contenute nella DGRT n. 1238 del 27 dicembre 2011 "Accordo di collaborazione con Unione Regionale Toscana Titolari di Farmacia (U.R.TO.FAR.) e con la Confederazione Italiana Servizi Pubblici Enti Locali (CISPEL Toscana) per l'attivazione della tessera sanitaria".

FIRMATO

Per la Regione Toscana,

.....

Per l'Azienda unità sanitaria locale Toscana Centro

.....
 Per l'Azienda unità sanitaria locale Toscana Nord-Ovest

.....
 Per L'Azienda unità sanitaria locale Toscana Sud-Est

.....
 Per URTOFAR

.....
 Per CISPEL

.....
DGR 14.6.16, n. 561 - Approvazione per l'anno 2016 dei requisiti, criteri e modalità per l'ottenimento del contributo previsto a favore delle farmacie disagiate ubicate nella Regione Toscana. (BUR n. 26 del 29.6.16)

DGR 21.6.16, n. 592 - Prezzo di rimborso dei medicinali: modifica deliberazione GRT n. 482 del 24-05-2016. (BUR n. 26 del 29.6.16)

DCR 22.6.16, n. 54 - Agenzia regionale di sanità (ARS). Bilancio di esercizio 2014. Approvazione ai sensi della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del Servizio sanitario regionale), articolo 82 septies decies. (BUR n. 27 del 6.7.16)

MOZIONE 22 giugno 2016, n. 339 - In merito al nuovo atto di indirizzo per il rinnovo della convenzione della Medicina generale. (BUR n. 27 del 6.7.16)

IL CONSIGLIO REGIONALE

Appreso che, in data 12 aprile 2016, il Comitato di settore Comparto Regioni - Sanità della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha varato il nuovo atto di indirizzo per il rinnovo della convenzione della Medicina generale, contenente sostanziali cambiamenti nell'organizzazione della medicina di base;

Rilevato che, tra i più rilevanti cambiamenti introdotti da suddetto atto di indirizzo, vi sono la disponibilità del medico per sedici ore al giorno (h 8-24) dal lunedì al venerdì e per dodici ore (h 8-20) nei giorni pre-festivi e festivi, l'apertura degli ambulatori dei pediatri dalle ore 8 alle 20 per cinque giorni alla settimana, la scomparsa della guardia medica e l'espletamento da parte del 118 dell'assistenza nelle ore notturne per le urgenze;

Rilevato altresì che, a garantire la continuità assistenziale, saranno le aggregazioni territoriali funzionali (ATF) con bacino di utenza non superiore ai 30 mila abitanti, organizzate non secondo un modello topografico ma secondo un modello "a rete", che vorrebbe consentire agli assistiti di trovare il medico in tutto l'arco della giornata, in quanto terminato il turno del proprio medico di fiducia se ne prevede comunque un altro disponibile, collegato a una data base che consentirà di accedere immediatamente al profilo sanitario dell'assistito;

Appreso che il nuovo testo prevede anche la possibilità di prenotare visite specialistiche, procedure diagnostiche e pagare i ticket presso gli studi medici, rendendo così non più operanti i centri unici di prenotazione (CUP);

Appreso che questa nuova strutturazione dell'assistenza sanitaria convenzionata dovrebbe, nelle intenzioni dei proponenti, favorire la nascita di nuovi maxi-ambulatori, con presenza di più medici di famiglia, con la possibilità di fare anche prime analisi cliniche, accertamenti diagnostici non complessi, piccola chirurgia ambulatoriale, assistenza infermieristica;

Considerato che il successivo passo dell'iter per il rinnovo della convenzione della Medicina generale prevede, a questo punto, un confronto ed una trattativa con le rappresentanze sindacali dei medici convenzionati da parte della Struttura interregionale sanitari convenzionati (SISAC), trattative che si presumono piuttosto problematiche, considerate le prime prese di posizione dubitative, se non palesemente ostili, delle principali sigle sindacali;

Considerato, inoltre, che l'atto di indirizzo sopra richiamato modifichi fortemente l'attuale determinazione del rapporto ottimale medico/popolazione, finora fissato a livello nazionale per avere un'assistenza più omogenea, almeno nelle intenzioni, delegando, di fatto, in futuro tale determinazione alle autonomie regionali;

Considerato, altresì, che l'atto di indirizzo prevede l'avvio di un ruolo unico dei medici di cure primarie,

predisponendo il superamento dell'attuale distinzione tra medici di assistenza primaria e medici di continuità assistenziale per cui, nella nuova articolazione territoriale, il medico di cure primarie potrà svolgere sia attività professionale di tipo fiduciario, sia su base oraria, previsione che preoccupa molte sigle sindacali, in quanto si teme una non indifferente perdita di lavoro per molti medici di continuità assistenziale;

Alla luce delle ultime prese di posizione e aperture al confronto, espresse dal Ministro della salute Beatrice Lorenzin, nell'ambito della trattativa con le organizzazioni sindacali;

IMPEGNA

LA GIUNTA REGIONALE

ad evidenziare, nelle eventuali sedi di confronto, relative all'atto di indirizzo per la convenzione della Medicina Generale, le considerazioni sopra richiamate al fine di formulare una normativa il più possibile condivisa con gli operatori del settore a tutela della salute dei cittadini.

VENETO

DGR N. 926 22.6.16 - Formalizzazione ed implementazione dei gruppi regionali di lavoro specialistici all'interno dei programmi di screening oncologici e recepimento dei documenti da essi prodotti. (BUR n. 66 dell'8.7.16)

Note

Vengono approvati i seguenti Gruppi Regionali di Lavoro per la promozione della qualità degli screening, composti dagli specialistici dei rispettivi settori:

a. nello screening cervicale:

- Gruppo dei patologi per la qualità diagnostica in citologia e istologia della patologia relativa alla cervice uterina, Referente in carica dr. Romano Colombari (UOC Anatomia Patologica Azienda Ulss 20 Verona);

- Gruppo dei ginecologi per la qualità della colposcopia e del trattamento, Referente in carica dr. Gianpiero Fantin (UO Ginecologia Azienda Ulss 7 Pieve di Soligo);

- nello screening mammografico

- Gruppo dei patologi per la qualità diagnostica in citologia e istologia della patologia mammaria, Referente in carica dr. Antonio Rizzo (UO Anatomia Patologica Azienda Ulss 8 Asolo);

- Gruppo dei radiologi per la qualità della diagnosi, Referente in carica dr.ssa Elisabetta Tosi (UO Radiologia Azienda Ulss 16 Padova);

- Gruppo dei chirurghi senologi, Referente in carica dr. Nicola Balestrieri (UO Chirurgia Senologica Azienda Ulss 9 Treviso);

- nello screening colo rettale:

- Gruppo dei patologi per la qualità diagnostica istologica della patologia coloretale, Referente in carica dr. Antonio Scapinello (UO Anatomia Patologica Azienda Ulss 8 Asolo);

- Gruppo degli endoscopisti e gastroenterologi per la qualità della diagnosi e del trattamento endoscopico, Referente in carica dr. Erik Rosa Rizzotto (UOC Gastroenterologia Ulss 16 Padova);

- Di nuova costituzione:

- Gruppo dei laboratoristi (Referente da nominare);

- Gruppo dei chirurghi coloretali (Referente da nominare);

- Gruppo degli specialisti per la gestione dei soggetti ad alto rischio di tumore (Referente da nominare).

I Gruppi non hanno funzione operativa di diagnosi e cura ma funzione scientifica e di studio e si propongono di mantenere e migliorare lo standard qualitativo degli attuali programmi di screening oncologici all'interno delle Aziende Ulss della Regione ed hanno in particolare il mandato di:

- promuovere l'attività di presa in carico del paziente individuando un referente che lo accompagni in tutto il percorso di cura;
- promuovere l'ottimizzazione e l'omogeneizzazione delle procedure clinico-diagnostiche.
- promuovere e favorire attività di formazione ed aggiornamento continuo degli operatori;
- promuovere, mantenere ed integrare la rete che si è già venuta a creare nel corso degli anni tra le Anatomie Patologiche, le Ginecologie, le Radiologie, le Endoscopie e i Laboratori delle Aziende Ulss della Regione;
- favorire il confronto interdisciplinare fra le diverse esperienze anche attraverso il supporto alla divulgazione dei risultati;
- promuovere la qualità dei programmi anche mediante programmi/progetti ad hoc;
- promuovere ogni altra iniziativa tendente alla qualificazione dell'attività di screening;
- promuovere e stabilire contatti e confronto con esperienze di altre Regioni;

Vengono approvate le seguenti Linee di Indirizzo, che diventano documenti di riferimento per le attività regionali di screening:

Linee di Indirizzo del Gruppo Regionale dei Patologi dei programmi di Screening Mammografico di cui all'**Allegato "A"** al presente provvedimento di cui costituisce parte integrante;

Linee di Indirizzo del Gruppo Regionale dei Patologi dei programmi di Screening Cervicale contenuto nell'**Allegato "B"** al presente provvedimento di cui costituisce parte integrante;

Linee di Indirizzo del Gruppo Regionale dei Patologi dei programmi di Screening Coloretale di cui all'**Allegato "C"** al presente provvedimento di cui costituisce parte integrante;

Linee di Indirizzo del Gruppo Regionale dei Ginecologi dei programmi di Screening Cervicale contenute nell'**Allegato "D"** al presente provvedimento di cui costituisce parte integrante;

Linee di Indirizzo del Gruppo Regionale degli Endoscopisti e Gastroenterologi di cui all'**Allegato "E"** al presente provvedimento di cui costituisce parte integrante;

Gli aggiornamenti delle nomine dei Referenti dei Gruppi Regionali di Lavoro, dei Documenti da esse prodotti, nonché eventuali aggiornamenti di quanto riportato nel presente provvedimento sono demandati al Dirigente del Settore Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica, cui afferisce il Coordinamento Regionale degli Screening Oncologici;

DGR 22.6.16, n. 930 - progetti relativi agli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel piano sanitario nazionale ex art. 1, commi 34 e 34 bis, della legge n. 662/96. anno 2016. - accordo rep. atti n. 65/csr del 14 aprile 2016 tra governo, regioni e province autonome di trento e bolzano, ai sensi dell'art. 4 del d.lgs. n. 28 agosto 1997, n. 281. (BUR n. 65 dell'8.7.16)

Note

Vengono approvati i progetti per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel psn, per l'utilizzo da parte delle regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'art. 1, c. 34 e 43bis della l. n. 662/1996, secondo le linee progettuali definite per l'anno 2016 con l'accordo stato-regioni rep. atti n. 65/csr del 14 aprile 201

Sulla base delle suddette linee progettuali, i competenti uffici regionali hanno quindi predisposto i seguenti tre progetti che, allegati al presente provvedimento, ne costituiscono parte integrante e sostanziale:

- 1) Cure palliative - Linea 3 - **Allegato A**
- 2) Piano Regionale Prevenzione 2014-2018- Linea 4 - **Allegato B**
- 3) Rete Oncologica del Veneto - Linea 6 - **Allegato C**

NB

PER GLI ALLEGATI SI RINVIA ALLA LETTURA INTERGRALE DEL TESTO

TRENTO

DGP 24.6.16, n. 1095 - Modifica delle direttive in materia di compartecipazione alla spesa (ticket) nell'ambito del Pronto Soccorso e altre disposizioni in ordine alla compartecipazione alla spesa sanitaria. (BUR n. 27 del 5.7.16)

Note

Alla luce dell'esperienza derivante dall'applicazione delle direttive emanate nell'agosto 2011 e in attesa della riorganizzazione della rete delle cure primarie, si ritiene ora opportuno introdurre alcuni minimi correttivi finalizzati, da un lato, a migliorare e perfezionare le procedure di individuazione degli accessi inappropriati ai P.S. - che possono trovare risposta clinico-assistenziale nell'ambito della rete di cure primarie - rivedendo anche le misure di disincentivazione degli stessi e, dall'altro, a ridurre il sovraffollamento dell'area di emergenza e urgenza intra-ospedaliera con conseguente beneficio per i pazienti che necessitano, al contrario, di tempi di risposta rapidi mediante l'erogazione di prestazioni polispecialistiche tipicamente ospedaliere.

Vengono approvate le "Direttive all'Azienda provinciale per i servizi sanitari in materia di compartecipazione alla spesa (ticket) sull'accesso e sulle prestazioni di assistenza specialistica erogate nell'ambito del Pronto Soccorso", come riportato nell'Allegato A), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, dando atto che le stesse sostituiscono le direttive approvate con la precedente deliberazione n. 1788/2011.

La decorrenza delle direttive di cui al punto 1) dal 1 agosto 2016;

TUTELA DEL DIRITTI
BASILICATA

DGR 14.6.16, n. 637 - DGR n. 1484/2015 - DGR n. 1728/2015 - "Piano regionale di prevenzione e contrasto alla violenza di genere" 2015-2017 - Approvazione ripartizione risorse finanziarie e modalità di accesso. (BUR n. 24 del 1.7.16)

Note

Il DPCM del 24 luglio 2014 in attuazione dell'art. 5-bis del decreto legge 14 agosto 2013, n. 93 convertito nella legge 15 ottobre 2013, n. 119 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 14 agosto 2013, n. 93 recante disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere" ha ripartito tra le regioni le risorse finanziarie del fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità stanziato per gli anni 2013-2014-2015 per sostenere non solo l'istituzione di nuovi centri antiviolenza e di nuove case-rifugio, ma anche gli interventi regionali già operativi nonché i centri e le case già esistenti a tutela delle donne vittime di violenza e dei loro figli..

In relazione a quanto disposto dalla legge n. 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali e dalla L.R. n. 4 del 14.02.07 "Rete Regionale Integrata dei Servizi di Cittadinanza Sociale" viene assicurata, all'interno della rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale, l'erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali funzionalmente integrati con i livelli essenziali di assistenza erogati dal sistema sanitario regionale.

La medesima L.R. n. 4/2007 disciplina tra l'altro, all'art. 22 l'affidamento dei servizi a erogarsi in forma diretta da parte dell'ente pubblico titolare delle funzioni di gestione o in forma indiretta da parte di soggetti appositamente accreditati, in conformità con le indicazioni stabilite dalla programmazione regionale.

Il Piano Socio-Assistenziale 2000-2002 ha introdotto strategie attive di politica sociale ed ha avviato nuovi percorsi di inclusione sociale.

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 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.

Le Linee guida per la formazione dei nuovi Piani Intercomunal dei Servizi Sociali e Socio-sanitari 2016-2018, approvate con la DGR n. 917 del 7.07.2015, hanno riorganizzato gli ambiti Socio-Territoriali e ridefinito il profilo delle comunità.

Con la DGR n. 241 del 16.03.2016 è stata data "Attuazione delle Linee guida per la formazione dei nuovi Piani Intercomunal dei Servizi Sociali e Socio-sanitari 2016-2018, DGR n. 917 del 7.07.2015: Piano regionale di indirizzi".

Con la DGR n. 967 del 5 luglio 2011 sono state approvate le linee guida regionali per la predisposizione dei "Progetti sperimentali contro la violenza di genere e lo stalking" e a tal fine sono stati individuati i comuni di Potenza e Matera, in quanto comuni capoluoghi di provincia, soggetti attuatori degli interventi volti a contrastare il fenomeno della violenza di genere sull'intero territorio regionale.

Con la DGR n. 756 del 9.06.2015 – Recepimento Intesa Stato-regioni rep. n. 146/CU del 27.11.2014 – sono stati definiti i requisiti strutturali e organizzativi, nonché i servizi minimi garantiti per i Centri Antiviolenza e le Case rifugio.

Con il DPGR n. 4 dell'11.01.2016, ai sensi della L.R. n. 26/2007 e s.m.i. è stato costituito l'Osservatorio Regionale sulla violenza di genere e sui minori.

Con la DGR n. 1484/2015 è stato approvato il "Piano Regionale di prevenzione e contrasto alla violenza di genere 2015-2017", con gli obiettivi preponderanti:

- di costruire percorsi culturali e realizzare interventi adeguati per la prevenzione e la riduzione del numero degli abusi che vedono protagoniste quotidianamente le donne.
- di definire un sistema di governance del fenomeno sul territorio, attraverso l'istituzione dell'Osservatorio regionale sulla violenza di genere e sui minori e la messa a regime di una rete territoriale costituita da tutti gli attori, ivi incluse le Associazioni e gli organismi del privato sociale, che a vario titolo, si occupano di violenza di genere e che sono impegnati in una stretta collaborazione ad accogliere queste donne in condizioni di vulnerabilità;

Con la DGR n. 1073 del 10.08.2015 sono state approvate le "Linee di indirizzo per l'accoglienza integrata di genere in favore di donne sole migranti e per nuclei monoparentali madre-bambino" per assicurare un'accoglienza integrata alle donne, protagoniste principali di situazioni particolarmente vulnerabili.

La DGR n. 1728/2015 ha vincolato apposite risorse finanziarie per complessivi € 1.035.761,8 all'attuazione del "Piano Regionale di prevenzione e contrasto alla violenza di genere 2015-2017", di cui alla sopracitata DGR n. 1484/2015, destinando € 32.791,70 agli interventi di prevenzione delle violenze di cui alla Legge n. 7/2006, con azioni volte a prevenire e vietare la pratica di mutilazioni genitali femminili tra le popolazioni immigrate a tutela dei diritti umani.

LA DISPOSIZIONE

Viene approvata, ai fini dell'attuazione del Piano regionale di cui alla DGR n. 1484/2015, la "Ripartizione risorse finanziarie e modalità di accesso", quale Allegato alla presente deliberazione di cui è parte integrante e sostanziale, rendendo note ai soggetti beneficiari, le condizioni propedeutiche per poterne usufruire (a cui si rinvia).

NB

Gli allegati sono pubblicati sul portale istituzionale www.regione.basilicata.it.

LAZIO

DCR 15.6.16, n. 10 - Nomina del Difensore civico. (BUR n. 53 del 5.7.16)

Note

Viene nominato, ai sensi dell'articolo 7, comma 4 della l.r. 17/1980 e successive modifiche, Difensore civico il Sig. Alessandro Licheri;

LOMBARDIA

DD 30.6.16 - n. 6189 - Attivazione della d.g.r. n. 4955 del 21 marzo 2016 ‘Determinazione in ordine alla prosecuzione dei servizi e delle azioni per la prevenzione, il sostegno e il contrasto del fenomeno della violenza nei confronti delle donne - V provvedimento attuativo del «Piano quadriennale regionale per le politiche di parità e di prevenzione e contrasto alla violenza contro le donne 2015/2018» - Programma 2016’ (BUR n. 27 del 5.7.16)

Note

Come previsto dalla d.g.r. n. 4955/2016, risulta necessario proseguire e implementare i servizi territoriali attivati dalle rimanenti 6 Reti antiviolenza coordinate, in qualità di capifila, dai comuni di Brescia, Cerro Maggiore, Corsico, Lodi, Rozzano e Sondrio sui rispettivi territori di riferimento, valorizzandone le buone prassi e omogeneizzando gli interventi;

entro la scadenza prevista per la presentazione delle domande (18 maggio 2016) sono pervenute n. 5 (cinque) proposte da parte di altrettanti Comuni capofila di Reti territoriali interistituzionali quali i Comuni di Brescia, Cerro Maggiore(Mi), Lodi, Rozzano e Sondrio;

Viene approvato l’elenco dei Comuni capofila di Reti territoriali interistituzionali e le risorse riconosciute per la prosecuzione dei servizi delle reti territoriali antiviolenza, contenuto nell’allegato A) parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, ai fini della sottoscrizione da parte di Regione Lombardia di un accordo di collaborazione (ex art 15 l. 241/90) ai sensi della d.g.r. n. 4955 del 21 marzo 2016.

PUGLIA

DGR 28.6.6, n. 929 - Presa d’atto adesione al “Protocollo sperimentale contro il caporalato e lo sfruttamento lavorativo in agricoltura. Piano 2016”. (BUR n. 80 dell’11.7.16)

Note

Viene ratificata l’adesione della Regione Puglia al Protocollo sperimentale contro il caporalato e lo sfruttamento in agricoltura “Cura - legalità - uscita dal ghetto” sottoscritto dal Presidente della Giunta Regionale in data 27 maggio 2016;

TOSCANA

MOZIONE 22 giugno 2016, n. 414 - In merito al contrasto alla pratica del caporalato in Toscana con particolare riferimento all’istituzione di uno sportello di collocamento pubblico contro l’illegalità. (BUR n. 26 del 29.6.16)

IL CONSIGLIO REGIONALE

Premesso che:

- il caporalato è un fenomeno criminale risalente, che consiste nello sfruttamento della manodopera lavorativa con metodi illegali;
- il reclutamento del personale avviene infatti per mano di un “caporale” che ingaggia illecitamente lavoratori destinati ad attività generalmente legate al settore agricolo stagionale (ma la pratica è altresì presente nel settore edilizio) a condizioni svantaggiose e spesso disumane per il lavoratore, trattenendo in cambio percentuali rilevanti del salario;
- la presenza del fenomeno del caporalato è ampiamente nota nelle regioni meridionali, ma sono emersi dati che documentano l’esistenza della pratica anche nel resto del territorio nazionale;
- per contrastare la diffusione del fenomeno, nel 2011, è stata inserita nel codice penale una specifica fattispecie di reato, disciplinata dall’articolo 603-bis e denominata “intermediazione illecita e sfruttamento del lavoro”, che tuttavia non è stata in grado di arginare il fenomeno, il quale risulta tuttora radicato nel settore agricolo, in stretta connessione con l’attuale crisi economica, la crescita del flusso migratorio e la vulnerabilità sociale degli stranieri, anche irregolari, in cerca di un lavoro;
- secondo quanto riportato dall’ultimo rapporto “Agromafie e caporalato” della Flai (Federazione lavoratori agroindustria) Cgil, sono circa 400.000 i lavoratori che potenzialmente si trovano

impiegati tramite caporali, per la maggior parte stranieri, comunitari ed extracomunitari, ma anche cittadini italiani appartenenti alle fasce deboli della società.

Rilevato che:

- da recenti fatti di cronaca è emersa la possibile diffusione del caporalato anche in Toscana ed, in particolare, nel corso di un'operazione condotta il 10 maggio 2016 dalla Questura di Prato, è stata individuata un'organizzazione criminale che agiva nel Chianti sfruttando il lavoro nero mediante le forme del cosiddetto caporalato;

- già in precedenza erano stati segnalati episodi di caporalato in Toscana, come nell'ottobre del 2015, quando un'inchiesta giornalistica aveva denunciato il fenomeno dello sfruttamento del lavoro nero nelle aziende vitivinicole, con il reclutamento ad opera di "caporali" che avveniva presso un'area di servizio del grossetano, dove alcune persone si riunivano quotidianamente fin dalle 4 del mattino, per essere poi trasportate in diverse aziende toscane situate tra Siena e Grosseto, per ivi lavorare come braccianti;

- tale episodio è stato oggetto di una specifica interrogazione in Consiglio regionale (IS n. 100 "In merito

al fenomeno del caporalato nelle campagne toscane"), presentata in data 6 ottobre 2015 dai Consiglieri Leonardo Marras, Simone Bezzini e Stefano Scaramelli, dalla cui risposta emergerebbe che la manodopera denunciata dalle aziende nel settore agricolo, e in particolar modo nei vigneti toscani, sia inferiore di almeno 1200-1500 unità rispetto al reale impiego di lavoratori.

Dato atto che:

- per quanto di competenza, la Regione Toscana si è impegnata a realizzare specifiche attività di osservazione del fenomeno del caporalato nel territorio regionale, così da ottenere una rilevazione delle manifestazioni di infiltrazione criminale inserendo tale attività nel programma di governo della presente legislatura;

- con legge regionale 28 gennaio 2016, n. 7 (Nuove disposizioni in materia di provvedimenti a favore delle scuole, delle università toscane e delle società civile per contribuire, mediante l'educazione alla legalità e lo sviluppo della coscienza civile democratica, alla lotta contro la criminalità organizzata e diffusa e contro i diversi poteri occulti. Modifiche alla l.r. 11/1999 e alla l.r. 42/2015) viene istituito il rapporto annuale di analisi e rilevazione sui fenomeni corruttivi e di infiltrazione criminale, ad opera del Centro di documentazione "Cultura della Legalità Democratica", con l'obiettivo di mettere a disposizione dell'intera collettività regionale un'elaborazione scientifica sulla diffusione delle gravi forme di illegalità nella Regione;

- inoltre, in conseguenza dell'istituzione, con decreto legge 24 giugno 2014, n. 91 (Disposizioni urgenti per il settore agricolo, la tutela ambientale e l'efficientamento energetico dell'edilizia scolastica e universitaria, il rilancio e lo sviluppo delle imprese, il contenimento dei costi gravanti sulle tariffe elettriche, nonché per la definizione immediata di adempimenti derivanti dalla normativa europea), convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 116, della "Rete del lavoro agricolo di qualità", organismo autonomo finalizzato a contrastare le irregolarità e le criticità delle condizioni lavorative nel settore agricolo, la Direzione Agricoltura e sviluppo rurale della Giunta regionale ha chiesto e ottenuto che un proprio tecnico venisse nominato nella cabina di regia della Rete, quale rappresentante regionale della Commissione "Politiche agricole" della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome; - da ultimo con deliberazione della Giunta regionale 24 maggio 2016, n. 488 (Contrasto al lavoro irregolare in agricoltura. Indirizzi per la modifica del Programma di sviluppo rurale della Toscana "PSR" 2014 – 2020 e altre iniziative regionali) si è disposto: 1) di elaborare una modifica al PRS FEARS 2014 – 2020 al fine di prevedere che siano esclusi dall'accesso ai contributi gli imprenditori che abbiano riportato sentenze definitive di condanna in violazione di normative in materia di lavoro, sicurezza dei lavoratori e di contrasto al lavoro irregolare dando mandato, a tal fine, all'Autorità di gestione del PSR di procedere ad un confronto negoziale con la Unione Europea (UE); 2) di promuovere presso la Commissione europea, anche per il tramite del Ministero delle Politiche agricole e forestali, la

revisione della normativa comunitaria in materia di “condizionalità”, al fine di farvi includere anche la verifica del rispetto delle suddette normative.

Valutato che:

- anche in relazione ai recenti fatti di cronaca sopra riportati, risulta comunque opportuno, per quanto di

competenza della Regione, prevedere ulteriori forme di contrasto al fenomeno del caporalato mediante azioni e misure a ciò finalizzate;

- tra queste è in primo luogo opportuno creare un luogo di coordinamento istituzionale di incontro tra domanda e offerta di lavoro in materia di agricoltura, prevedendo l’istituzione di uno specifico sportello nei Centri per l’impiego, funzionale inoltre a certificare le aziende che se ne avvalgono, prevedendo per queste meccanismi premianti;

- l’istituzione dello sportello in oggetto, mirato a garantire uno svolgimento corretto delle relazioni civili

ed economiche tra datori di lavoro e lavoratori, dovrebbe essere inoltre accompagnata dalla predisposizione di adeguati strumenti informativi ed iniziative, sempre nell’ambito di detto sportello, rivolti ad entrambe le categorie di soggetti interessati.

Riscontrato che è attualmente all’attenzione del Senato il disegno di legge n. 2217 (presentato dai Ministri delle politiche agricole, della giustizia, del lavoro di concerto con i Ministri dell’economia e delle finanze e dell’interno), che prevede, tra le disposizioni in materia di contrasto ai fenomeni del lavoro nero e dello sfruttamento del lavoro in agricoltura, un rafforzamento degli strumenti di repressione delle agromafie.

Considerato che:

- il caporalato costituisce un reato e una pratica contraria ai principi dell’ordinamento, che sfrutta i soggetti socialmente più deboli e bisognosi di lavoro e agisce in violazione di tutti i diritti contrattuali dei

lavoratori;

- le vittime del caporalato lavorano infatti in condizioni di sottosalario, prive di copertura previdenziale

e in assenza di tutele sotto il profilo della sicurezza, condizioni che frequentemente risultano accompagnate

da trattamenti e ritmi di lavoro disumani;

- da un punto di vista economico, il sistema del caporalato e dello sfruttamento di lavoro costituisce un danno per l’economia nazionale e locale con riferimento alla elevata evasione contributiva e fiscale, oltre che comportare un danno all’immagine dei prodotti italiani;

- oltretutto le aziende che fondano i propri margini di guadagno sullo sfruttamento delle pratiche di caporalato operano una concorrenza sleale a danno delle aziende virtuose che agiscono nel rispetto delle leggi.

IMPEGNA

LA GIUNTA REGIONALE

a mettere in atto specifiche azioni e misure di contrasto al fenomeno del caporalato, tra cui, in particolare:

- l’istituzione, attraverso i Centri per l’impiego, di uno sportello che svolga la funzione di coordinamento

per l’incontro tra domanda ed offerta di lavoro, specificamente per il settore agricolo e le esigenze connesse alla stagionalità del lavoro, sperimentando, a tal fine, sistemi di certificazione e meccanismi premiali per le imprese che se ne avvalgono;

- la predisposizione di interventi di sensibilizzazione, con particolare riferimento a progetti educativi ed

informativi, volti a contrastare il fenomeno del caporalato anche dal punto di vista culturale. ad attivarsi presso il Parlamento affinché si possa arrivare in tempi celeri all’approvazione del richiamato disegno di legge n. 2217 al fine di rafforzare con maggiore efficacia e con rinnovate

previsioni normative l'azione di contrasto al caporalato e al lavoro irregolare a tutti i livelli istituzionali.